

CONSULTORÍA

MEJORA DE LOS PROCESOS DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DE ASEGURAMIENTO DE ESSALUD

Informe Final

Lima, 2014

Financiado por:



Operado por:



Con la participación de:



ÍNDICE

1. RESUMEN EJECUTIVO	9
2. INTRODUCCIÓN	10
3. ANTECEDENTES	11
4. METODOLOGÍA	14
5. SITUACIÓN ACTUAL	16
5.1. Diagnóstico de la gestión de la información de aseguramiento	16
5.1.1. Generación de información y envío a ESSALUD	16
5.1.2. Transferencia de información de SUNAT a ESSALUD	17
Detalle del proceso de carga de archivos planos:	20
Hallazgos:	20
Plazos y frecuencia de entrega de información	20
Recepción, validación estructural y calidad de la información en ESSALUD	23
Hallazgos:	23
5.2. Diagnóstico del proceso de afiliación y acreditación	26
5.2.1. Afiliación de asegurados y derechohabientes	26
5.2.2. Acreditación de asegurados y derechohabientes	29
5.2.3. Acreditación complementaria de asegurados y derechohabientes	31
5.2.4. Servicio al cliente en centros de acreditación	37
Hallazgos:	39
5.2.5. Trámite de baja de asegurados	39
Hallazgos:	40
5.2.6. Trámite del Proceso de reserva para prestaciones médicas	40
Consultas telefónicas y consultas por internet	41
Trámite de otorgamiento de citas	41
Hallazgo:	42
Costeo de prestación médica	42
5.3. Diagnóstico de la gestión de recaudación y fiscalización	42
5.3.1. Gerencia General	43
5.3.2. Tesorería	44
Hallazgos:	46
5.3.3. Contabilidad	46
Hallazgos:	48
5.3.4. Control de recaudación y fiscalización	48
Control de la Recaudación	49
Control de Deuda y Cobranza	50
Indicador de Reembolso	51
Control de Fiscalizaciones realizadas por SUNAT	59
Modelamiento del Flujo de Control de Recaudación y Fiscalización	60
Hallazgos:	61
5.3.5. Oficina de Gestión de Riesgos (OGR)	63
Hallazgos:	64

5.4. Otros procesos	65
5.4.1. Proceso de otorgamiento de la prestación económica	65
5.4.2. Procesos de la función de cobranza	73
5.5. Proyecto NETI	76
5.5.1. Brecha de información en función de información disponible según NETI	77
5.5.2. Evaluación de proyecto NETI	77
Necesidades de ESSALUD relacionadas con sistemas informáticos (adecuación de software o necesidad de nuevo software) para implementación del proyecto NETI	77
A. Hallazgos:	78
B. Recomendaciones:	78
6. EVALUACIÓN DE RIESGO E IMPACTOS DE NORMATIVA Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES	79
6.1. Legislación vigente relacionada con funciones de afiliación, acreditación, recaudación y fiscalización, asignadas a SUNAT	79
6.2. Análisis comparativo con experiencias internacionales	81
Caso Perú:	81
Análisis comparativo esquemas de acreditación y recaudación	83
Esquema actual de acreditación y recaudación vía SUNAT	83
Esquema con acreditación y recaudación efectuada por ESSALUD	83
Punto de equilibrio	84
Caso Argentina:	84
Caso España:	85
Caso Estados Unidos: “Obamacare”	87
Caso México:	89
Caso Canadá:	90
PRINCIPIOS DE MEDICARE	90
Principio No. 1: Administración pública	90
Principio No. 2: Integralidad	90
Principio No. 3: Universalidad	90
Principio No. 4: Accesibilidad	90
Principio No. 5: Transferibilidad	90
Caso Reino Unido:	91
Análisis comparativo	92
6.3. Ventajas y desventajas de la asignación de funciones de aseguramiento al ente recaudador	93
7. PROPUESTAS DE MEJORA:	95
7.1. Los procesos de gestión de la información de aseguramiento de ESSALUD relacionadas a: afiliación, acreditación, recaudación y fiscalización.	95
Proceso de Transferencia de Información de Acreditación y Afiliación	95
Proceso de Transferencia de Información de fondos de Empleadores	101
Casuística en el Proceso de Transferencia de información SUNAT-ESSALUD	106
Diagrama Causa-Efecto (Ishikawa)	106
Prestaciones económicas indebidas	106
Recomendación:	112
Análisis de Acreditación complementaria: Casuística	112
Análisis del Proceso de Transferencia de Información del Indicador de Reembolso en ESSALUD	123

Hallazgo:	125
7.2. Las funciones de aseguramiento asignadas a SUNAT:	133
Formación de un Comité Interinstitucional y multidisciplinario.	134
Mejora en la coordinación interinstitucional ESSALUD-SUNAT	134
Formación de un equipo de especialistas que pueda monitorear el proyecto NETI	138
Documentación de procesos y actividades	139
Implementación de una cuenta corriente para empleadores y trabajadores	140
Diseño de la adecuación de software existente en ESSALUD que permita la implementación del Proyecto NETI	141
1. Implementaciones en bases de datos:	141
A. Proceso de migración de data	141
2. Implementaciones en sistemas de información	142
A. Documentación de sistemas	142
B. Código fuente de aplicaciones:	143
3. Implementación de mejoras en Hardware y software	143
8. ALCANCES Y LIMITACIONES EN EL DESARROLLO DE LA CONSULTORÍA	144
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	149
9.1. Principales hallazgos y conclusiones por cada proceso analizado	149
9.2. Recomendaciones generales	153
9.3. Recomendaciones para la mejora de la operatividad	160
9.3.1 Proceso de Afiliación	160
Hallazgos y recomendaciones para el proceso de Afiliación	160
Indicadores de gestión para el proceso de Afiliación	161
9.3.2 Proceso de Acreditación:	162
Hallazgos y recomendaciones para el proceso de Acreditación	162
Indicadores de Gestión para el proceso de Acreditación	163
9.3.3 Proceso de Recaudación	164
Hallazgos y recomendaciones para el proceso de Recaudación	164
Indicadores de gestión para el proceso de recaudación	165
9.3.4 Proceso de Fiscalización	166
Hallazgos y recomendaciones para el proceso de fiscalización	166
Recomendación de Indicadores de Gestión	167
10. BIBLIOGRAFÍA	168

INDICE DE TABLAS

Tabla N. 1: Archivos Planos.....	17
Tabla N. 2: Listado de reportes.....	18
Tabla N. 3: Frecuencia de envío archivos planos.....	20
Tabla N. 4: Cronograma de entrega de archivos planos-Agosto 2013.....	22
Tabla N. 5: Número de acreditaciones complementarias.....	25
Tabla N. 6: Nuevos Asegurados (altas).....	28
Tabla N. 7: Hallazgos afiliación de asegurados.....	29
Tabla N. 8: Hallazgos acreditación.....	31
Tabla N. 9: Número de acreditaciones por motivo de acreditación complementaria para el 2013.....	35
Tabla N. 10: Diez motivos principales de acreditación complementaria para el 2013.....	35
Tabla N. 11: Número de acreditaciones complementarias por tipo de seguros para el 2013.....	36
Tabla N. 12: Hallazgos acreditación complementaria.....	37
Tabla N. 13: Hallazgos servicio al cliente.....	39
Tabla N. 14: Acreditaciones.....	39
Tabla N. 15: Hallazgos en la baja de asegurados.....	40
Tabla N. 16: Flujo de la función de tesorería.....	46
Tabla N. 17: Hallazgos de Contabilidad.....	48
Tabla N. 18: Recaudación por tipo de contribuyente y tipo de seguro (En millones de Nuevos Soles).....	49
Tabla N. 19: Stock de la Deuda por aportaciones a ESSALUD (En millones de Nuevos Soles).....	50
Tabla N. 20: Gestión de Recuperación de la deuda generada.....	50
Tabla N. 21: Gestión de Recuperación de la Deuda en Cobranza Coactiva.....	51
Tabla N. 22: Códigos del Indicador de Reembolso de SUNAT.....	52
Tabla N. 23: Códigos del Indicador de Reembolso de ESSALUD.....	52
Tabla N. 24: Evolución de consistencia de Indicador de Reembolso SUNAT y el Indicador de Reembolso ESSALUD.....	53
Tabla N. 25: Distribución porcentual de las Inconsistencias del Indicador de Reembolso Junio 2013.....	53
Tabla N. 26: Estadísticas del Indicador de Reembolso en % respecto del total de empresas declarantes.....	54
Tabla N. 27: Estadísticas del Indicador de Reembolso en % respecto del total de empresas declarantes.....	55
Tabla N. 28: Intervenciones ejecutadas por SUNAT I Trimestre 2012 – I Trimestre 2013.....	60
Tabla N. 29: Hallazgos recaudación y fiscalización.....	62
Tabla N. 30: Hallazgos flujo OGR.....	64
Tabla N. 31: Tiempo de procesamiento para prestaciones económicas para el 2013.....	67
Tabla N. 32: Número de Prestaciones Económicas por mes.....	68
Tabla N. 33: Número de días para atención de prestaciones económicas.....	68
Tabla N. 34: Montos por tipo de prestación.....	69
Tabla N. 35: Montos promedio por tipo de prestación.....	70
Tabla N. 36: Prestaciones por tipo y tipo empresa.....	70
Tabla N. 37: Evolución mensual del número de prestaciones económicas según tipo empresa.....	71

Tabla N. 38: Hallazgos prestaciones económicas.....	71
Tabla N. 39: Solicitudes de prestaciones económicas en cantidad y monto.....	72
Tabla N. 40: Resolución de impugnaciones de enero a noviembre del 2012	74
Tabla N. 41: Hallazgos cobranzas	76
Tabla N. 42: Análisis comparativo.....	81
Tabla N. 43: Análisis comparativo.....	82
Tabla N. 44: Comparativo de mejora por países	87
Tabla N. 45: Análisis comparativo de la seguridad social en distintos países del mundo	93
Tabla N. 46: Asegurados que han realizado la acreditación complementaria	114
Tabla N. 47: Casos de Acreditaciones Complementarias no confirmados por SUNAT	115
Tabla N. 48: Definición de los estados del Indicador de Reembolso	128
Tabla N. 49: Diagnóstico de Transferencia de Información del “Indicador de Reembolso” con “Estatus de la transferencia de data”	129
Tabla N. 50: Diagnóstico de Transferencia de Información del “Indicador de Reembolso” con “Estatus de riesgo de data”	130
Tabla N. 51: Matriz de Recomendaciones y Procesos de ESSALUD.....	159

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N. 1: Mapa de Procesos de ESSALUD.....	16
Gráfico N. 2: Diagrama del proceso de carga de archivos planos SUNAT-ESSALUD	19
Gráfico N. 3: Acreditaciones complementarias en oficinas ESSALUD	24
Gráfico N. 4: Evolución mensual de acreditaciones complementarias	25
Gráfico N. 5: Macroproceso de transferencia de la información de SUNAT a ESSALUD	27
Gráfico N. 6: Diagrama de proceso de acreditación complementaria.....	33
Gráfico N. 7: Número de acreditaciones complementarias por oficina de acreditación	34
Gráfico N. 8: Acreditación complementaria según motivos para el 2013.....	34
Gráfico N. 9: Acreditación complementaria por tipo de seguro para el 2013	36
Gráfico N. 10: Pantallas de sistema de citas médicas.....	40
Gráfico N. 11: Pantalla de citas médicas.....	41
Gráfico N. 12: Proceso que sigue el reporte EPRO en ESSALUD	43
Gráfico N. 13: Modelamiento del flujo de Gerencia General.....	44
Gráfico N. 14: Flujo de la función de tesorería	45
Gráfico N. 15: Modelamiento del flujo de contabilidad.....	47
Gráfico N. 16: Estadísticas del Indicador de Reembolso según el número de empresas declarantes.....	54
Gráfico N. 17: Estadísticas del Indicador de Reembolso según el número de empresas declarantes.....	55
Gráfico N. 18: Modelamiento del flujo de control de Recaudación y Fiscalización	61
Gráfico N. 19: Modelamiento de flujo OGR	64
Gráfico N. 20: Modelamiento del flujo para las prestaciones económicas	65
Gráfico N. 21: Número de prestaciones económicas por rango de tiempo para su procesamiento	66
Gráfico N. 22: Montos por tipo de prestación	69
Gráfico N. 23: Montos promedio por tipo de prestación	70
Gráfico N. 24: Modelamiento de la función de cobranza	75
Gráfico N. 25: Nuevo esquema de transferencia.....	76
Gráfico N. 26: Impactos de NETI en sistemas ESSALUD	78
Gráfico N. 27: Cronología de marco legal	79
Gráfico N. 28: Modelo de punto de equilibrio para el pago de comisión a SUNAT	84
Gráfico N. 29: Estructura organizativa del Ministerio de Trabajo e Inmigración.....	86
Gráfico N. 30: Proceso de Transferencia de Información de Acreditación /Afiliación	95
Gráfico N. 31: Ejemplo de línea del tiempo para el flujo de información de SUNAT a ESSALUD.....	96
Gráfico N. 32: Tiempo Excesivo en procesamiento de información.....	98
Gráfico N. 33: Proceso de Presupuesto de transferencia de Información de Acreditación y Afiliación	99
Gráfico N. 34: Modelo de File de seguimiento mensual	100
Gráfico N. 35: Proceso de Transferencia de Información de Fondos de Empleadores.....	101
Gráfico N. 36: Falta de conciliación contable	103
Gráfico N. 37: Proceso Propuesto de Transferencia de Información de Fondos de Empleadores	105
Gráfico N. 38: Diferencia de información.....	107
Gráfico N. 39: Diferencia de información.....	108

Gráfico N. 40: Diferencia de información.....	108
Gráfico N. 41: Prestaciones Económicas Indevidas.....	110
Gráfico N. 42: Caso Estela Ruffran.....	116
Gráfico N. 43: Caso Rosa Bacigalupo.....	117
Gráfico N. 44: Caso Adalberto Yufra.....	118
Gráfico N. 45: Caso Israel Pérez.....	119
Gráfico N. 46: Caso Hernán Martínez.....	120
Gráfico N. 47: Caso Hernán Martínez.....	120
Gráfico N. 48: Caso Felicita Yamamoto.....	121
Gráfico N. 49: Caso Felicita Yamamoto.....	122
Gráfico N. 50: Diagrama Ishikawa de Acreditaciones Complementarias.....	123
Gráfico N. 51: Proceso de transferencia de información del Indicador de Reembolso en ESSALUD.....	124
Gráfico N. 52: Indicador del estatus de consistencia de datos de ESSALUD - Fuente: Reportes de gestión de la Subgerencia de Control de recaudación y fiscalización.....	127
Gráfico N. 53: Diagnóstico de Transferencia de Información del “Indicador de Reembolso” con “Estatus de riesgo de data”.....	131
Gráfico N. 54: Indicador de Reembolso de datos inconsistente e incompletos.....	132
Gráfico N. 55: Proceso de documentación.....	140
Gráfico N. 56: Estructura del comité interinstitucional.....	154
Gráfico N. 57: Propuesta de conformación de la Estructura del Comité Interno de ESSALUD.....	156
Gráfico N. 58: Diagrama del proceso de afiliación en ESSALUD.....	160
Gráfico N. 59: Diagrama del proceso de acreditación en ESSALUD.....	162
Gráfico N. 60: Diagrama del proceso de gestión de la recaudación.....	164
Gráfico N. 61: Diagrama del proceso de fiscalización.....	166

1. Resumen Ejecutivo

ESSALUD, es una institución de seguridad social, cuya misión busca el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales.

En los últimos años, ha venido incrementando sustancialmente el número de los asegurados, generando un mayor flujo de información y de fondos entre el ente recaudador SUNAT y ESSALUD.

Esto ha generado el incremento de trabajo en la gestión de todos los procesos que realiza ESSALUD para la atención de los asegurados, repercutiendo en la calidad de la prestación de los servicios que brinda.

Es así, que SUNAT en su rol de ente recaudador y fiscalizador, es responsable de transferir los fondos y la información de los contribuyentes de manera oportuna y confiable garantizando la integridad, disponibilidad y confidencialidad de la misma.

Considerando que ESSALUD es uno de los principales beneficiarios de la gestión de SUNAT, es necesario mantener mecanismos de coordinación entre ambas instituciones que permitan mejorar el acceso a la información.

En este contexto, se ha identificado que la oportunidad de la información y la calidad de la misma, necesitan ser mejoradas. Para ello, SUNAT ha planteado un nuevo esquema de transferencia de la información (NETI) que permitiría tener un proceso más eficiente pero sin mejorar sustantivamente la calidad de la información.

En la etapa de diagnóstico, se identificaron procesos críticos relacionados con la información que transfiere SUNAT y, en ellos se han determinado hallazgos u oportunidades de mejora, los cuales han derivado en recomendaciones.

Luego del planteamiento de recomendaciones de manera general, el equipo consultor, tuvo reuniones con las diferentes áreas impactadas por la demora en la transmisión de la información desde SUNAT a ESSALUD y / o la inconsistencia detectada en varios de los envíos de reportes y archivos planos recibidos.

El resultado de estas reuniones, se ha plasmado en un diagrama del proceso de transferencia de información y del proceso de transferencia de información de fondos recaudados por SUNAT. El enfoque separado de estos procesos, se debe a que ambos apuntan a dos objetivos particulares: el primero tiene como objetivo la acreditación y afiliación del asegurado y, el segundo, la determinación de la responsabilidad del pago de las prestaciones médicas recibidas por los asegurados para lo cual se necesita determinar la posición de morosidad de los empleadores aportantes.

Una de las recomendaciones importantes que se advirtieron en la primera parte de la consultoría en la reunión de coordinación SUNAT-ESSALUD, ha sido la necesidad de formar un comité de coordinación interinstitucional, recomendación que ha sido acogida por SUNAT realizando el lanzamiento de un proyecto de integración de proceso de negocio.

Finalmente, dentro del marco de este proyecto de integración de procesos de negocio, se establecen las recomendaciones que pueden ser incluidas en la agenda de este esfuerzo de integración institucional para beneficio del proceso visto como una cadena de valor transversal a ambas instituciones y cuyo impacto positivo redundará en la mejora en la atención del asegurado.

2. Introducción

El Seguro Social de Salud (ESSALUD), es una institución que brinda servicios de prestaciones de salud, económicas y sociales a sus asegurados, y que cuenta con procesos orientados a la afiliación y la acreditación de los mismos; así como, al monitoreo de la recaudación y la fiscalización a cargo de la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (SUNAT). Posteriormente, SUNAT pone a disposición de ESSALUD la información.

La presente consultoría, se orienta a la mejora de los procesos de gestión de la transferencia de la información de SUNAT a ESSALUD. Para ello, se realizó un levantamiento de información que nos permitió analizar mediante el enfoque en procesos. Haciendo uso de metodología de Lean Six Sigma, a través de algunas de sus herramientas, ayudó a evidenciar la situación actual de la institución, la misma que fue presentada en el primer informe de diagnóstico situacional.

Luego de realizar el análisis de los casos que nos han sido proporcionados por las diversas áreas referidas en el primer informe, se plantearon propuestas de mejora con mayor detalle. Estas principalmente se orientan al control y manejo de la información que SUNAT pone a disposición, ya que este, es el insumo principal que permite a ESSALUD la puesta en marcha de sus servicios: (i) conocer a quienes brindar las prestaciones de salud, económicas y sociales; y (ii) determinar al 100% quiénes aportan o contribuyen económicamente al sistema y el monto de su contribución.

En el primer caso, es importante tener plenamente identificados a los asegurados debidamente acreditados (titulares y derechohabientes), a fin de poder brindarles las prestaciones que estos requieran y cuando lo requieran, de tal forma que ESSALUD cumpla los fines para la que fue creada.

En el segundo caso, la importancia radica en que, se debe recaudar fondos para financiar las prestaciones a brindar a los asegurados acreditados. Por ello, el control sobre los aportes de las instituciones empleadoras que contribuyen a ESSALUD, es importante, a fin de detectar a los deudores y a los no aportantes al sistema.

Es por ello, que SUNAT al proveer la información necesaria para los casos mencionados, se convierte en socio estratégico. Y, en la medida en que se pueda mejorar el proceso de transferencia y la calidad de la información, el impacto en ESSALUD se traducirá en beneficios para sus asegurados.

3. Antecedentes

IPSS- Instituto peruano de seguridad social

Como es conocido, la década de los 90 estuvo acompañada de una corriente de reformas estructurales en el manejo económico en varios países de Latinoamérica. Era de tácito consenso, la búsqueda del replanteamiento del rol del Estado en la economía, la búsqueda de eficiencia económica y la nueva apertura comercial, financiera y laboral.

Esta corriente de reformas, llegó a nuestro país a inicios de los 90, iniciándose privatizaciones de empresas públicas, creación del sistema previsional de pensiones privado que complementaba al sistema de pensiones público. Estas reformas llegaron algunos años después al sistema de salud que, buscaba mejorar la calidad y acceso a los servicios de salud.

Estas reformas, no alteraron la configuración global del sistema de salud, pero asignaron un rol complementario a las empresas privadas en el campo de la seguridad social. Producto de la intervención de estas empresas, la participación en el sistema serían el Seguro Social, el Ministerio de Salud y las empresas privadas.

Antes del inicio de estas reformas, en la década de los 80, la crisis económica sufrida por nuestro país afectó el funcionamiento del sistema de seguridad social, lo cual influyó en el desempeño del seguro social cuya administración estaba a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS).

La seguridad social que administraba el IPSS, cubría a tres grandes grupos de usuarios, la población de escasos recursos no cubierta, los trabajadores del sector formal y las clases medias/altas en su mayoría urbanas no demandantes de los servicios de la seguridad social. Los cuestionamientos más resaltantes con respecto al IPSS en esa década fueron: los problemas de ineficiencia administrativa, el desequilibrio financiero-actuarial y la concentración de la cobertura en los sectores medios y formales de la población dejando de lado a los sectores de escasos recursos. Además de esto, la oferta casi exclusiva de servicios de salud por parte de la seguridad social y la poca oferta accesible de parte de empresas privadas, restaban incentivos para buscar eficiencia en los mismos.

Otro aspecto a resaltar en esta década, es la cada vez creciente economía informal que iba dejando fuera del sistema a mayor número de personas, esto como producto de las reformas en el mercado laboral, lo cual hacía que el número de personas aseguradas se redujera cada vez más.

Como se menciona, también existían problemas de ineficiencia administrativa debido a la concentración en un solo ente para: la recaudación, la administración y la provisión de servicios de salud; además de, contar con un esquema de asignación presupuestaria según datos históricos.

De otro lado, durante el primer quinquenio de los 90, se pudo apreciar una disminución constante del 4% anual del número de asegurados al IPSS, llegándose a cubrir solamente a un 20% de la población hacia fines de esta década.

Un punto importante a destacar es que, hacia el año 1995, el esquema de asignación presupuestaria, según datos históricos, se modificó por una asignación que dependía de la

estimación de la demanda y la complejidad de los servicios brindados en los centros de atención, lo cual alentó una mayor eficiencia en el uso de estos recursos.

A pesar de que se dieron algunos cambios en el IPSS para lograr una eficiencia administrativa durante la década de los 90, la cobertura siguió disminuyendo, llegando apenas a la quinta parte de la población del país.

En este contexto general, es que hacia el año 1997, se inicia una reforma general del sistema de seguridad social en el país, logrando el complemento del sector privado, la aparición de las EPS (entidades prestadoras de salud) y la creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD). Esta reforma se realizó, con el objetivo explícito de lograr en el largo plazo la universalización de la cobertura de la seguridad social en salud en el país, en un marco de eficiencia administrativa.

ESSALUD

ESSALUD es una institución que brinda prestaciones: de salud, económicas y sociales, a sus asegurados; y cuyo alcance ha sido muy amplio, abarcando el ámbito nacional para realizar las funciones de afiliación y recaudación. Por ello, suscribió convenios con SUNAT para realizar la gestión de recaudación. Posteriormente, a través de la Ley N° 27334 del 13 de julio de 2000 se amplía las funciones de la SUNAT en materia de recaudación y fiscalización de tributos, permitiendo a esta realizar el servicio integral de recaudación y control de las aportaciones y otras deudas a ESSALUD y a la Oficina de Normalización Previsional (ONP).

Así mismo, la SUNAT, como ente recaudador y fiscalizador para ESSALUD, también tiene el deber de proporcionar información a ESSALUD para que esta última pueda proveer las prestaciones a los asegurados cuando corresponda; es por ello, que se emite el DECRETO SUPREMO N° 039-2001-EF del 12 de marzo del 2001, el cual, en su artículo N° 4 indica la información a ser proporcionada por la SUNAT.

Así mismo, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE), ente rector en materia de trabajo y empleo, 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 el DECRETO SUPREMO N° 018-2007-TR del 28 de agosto de 2007, el DECRETO SUPREMO N° 015-2010-TR del 18 de diciembre del 2010 y el DECRETO SUPREMO N° 008-2011-TR del 5 de junio del 2011, encargó a 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 en el establecimiento de los cronogramas para la presentación de éste último. Cabe mencionar que, 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 deberán declarar a todos los tipos de trabajadores del empleador (alta en el registro) al día siguiente del inicio del vínculo laboral, 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 según se indica en el DECRETO SUPREMO N° 015-2010-TR del 18 de diciembre del 2010.

Finalmente, se puede apreciar que tanto el T-REGISTRO y el PLAME son instrumentos que permiten a SUNAT obtener información de primera fuente con respecto a los empleadores y las personas vinculadas de alguna forma a este y deducir los importes correspondientes a la tributación. El manejo de la información de esta tributación, su validación y su fiscalización conforman una secuencia de pasos que permitirá a SUNAT realizar sus procesos de recaudación y fiscalización confiable. Luego la transferencia de esta información de manera oportuna a las instituciones públicas para las que realiza los servicios de recaudación y fiscalización, permitirá que éstas puedan brindar los servicios correspondientes.

4. Metodología

El presente capítulo mostrará las herramientas y las metodologías utilizadas en las 2 fases de la consultoría.

Se realizó un seguimiento mediante un cronograma de proyecto, cumpliendo lo recomendado por las buenas prácticas en la gestión de proyectos según los Fundamentos de la dirección de proyectos de la Guía del PMBOK (PMI, 2010). Las herramientas utilizadas (Lean-Six sigma) corresponden a las planteadas para la consultoría, siendo los principales entregables: una propuesta de mejora de procesos y un planteamiento de mejora de funciones de aseguramiento asignadas a SUNAT.

Plan de trabajo

Las actividades de relevamiento de información complementaria para realizar las propuestas de mejora se programaron ajustándose a la disponibilidad de los funcionarios de ESSALUD y en coordinación con la Subgerencia de Normas y Procesos.

Uso de herramientas:

La metodología Lean-Six Sigma aplicada busca la disminución de los desperdicios y el sobreprocesamiento (Lean) y reducir la variabilidad en los procesos (Six Sigma). Por lo que, ha sido aplicada utilizando las siguientes de sus herramientas:

- **Mapa de procesos**

El mapa de procesos es una herramienta que permite visibilizar el trabajo y las principales actividades que se desarrollan dentro de una institución para lograr un fin (producto o servicio específico). Los mapas de procesos permiten identificar claramente los individuos que intervienen en el proceso, a quien afectan y su contribución al proceso. Además, permite visibilizar el orden de las actividades y si estas son paralelas o secuenciales.

En la etapa de diagnóstico, se orientaron los esfuerzos a relevar los procesos que actualmente se llevan a cabo en ESSALUD con el fin de validar la calidad de la información y los recursos que son transferidos desde SUNAT, para tal efecto se ha realizado la diagramación de los procesos, identificando oportunidades de mejora al momento de desplegar en mayor detalle los mismos.

- **Investigaciones previas**

Las investigaciones previas son trabajos o estudios realizados sobre el mismo tema o problema que se utilizan como guía al consultor o investigador, permitiendo hacer comparaciones y tener ideas sobre cómo se trató un tema o problema o se relacionan con otros.

Como punto de partida se contaron con dos informes de la OIT: el primero relacionado al análisis actuarial 2012 y el segundo referido a la gestión de la información y fiscalización; los mismos que nos plantearon un punto de partida contextual de la relación entre SUNAT y ESSALUD. Además de la necesidad de contar con implementaciones de tecnología sobre la base del detalle de procesos por relevar.

Con respecto al canal de atención al cliente en el marco de la acreditación complementaria, se contó con informes de medición del nivel de satisfacción, manejo de quejas y reclamos que nos dieron una idea de la percepción de los usuarios de aseguramiento en cuanto a la calidad de la atención en agencias, oficinas y módulos.

- **Diagrama de Pareto**

El Diagrama de Pareto es una herramienta gráfica que permite organizar datos de manera tal que estos queden en orden descendente de izquierda a derecha utilizando el principio de Pareto (pocos vitales, muchos triviales). La finalidad es identificar aproximadamente el 20% de las causas que originan el 80% de los efectos (problemas).

- **Diagrama Ishikawa**

También llamado espina de pescado o de causa efecto. Es una representación gráfica y sencilla que permite ver la relación de las causas con respecto a un problema (efecto) que se encuentra mencionado en la cabecera de una línea horizontal.

- **Estadísticas de Indicadores**

Un indicador es una herramienta para clarificar y definir, de forma más precisa, objetivos e impactos. Un conjunto de indicadores son medidas verificables de cambio, diseñados para contar con un estándar contra el cual evaluar, estimar o demostrar el progreso con respecto a metas establecidas.

- **Cuestionarios**

El cuestionario es un instrumento de investigación que permite obtener información de primera fuente a través de preguntas establecidas previamente para tal fin.

El equipo de consultoría realizó un sondeo de opinión, a través de un cuestionario, a los usuarios de aseguramiento en distintos centros de atención para conocer de primera fuente la percepción de los mismos e identificar oportunidades de mejora y servicios requeridos.

- **Entrevistas**

Es un diálogo entablado entre dos o más personas: entrevistador/es y entrevistado/os; con la finalidad de obtener información relevante para la materia de estudio.

En tal sentido, el equipo de consultoría realizó entrevistas a funcionarios de las áreas que están involucradas con la presente consultoría y que nos permitió la obtención de valiosa información para entender los procesos de la institución.

- **Quick Wins**

Son aquellas acciones que permiten concretar rápidamente logros o resultados con poco esfuerzo y así demostrar a quienes han designado a una persona que su elección ha sido correcta.

- **Talleres**

Un taller es una metodología de enseñanza en la que se integran la teoría y la práctica. Se enfatiza en la solución de problemas, capacitación, y requiere la participación de los asistentes.

En este sentido, el equipo de consultoría realizó dos talleres en los cuales se expusieron temas relacionados a procesos y herramientas de relevamiento de información, así como la importancia de la documentación de procesos en la identificación de oportunidades de mejora.

Las herramientas antes descritas fueron empleadas con la finalidad de que el equipo conozca y pueda interactuar con los funcionarios de ESSALUD a fin de obtener información de primera mano (de la fuente), lo que es recomendable según la metodología Lean Six Sigma.

5. Situación Actual

En este capítulo se presentará la secuencia de los procesos tal como se desarrollan actualmente en ESSALUD, detallando con diagramas la interrelación entre las diversas actividades.

Así mismo, se presenta el Gráfico 1 que muestra el Mapa de Procesos de ESSALUD y que ha permitido comprender los procesos relacionados al flujo de información.

Gráfico N. 1: Mapa de Procesos de ESSALUD



Fuente: ESSALUD

5.1. Diagnóstico de la gestión de la información de aseguramiento

5.1.1. Generación de información y envío a ESSALUD

Actualmente, SUNAT pone a disposición de ESSALUD utilizando un servidor FTP, un conjunto de archivos de texto según un cronograma acordado por ambas instituciones. Los archivos pertenecen a 3 categorías principales: archivos de pagos, archivos de acreditaciones y reportes, pues según ella son cargados a alguna de las bases de datos existentes. Éste proceso viene funcionando desde hace aproximadamente 10 años con cierta problemática, como inconsistencia de datos entre otros, que serán detallados en un capítulo posterior.

Como propuesta de solución a la problemática descrita, SUNAT plantea el proyecto NETI el cual permitirá poner a disposición de ESSALUD la información que actualmente es enviada por medio de archivos planos a un servidor de base de datos secundario ubicado en instalaciones de ESSALUD, el cual es una réplica en línea de un servidor primario ubicado en instalaciones de SUNAT.

5.1.2. Transferencia de información de SUNAT a ESSALUD

El mecanismo de transferencia de información contempla la utilización de los siguientes archivos:

Archivos Planos: Son archivos estructurados, que contienen separadores para identificar correctamente las columnas y filas, así como el tipo de instrucción (actualización, inserción, borrado). Son utilizados para la carga de DATA a las tablas respectivas en el motor de base de datos. Son 38 archivos planos los cuales se cargan de acuerdo a un cronograma y para lo cual es utilizada una rutina de carga, la que debe ser ejecutada de manera manual por un operador al constatar que el o los archivos respectivos se encuentran disponibles en el servidor FTP.

Tabla N. 1: Archivos Planos

Núm.	ARCHIVO	TIPO
1	Registro de entidades empleadoras	Aplano
2	Datos secundarios del contribuyente	Aplano
3	Datos de representantes legales	Aplano
4	Datos de establecimientos anexos	Aplano
5	Datos del vector fiscal particular	Aplano
6	Asegurados	Aplano
7	Personas Naturales	Aplano
8	Derechohabientes	Aplano
9	Registro de información contenida en formatos de declaraciones juradas y boletas de pago	Aplano
10	Coparticipación de pagos de fraccionamiento	Aplano
11	Cuenta individual(Unificada)	Aplano
12	Acreditaciones	Aplano
13	Corrección de datos de identificación	Aplano
14	Días subsidiados y días no trabajados	Aplano
15	Archivo de Saldos	Aplano
16	Archivo de control	Aplano
17	Archivo de valores	Aplano
18	Archivo de control	Aplano
19	Archivo consolidado de saldos	Aplano

Núm.	ARCHIVO	TIPO
20	Archivo consolidado de valores	Aplano
21	Devoluciones a efectuar con resolución	Aplano
22	Reversiones de resoluciones con autorización	Aplano
23	Cheques anulados	Aplano
24	Consolidado de devoluciones, reversiones y cheques anulados	Aplano
25	Otra información de registro relacionada con conceptos no tributarios(seguros privados)	Aplano
26	Paquetes procesados	Aplano
27	Registros y contratos privados	Aplano
28	Establecimientos anexos	Aplano
29	Asegurados titulares	Aplano
30	Beneficiarios del seguro vida	Aplano
31	Asegurados de derechohabientes	Aplano
32	Dirección alterna seguros privados	Aplano
33	Novedades del padrón de acreditados	Aplano
34	Indicador de reembolso	Aplano
35	Datos de registro activos de empleador y trabajador del hogar	Aplano
36	Datos de registro histórico de empleador y trabajador del hogar	Aplano
37	Datos principales del empleadores del hogar	Aplano
38	Datos secundarios de empleadores del hogar	Aplano

Reportes: Son archivos que pone a disposición SUNAT en el servidor FTP, para que sean cargados (algunos de ellos) o para consulta de las diversas áreas que necesiten la información.

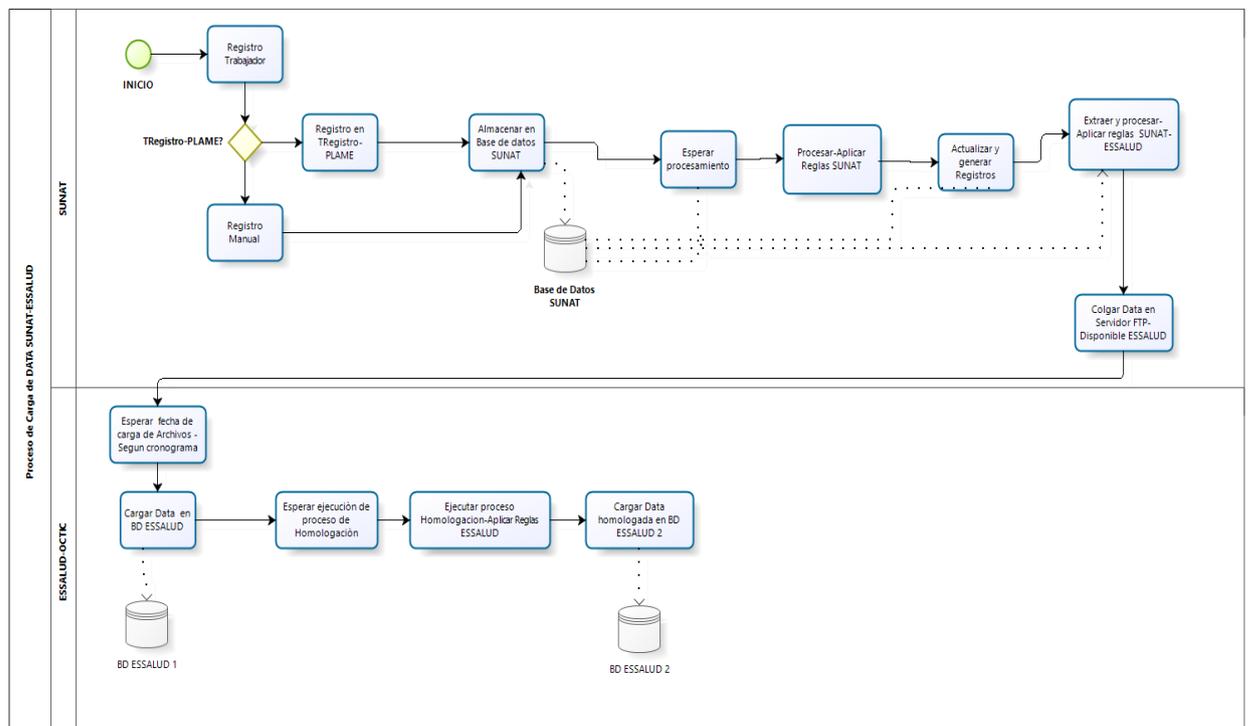
Tabla N. 2: Listado de reportes

Núm.	ARCHIVO	TIPO
1	Resumen de conciliación por banco recaudador	Rep.
2	Resumen de conciliación por ente beneficiario y banco administrador	Rep.
3	Ubicación geográfica de pago por departamento, provincia y distrito	Rep.
4	Ubicación geográfica de pago por departamento	Rep.

Núm.	ARCHIVO	TIPO
5	Formulario	Rep.
6	Banco	Rep.
7	Forma de pago	Rep.
8	Rango de pago-Importe	Rep.
9	Rango de pago-Porcentaje	Rep.
10	Importes conciliados desagregados por banco	Rep.
11	Importes conciliados desagregados por día	Rep.
12	Importes conciliados desagregados por régimen legal	Rep.
13	Importes conciliados por régimen legal y por concepto	Rep.
14	Nota de recaudación	Rep.
15	Nota de abono acreditada	Rep.

Es así que, de acuerdo a un cronograma establecido se realiza el proceso de carga de archivos el cual se detalla en el siguiente gráfico:

Gráfico N. 2: Diagrama del proceso de carga de archivos planos SUNAT-ESSALUD



Fuente: Elaboración propia

Detalle del proceso de carga de archivos planos:

La información necesaria para crear los archivos planos a enviar, es procesada por SUNAT de acuerdo a diversas reglas. Es así que según los datos que los empleadores declaran por medio de las aplicaciones T-REGISTRO y PDT-PLAME, los pagos que éstos realizan en las entidades bancarias, así como otras fuentes de información, se realizan procesos de consolidación para que la información pueda estar a disposición de ESSALUD en un servidor FTP de acuerdo a un cronograma establecido por ambas instituciones.

El personal de operaciones ingresa al servidor y extrae los archivos planos que se encuentran disponibles, los clasifica en 3 grupos: Archivos de pagos, de acreditaciones y reportes, éstos son utilizados para ejecutar el proceso de carga en bases de datos de ESSALUD: base de datos SUNAT de pagos, base de datos SUNAT y tablas de reportes.

Como segunda instancia, se ejecuta el proceso de homologación, el cual extrae los datos de la base de datos que ha sido cargada con los archivos planos y le aplica reglas de validación, insertando los registros que sean validados en la base de datos SIA y generando un reporte con aquellos que han presentado algún problema.

Hallazgos:

- Para la carga de archivos planos se ha establecido un cronograma, el cual muchas veces no puede ser cumplido ya sea porque los archivos puestos a disposición en el servidor FTP no están completos (se detectan los archivos incompletos basándose en un rango del número de registros que cada archivo históricamente siempre contiene), porque el operario se encuentra muy atareado y con poca disposición de tiempo, o por circunstancias especiales, de acuerdo con lo relevado en entrevistas.
- Al tratarse de archivos planos, pueden contener errores de sintaxis en sentencias de base de datos o también pueden contener un encabezado erróneo declarándose como una actualización cuando aún no se ha realizado la inserción del registro correspondiente. Esto genera inconsistencia de data dado que el esquema de tablas con que ha sido construido no cuenta con integridad referencial, por lo que por ejemplo, puede permitir que existan trabajadores sin una empresa registrada en la tabla respectiva.

Plazos y frecuencia de entrega de información

Los archivos son puestos a disposición por SUNAT, de acuerdo al cronograma aprobado por ambas instituciones, la frecuencia de los archivos más importantes es la siguiente:

Tabla N. 3: Frecuencia de envío archivos planos

Archivo	Frecuencia
Padrón de contribuyentes	Diaria
Pagos	Diaria
Nuevos asegurados	Semanal
Personas Naturales	Diaria

Archivo	Frecuencia
Cuenta Individual	Semanal
Acreditados	Semanal
Saldos y Valores	Mensual
Otros	Diaria-Semanal-Mensual

A continuación, se detalla también la estructura del cronograma de carga de archivos que es acordado anualmente entre las 2 instituciones, se toma como ejemplo el cronograma para el mes de agosto:

Tabla N. 4: Cronograma de entrega de archivos planos-Agosto 2013

Mes/Día	Fecha	Vcto. SUNAT(1)	Envioinf. SUNAT a ESSALUD(2)	Proceso Reg. Nuevos Aseg.	Proceso Act. Datos en base a CI	Proceso Acreditación	Proceso Reembolso	Proceso de depuración masiva(3)	T-Registro	Observaciones
Domingo	01/09									
Lunes	02/09			X	X					
Martes	03/09			X						
Miércoles	04/09									
Jueves	05/09									
Viernes	06/09					2do Proceso			X	
Sábado	07/09		X			2do Proceso				
Domingo	08/09									
Lunes	09/09	8		X	X					
Martes	10/09	9		X						
Miércoles	11/09	0								
Jueves	12/09	1								
Viernes	13/09	2				3er Proceso			X	
Sábado	14/09		X			3er Proceso				
Domingo	15/09									
Lunes	16/09	3		X	X		X			
Martes	17/09	4		X			X			
Miércoles	18/09	5					X			
Jueves	19/09	6					X			
Viernes	20/09	7							X	
Sábado	21/09							X		
Domingo	22/09		X							
Lunes	23/09			X	X					
Martes	24/09			X		1er Proceso				
Miércoles	25/09					1er Proceso				
Jueves	26/09					1er Proceso				
Viernes	27/09					1er Proceso			X	
Sábado	28/09							X		
Domingo	29/09		X							
Lunes	30/09			X	X					

Se observa que los datos generados el mes de agosto van a ser procesados en septiembre, de acuerdo al calendario establecido y según el vencimiento del último dígito del RUC. Los archivos son puestos a disposición en el servidor FTP de acuerdo al tipo de archivo y su frecuencia.

Recepción, validación estructural y calidad de la información en ESSALUD

Según el proceso descrito, la recepción de data actualmente se realiza por medio de archivos planos, los cuales son cargados a las distintas bases de datos (BD SUNAT, BD SUNAT pagos, SIA, entre otras).

Se aplican validaciones para los archivos que van a ser cargados, éstas pueden clasificarse en 2 categorías principales, los cuales son:

- **Validación estructural:** Está constituida por un conjunto de reglas las cuales son aplicadas a los archivos planos según el tipo de archivo, validándose principalmente sintaxis de sentencias de base de datos, encabezados, validación de columnas de tablas, entre otras, por lo que constituye un primer filtro para detectar errores en la trama de datos que contiene.
- **Homologación:** Está constituido por un conjunto de reglas del negocio en ESSALUD, es un proceso muy importante pues constituye un filtro para la data que proviene de SUNAT la cual muchas veces no cuenta con validaciones propias de la institución, como es el periodo de carencia para las bajas. Además constituye una medida de la calidad de la información cargada por medio de los archivos planos dado que se realizan validaciones adicionales de DNI contra los registros de RENIEC, entre otras.

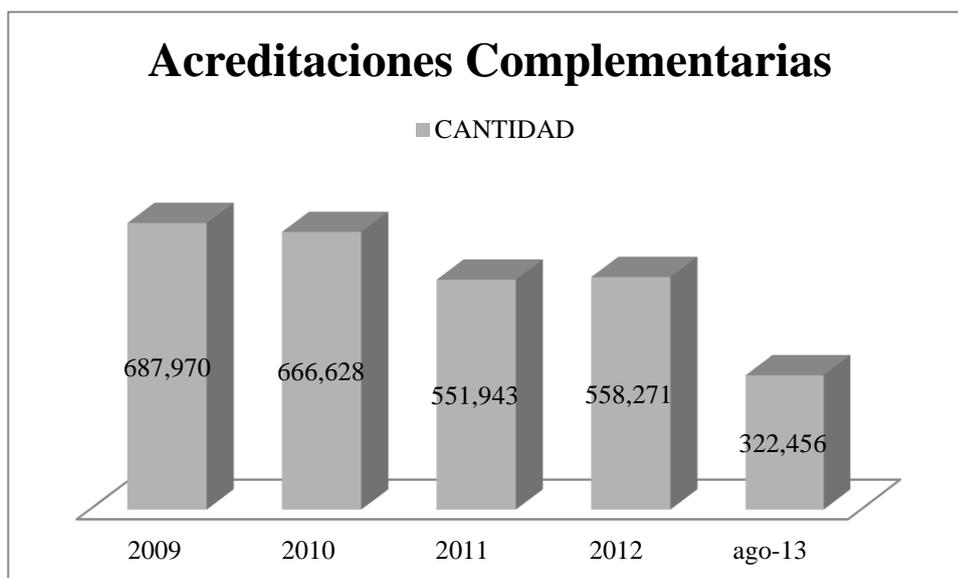
Hallazgos:

- El diseño de base de datos que actualmente se viene utilizando es no estructurado, de la forma: Tabla-Archivo: Es decir se cuenta con un conjunto de tablas cuyas columnas son reflejo de la estructura de columnas que tiene el archivo respectivo que va a ser cargado en ella. Por lo que el modelo está mayormente conformado por tablas sueltas que no tienen relación entre sí, esto genera que no exista integridad referencial, es decir, es posible insertar datos en la tabla de empleados sin ingresar el registro respectivo en una tabla de empresas, por lo que si por ejemplo utilizo el sistema Acredita buscando un empleado, puedo encontrar su registro pero no se muestra el empleador dado que no ha sido registrado oportunamente, lo que refleja inconsistencia de datos.
- Se ha diseñado el proceso de homologación de data, que aplica un conjunto de validaciones y reglas de negocio a los registros que son enviados por SUNAT para evitar que se registre o dé de baja empleados cuyo estatus no ha sido validado según las reglas de aseguramiento en ESSALUD. El proceso diseñado puede generar inconsistencia de datos dado que los sistemas Acredita y SIA pueden mostrar detalles diferentes para una misma persona. Lo que a su vez genera confusión en los usuarios finales.
- Un problema adicional es el desfase, en tiempo, existente entre el registro de empleados por parte del empleador en SUNAT mediante T-REGISTRO y PLAME y el envío de información a ESSALUD, lo cual genera reprocesamientos y validaciones adicionales.
- SUNAT, como se menciona anteriormente, ha implementado las aplicaciones PLAME y T-REGISTRO, las cuales realizan las validaciones necesarias para no permitir el registro de empleados con datos que no sean correctos pues ellos son validados con

los registros de RENIEC. Por lo que es posible inferir que la data enviada a ESSALUD no debe contener errores de ese tipo, sin embargo debido a que muchas veces se produce un retraso de meses para que la información se encuentre disponible en ESSALUD, es necesario reprocesarla pues por ejemplo puede haber cambiado el estado civil o haber fallecido. Este retraso también origina que sea necesario contar con un mecanismo alternativo de acreditaciones (acreditación complementaria) ya que los empleados al solicitar atención médica constatan que no se encuentran acreditados y por lo tanto tienen problemas para recibir la prestación.

- **Histórico de acreditaciones complementarias:**

Gráfico N. 3: Acreditaciones complementarias en oficinas ESSALUD



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo al gráfico mostrado, el número de acreditaciones complementarias en las oficinas de ESSALUD ha venido disminuyendo en los últimos años. Lo cual refleja una mejora en la calidad y oportunidad de la información, aunque ésta no ha sido lo suficientemente significativa como para que el mecanismo de acreditaciones complementarias pueda ser desactivado, puesto que todavía existe un alto número de asegurados que necesita de éste para poder lograr una atención rápida en los centro de salud.

De acuerdo por lo declarado por SUNAT en el siguiente documento:

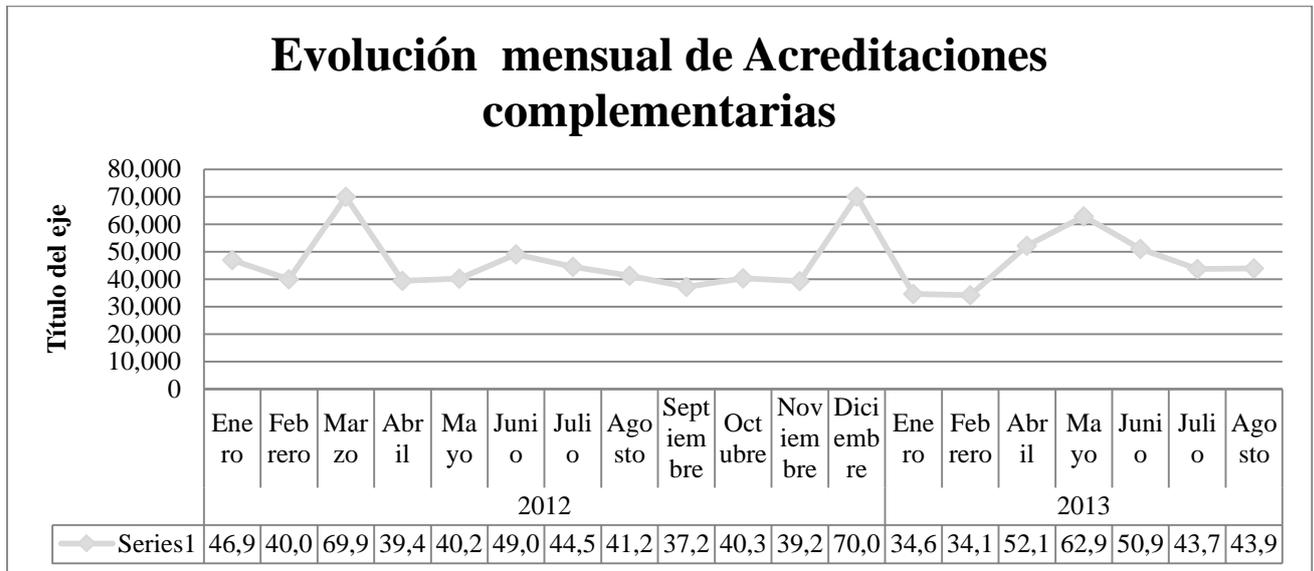
“Es de indicar, que la SUNAT efectuó una implementación gradual del PDT PLAME según el siguiente detalle:

1. Si debía declarar solo prestadores de servicios de cuarta categoría, estaba obligado a partir del período noviembre de 2011.
2. Para empleadores del Sector Público, su uso es obligatorio a partir de enero de 2013.
3. Para el Sector Privado, se definieron por grupos, según el número de prestadores:
 - Hasta 5, a partir de octubre de 2012.
 - De 6 a 50, a partir de noviembre de 2012.

- De 51 a 1000, a partir de diciembre de 2012.
- Más de 1000, a partir de enero de 2013.

Es decir, desde Enero del 2013 se puede asumir que la totalidad de empresas utiliza PDT-PLAME para registrar sus planillas. Revisando la evolución mensual de acreditaciones para los años 2012, hasta agosto del 2013 se tiene:

Gráfico N. 4: Evolución mensual de acreditaciones complementarias



Fuente: Elaboración propia

Tabla N. 5: Número de acreditaciones complementarias

2012	Enero	46.923
	Febrero	40.013
	Marzo	69.946
	Abril	39.443
	Mayo	40.271
	Junio	49.002
	Julio	44.561
	Agosto	41.265
	Septiembre	37.213
	Octubre	40.341
	Noviembre	39.231
	Diciembre	70.062

2013	Enero	34.622
	Febrero	34.145
	Marzo	2943944*
	Abril	52.155
	Mayo	62.907
	Junio	50.972
	Julio	43.704
	Agosto	43.951
	Septiembre	
	Octubre	
	Noviembre	
	Diciembre	

*No se incluye en el gráfico el mes de Marzo 2013 por haberse presentado un problema de TI.

Según los resultados obtenidos, las acreditaciones tienen un comportamiento muy fluctuante de mes a mes, esto es debido a distintos factores, como son:

Fluctuaciones del clima lo que genera mayor afluencia de personas a centros médicos, Incremento de demanda laboral (contrataciones) de acuerdo a requerimientos del mercado, entre otros.

Es así que aun siendo fluctuante, se puede ver que, realizando un paralelo con el cronograma de implementación de PLAME y T-REGISTRO por parte de SUNAT, la utilización de ambos sistemas para el registro de planillas, empleados y derechohabientes no ha tenido mayor impacto en el número de acreditaciones complementarias.

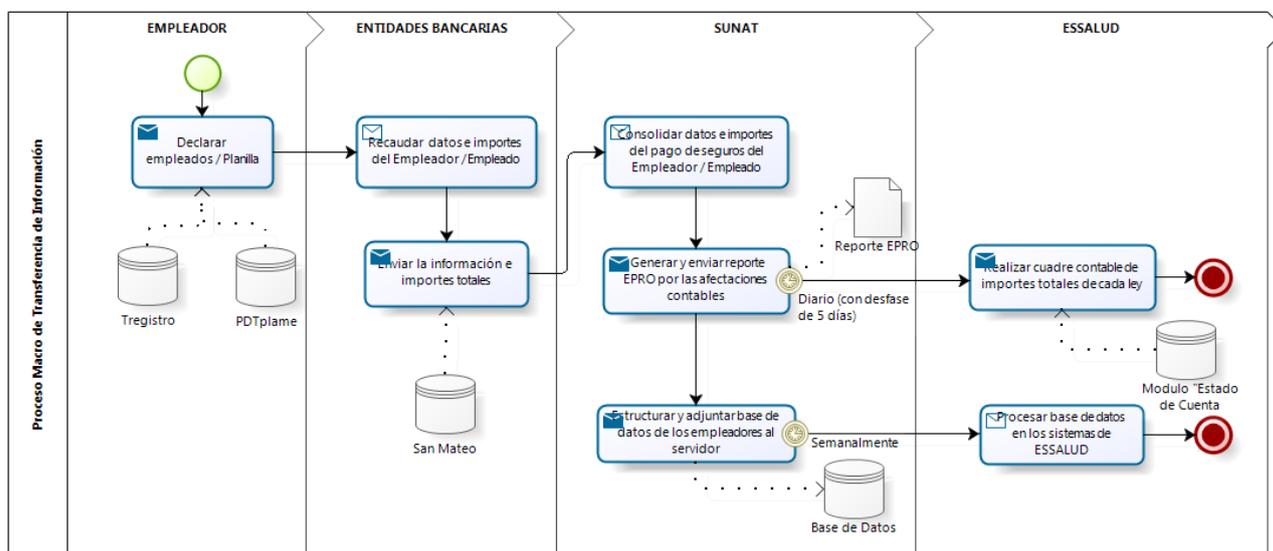
5.2. *Diagnóstico del proceso de afiliación y acreditación*

5.2.1. Afiliación de asegurados y derechohabientes

La afiliación es un proceso que implica pertenecer a una institución, en este caso al Seguro Social. La afiliación de los asegurados se inicia con la declaración de los trabajadores por parte del empleador más sus dependientes (conocidos como derechohabientes). Cuando esto sucede el trabajador ingresa al circuito de ESSALUD camino a su acreditación, la cual se obtiene si el trabajador mantiene tres (3) meses consecutivos de aporte o si tiene cuatro (4) aportes en el transcurso de seis (6) meses para el asegurado regular y doce meses (12) para el asegurado agrario.

El gráfico 4 presenta el macroproceso de transferencia de la información de SUNAT a ESSALUD y en el que se puede apreciar cómo se inicia el proceso con la declaración del empleador a través del T-REGISTRO y PLAME.

Gráfico N. 5: Macroproceso de transferencia de la información de SUNAT a ESSALUD



Fuente: elaboración propia

Cuando se afilia a un trabajador, este puede hacer uso de los servicios de prestaciones de salud sólo en casos de emergencia; es decir, cuando su vida está en peligro. El derecho a los demás servicios de salud corresponderá cuando se encuentre acreditado, lo que es materia del siguiente punto a tratar; existiendo algunos casos (muy pocos) que requieren se cumpla algunos requisitos adicionales a la acreditación como para el caso de la atención de partos por ejemplo.

Como se mencionó, el trabajador deberá ser declarado por el empleador junto con sus derechohabientes; es decir, sus dependientes. Para esto el empleador deberá hacer una declaración a través de una herramienta que SUNAT ha desarrollado e implementado para este propósito: el T-REGISTRO.

Actualmente, la declaración del empleador por un nuevo trabajador debe realizarse dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a su incorporación utilizando el T-REGISTRO. Posteriormente, debe realizarse la declaración vía PLAME de todos los trabajadores y vínculos laborales del empleador por el mes anterior al de esta declaración. La declaración PLAME cuenta con cronogramas de presentación definidos por la SUNAT los mismos que van desde los días 09 o 10 hasta el 23 o 24 de cada mes aproximadamente. Pasado este período, SUNAT consolida la información, la adecúa conforme a lo estipulado por ESSALUD (archivos con estructura plana) y la pone a disposición en sus servidores para que ESSALUD pueda extraer y utilizar la información.

La problemática que se presenta en ESSALUD es que dentro de la información proporcionada por SUNAT, existen registros de asegurados titulares y sus derechohabientes cuya información no concuerda con sus datos básicos: nombres, apellidos o N° de DNI; o existen N° de DNI duplicados en diferentes registros, los cuales resaltan cuando son validados con los datos de la RENIEC o validados por ESSALUD, tal como se puede

apreciar en el Tabla N° 6 correspondiente a nuevos asegurados (caso de N° de DNI duplicado) dentro de la información proporcionada por SUNAT hasta agosto del 2013.

Tabla N. 6: Nuevos Asegurados (altas)

cod_proc	DESCRIPCIÓN	Ene-13	Feb-13	Mar-13	Abr-13	May-13	Jun-13	Jul-13	Ago-13
1	Inserción en Asegurados	64,984	137,951	47,676	52,539	37,850	46,291	48,592	34,643
2	Autogenerado existe	2,426	4,517	1,906	2,105	1,618	1,841	2,124	2,474
3	Autogenerado duplicado	37	63	5	2	3	18	20	18
4	No genera secuencia	2							
5	No se grabó en Aseg.			2		1			5
7	No existe en P. Nat.	209	131	108	151	152	172	81	90
8	Existe dni en Aseg.	324,229	408,965	207,905	230,708	168,010	207,395	201,350	164,417
9	Dni duplicado	1,449	2,073	1,005	1,216	834	1,158	1,102	948
10	Aseg. dni existe 2da. Verificación	5	3		1	18	2		1
13	Autogenerado menor de 15 pos.	28	20	21	20		22	27	13
		393,369	553,723	258,628	286,742	208,486	256,899	253,296	202,609

Nota: Información proporcionada por la Subgerencia de Administración de Datos

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.

Hallazgos:

- No todas las altas llegan a ESSALUD en forma oportuna, lo cual incidirá en la afiliación del asegurado y sus derechohabientes.
- Existen inconsistencias en la información que SUNAT pone a disposición para ESSALUD: duplicados de DNI, empleadores no activos que siguen declarando entre otros.
- Existen inconsistencias en la información que maneja y genera ESSALUD: duplicados de código de autogenerados.
- Tiempo de espera para transferir datos y ponerlos a disponibilidad de las áreas usuarias.

- Desfase en tiempo de envío de información de SUNAT a ESSALUD.
- No se cuenta con proceso normado para que las áreas usuarias reporten incidentes de calidad de información.

En la siguiente tabla se presentan los hallazgos encontrados, la calificación de impacto asociada y la posible consecuencia.

Tabla N. 7: Hallazgos afiliación de asegurados

Nro.	Descripción del Hallazgo	Impacto	Consecuencia
1	No todas las altas realizadas por los empleadores llegan a ESSALUD en forma oportuna.	Medio / Alto	• Problemas de tiempo para afiliar.
2	Existen inconsistencias en la información: De SUNAT (ejemplo: duplicados de DNI). De ESSALUD (ejemplo: duplicado de autogenerado)	Medio / Alto	• Problemas de procesamiento de información. • Desperdicio de recursos y aumento en los tiempos de trabajo y consulta de información.
3	Tiempo de espera para transferir datos y ponerlos a disponibilidad de las áreas usuarias.	Alto	• Poca disponibilidad de data fiable, esta debe ser corroborada múltiples veces en diferentes bases de datos.
4	Desfase en tiempo de envío de información de SUNAT a ESSALUD	Alto	• La información muchas veces no se encuentra disponible de manera oportuna para las áreas.
5	No se cuenta con proceso normado para que las áreas usuarias reporten incidentes de calidad de información	Alto	• No permite determinar los parámetros que debe tener la data a ser remitida por SUNAT. No existe un mecanismo de reporte de incidentes que permita generar indicadores de calidad de data.

5.2.2. Acreditación de asegurados y derechohabientes

La acreditación es una categoría que ESSALUD le otorga a un asegurado cuando este ha sido afiliado por su empleador en el sistema del Seguro Social de Salud y ha cumplido con los requisitos que son indicados cuando un asegurado está apto para recibir prestaciones de salud (excepto algunos pocos casos que requieren del cumplimiento adicional de algún requisito). Como se ha mencionado, el requisito para que un asegurado tenga la categoría de acreditado es que el trabajador debe mantener tres (3) meses consecutivos de aporte o tener cuatro (4) aportes en el transcurso de seis (6) meses para el asegurado regular y doce meses (12) para el asegurado agrario.

Para que esto suceda ESSALUD deberá recibir tres (3) o cuatro (4) declaraciones de empleadores, realizados vía PLAME, según sea el caso, en los períodos mencionados por parte de la SUNAT de manera oportuna, a fin de realizar el proceso de acreditación del asegurado y sus derechohabientes. Este proceso, por tanto, consiste en verificar el

cumplimiento de la declaración realizada via PLAME por parte de los empleadores y en caso que se cumpla con este requisito, sus trabajadores declarados obtendrán la categoría de acreditados pudiendo a partir de allí hacer uso de la cobertura de salud (prestaciones de salud), prestaciones económicas y prestaciones sociales que proporciona ESSALUD según corresponda a los asegurados titulares y a sus derechohabientes.

El proceso puede apreciarse en el gráfico N° 5 (presentada en el proceso de afiliación).

Como se ha mencionado, SUNAT es quien proporciona la información de la declaración de los empleadores a ESSALUD, los mismos que incluyen la información de sus trabajadores (asegurados titulares). Para ello, basta que el empleador sólo realice las declaraciones necesarias, lo cual no implica que el empleador realice obligatoriamente el pago de los importes totales correspondientes a la Seguridad Social de Salud.

Teniendo en cuenta que todo trabajador nuevo debe ser declarado hasta un día después de ingresar a laborar como máximo a través del T-REGISTRO y las declaraciones de trabajadores por esta vía deben hacerse antes de realizar el pago de los importes correspondientes a ESSALUD que junto a los demás tributos que recauda SUNAT, está sujeto a cronogramas ya estipulados por este último y que comprenden desde los días 09 o 10 hasta el 23 o 24 de cada mes aproximadamente a través del PLAME.

Como se puede notar, el trabajador puede llegar a tener prestaciones de salud a pesar de que su empleador tenga deudas correspondientes a ESSALUD o el pago esté en fraccionamiento debido a que SUNAT lo permite. El control de estos pagos está a cargo de SUNAT como ente recaudador y el control de estas aportaciones también las deberían poder realizar las áreas de Tesorería, Contabilidad y Control de Recaudación y Fiscalización según corresponda a sus procesos internos en ESSALUD, procesos de los que se hablará más adelante.

La problemática que se tiene aquí es exactamente la misma que en el punto anterior afiliación de asegurados y derechohabientes (5.2.1).

Hallazgos:

- No todas las declaraciones PLAME llegan a ESSALUD en forma oportuna, lo cual incidirá en la acreditación del asegurado y sus derechohabientes.
- Existen inconsistencias en la información que SUNAT pone a disposición para ESSALUD: duplicados de DNI, empleadores no activos que siguen declarando entre otros.
- Existen inconsistencias en la información que maneja y genera ESSALUD: duplicados de código de autogenerados.
- Tiempo de espera para transferir datos y ponerlos a disponibilidad de las áreas usuarias.
- Desfase en tiempo de envío de información de SUNAT a ESSALUD.
- No se cuenta con proceso normado para que las áreas usuarias reporten incidentes de calidad de información.

La siguiente tabla muestra los hallazgos encontrados, su calificación de impacto asociada y la posible consecuencia.

Tabla N. 8: Hallazgos acreditación

Nro.	Descripción del Hallazgo	Impacto	Consecuencia
1	No todas las declaraciones PLAME realizadas por los empleadores llegan a ESSALUD en forma oportuna.	Alto	• Problemas de tiempo para acreditar.
2	Existen inconsistencias en la información: De SUNAT (ejemplo: duplicados de DNI). De ESSALUD (ejemplo: duplicado de autogenerado)	Medio / Alto	• Proceso de acreditación incompleto
3	Tiempo de espera para transferir datos y ponerlos a disponibilidad de las áreas usuarias.	Alto	• Poca disponibilidad de data fiable, esta debe ser corroborada múltiples veces en diferentes bases de datos.
4	Desfase en tiempo de envío de información de SUNAT a ESSALUD	Alto	• La información muchas veces no se encuentra disponible de manera oportuna para las áreas.
5	No se cuenta con proceso normado para que las áreas usuarias reporten incidentes de calidad de información	Alto	• No permite determinar los parámetros que debe tener la data a ser remitida por SUNAT. No existe un mecanismo de reporte de incidentes que permita generar indicadores de calidad de data.

5.2.3. Acreditación complementaria de asegurados y derechohabientes

Debido a la demora en el proceso de acreditación de asegurados, ESSALUD se ha visto en la necesidad de implementar el procedimiento de acreditación complementaria el cual se realiza en las oficinas, agencias o módulos ubicados en distintos puntos de la red de atención de la institución. En tal sentido, el proceso de acreditación complementaria soluciona excepcionalmente la acreditación de asegurados que tienen urgencia por contar con la prestación de los servicios de salud.

Un volumen mensual de más de 40,000 acreditaciones complementarias se realizan a nivel nacional en la red de ESSALUD, representando un costo de más de S/. 6'000,000 anuales por este concepto (fuente: ESSALUD). Este costo asumido por ESSALUD podría evitarse si la acreditación se realizara en su totalidad mediante el canal formal de transferencia de información desde SUNAT hacia ESSALUD.

Acreditación complementaria de asegurados

El proceso se inicia cuando el usuario se presenta a las oficinas, agencias o módulos y solicita le confirmen si se encuentra acreditado en los sistemas de ESSALUD (SIA, Acredita), en caso no se encuentre acreditado para iniciar el trámite se le informa que la documentación básica para iniciar su trámite es la siguiente:

1. Documento Nacional de Identidad (DNI), el cual es validado en algunos casos consultando en el aplicativo de RENIEC, detectándose en varias oportunidades que no se aseguró la validez del DNI revisando dicho aplicativo.
2. Boletas de pago, constancia de trabajo y archivo declaración PDT para validar si la persona está trabajando en una empresa. Luego se identifica en cuál de las siguientes situaciones se encuentra la persona: no labora en empresa, no declarado, declarado pero aún no figura en sistema para decidir sobre su acreditación

Si se verifica que la documentación presentada no es válida se le informa al usuario el problema que existe con su inscripción, sin embargo no se tiene un estándar o tipología de respuesta a la persona, lo cual genera reclamos y conflictos cada vez que se niega la inscripción por incumplimiento de requisitos.

Cabe señalar que el trámite de acreditación complementaria si bien agiliza la atención de los usuarios de aseguramiento se puede observar que conlleva un riesgo de acreditaciones irregulares ya que depende una verificación manual y no una verificación automática con las medidas de seguridad que implica el uso de tecnología de la información.

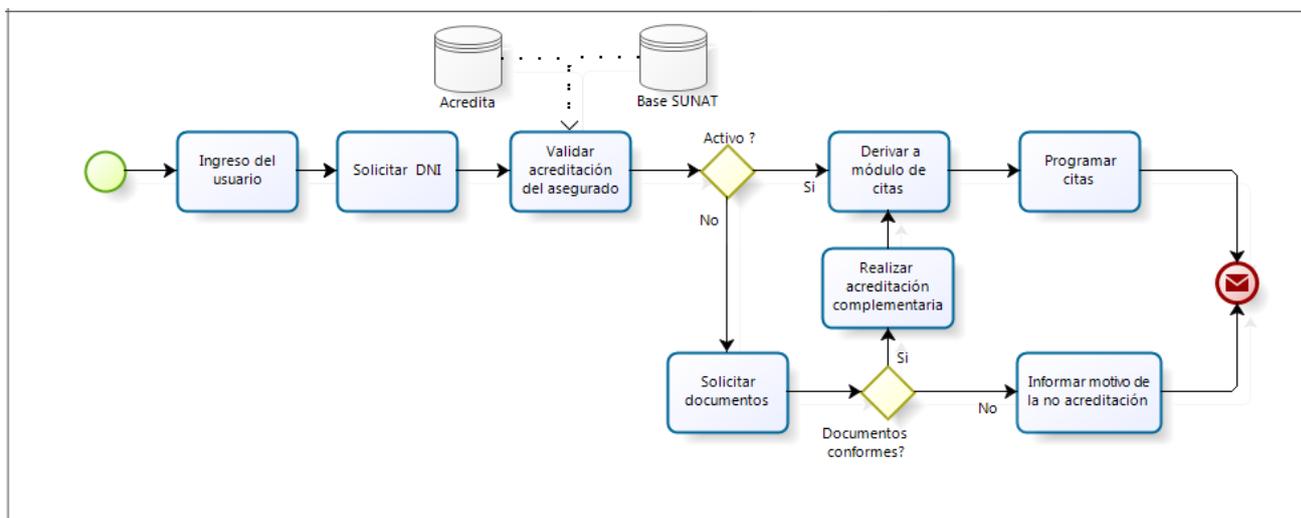
Para mitigar este riesgo en el proceso debería contemplarse un área de inspectoría centralizada que investigue, informe y realice seguimiento a los casos especiales para tomar medidas correctivas en los sistemas y procedimientos.

En caso de que la documentación verificada sea válida se realiza la acreditación complementaria, la cual se inicia con el registro en el aplicativo Acredita web para que en adelante figure el usuario como asegurado.

Posteriormente, el asegurado podrá tramitar una cita para su atención o realizar el trámite de levantamiento de pagaré emitido por alguna atención en emergencia.

A continuación se muestra un diagrama del proceso de acreditación complementaria:

Gráfico N. 6: Diagrama de proceso de acreditación complementaria



Fuente: Elaboración propia

Acreditación de derechohabientes

Para la inscripción de derechohabientes se solicita su inscripción presentando los documentos de identidad en el módulo de atención.

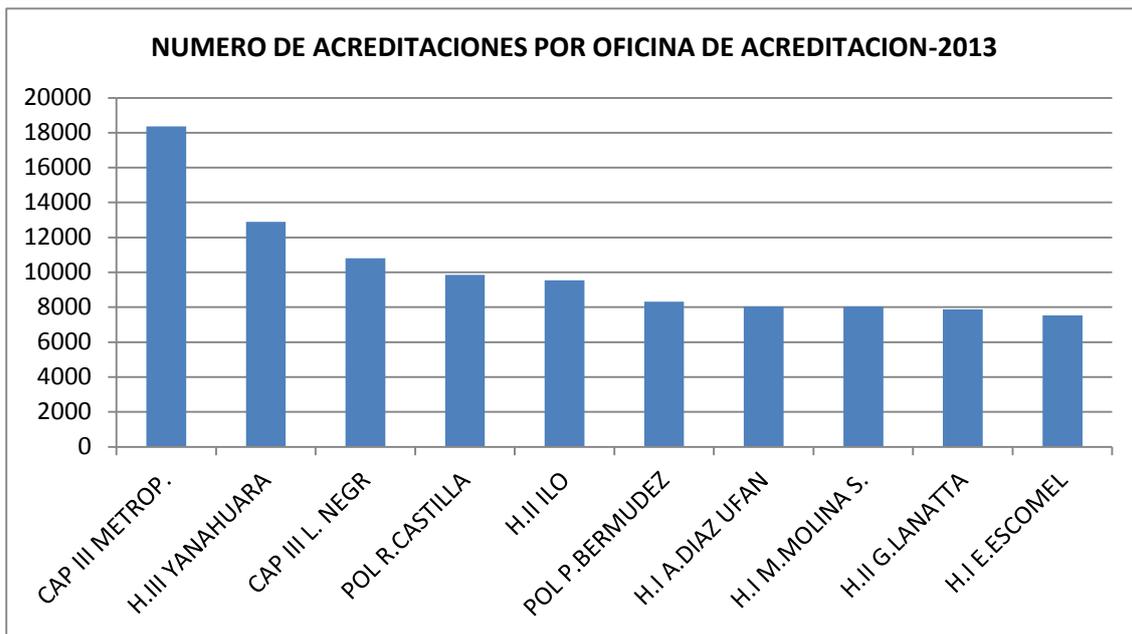
Una vez recibida la solicitud (formato 1010) se valida la documentación presentada consultando los documentos de identidad en RENIEC, (el único documento válido es el DNI, no se aceptan partidas de nacimiento, ni algún otro documento en su reemplazo). Seguidamente, de acuerdo a su validez se registran los derechohabientes en el sistema Acredita web

Luego de registrados en el sistema, los derechohabientes pueden realizar su trámite para separar la cita médica correspondiente.

Cabe señalar que en este trámite también se pudo observar que en varios casos no se verificó en el aplicativo de RENIEC la validez del documento de identidad. Tal como se advirtió en la acreditación complementaria, el proceso, no está cumpliendo con lo normado y realiza una validación manual, por lo que puede generar un riesgo de acreditaciones irregulares.

Seguidamente se presenta el análisis de la data proporcionada por ESSALUD generada en el proceso de acreditación complementaria.

Gráfico N. 7: Número de acreditaciones complementarias por oficina de acreditación



* La oficina Cap iii Metrop. podría englobar varias oficinas de acuerdo con la data proporcionada, no es posible desglosar por limitaciones de los campos.

Se observa que el número de acreditaciones se encuentra concentrado en unos pocos centros de atención. Se debe recordar que la asignación de un centro de atención es otorgada de acuerdo a la dirección registrada en su DNI.

Gráfico N. 8: Acreditación complementaria según motivos para el 2013

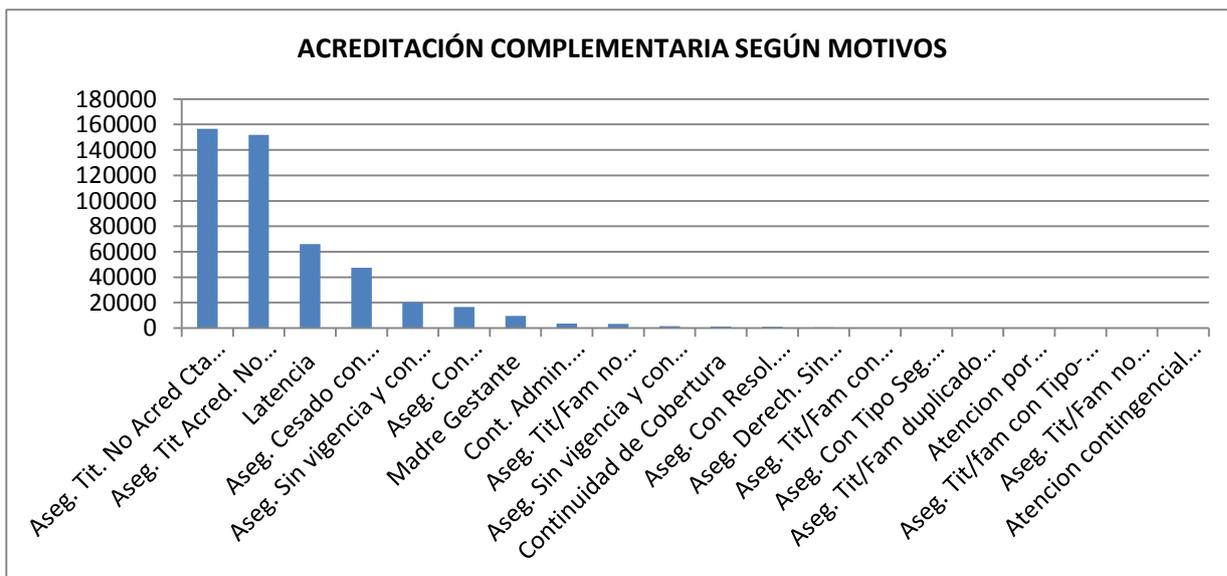


Tabla N. 9: Número de acreditaciones por motivo de acreditación complementaria para el 2013

MOTIVO ACREDITACIÓN COMPLEMENTARIA	NÚMERO
Aseg. Tit. No AcredCtaInd.Consecutiva (Reg.)	156,485
Aseg. TitAcred. No homologado (Reg.)	151,868
Latencia	66,095
Aseg. Cesado con Continuidad laboral (Reg.)	47,434
Aseg. Sin vigencia y con pagos (Priv.)	20,063
Aseg. Con Declarac.errada por empleador (Reg.)	16,484
Madre Gestante	9,615
Cont. Admin. Servicios(CAS) DL1057	3,424
Aseg. Tit/Fam no registrado (Reg./Priv)	3,400
Aseg. Sin vigencia y con pagos (S.I.)	1,553
Continuidad de Cobertura	1,293
Aseg. Con Resol. sentencia amparo (Reg./Priv)	1,140
Aseg. Derech. Sin Vínculo Familiar (Reg./Priv)	497
Aseg. Tit/Fam con autogenerado errado (Reg./Priv)	361
Aseg. Con Tipo Seg. Errado (Reg./Priv)	314
Aseg. Tit/Fam duplicado en SIA Viculo Familiar (Re	126
Atencion por Intercambio Prestacional - SIS	94
Aseg. Tit/fam con Tipo-Nro Doc. Errado (Reg./Priv)	73
Aseg. Tit/Fam no registrado (S.I.)	26
Atencioncontingencial por Huelga Médica - SIS	3

Fuente: Subgerencia de Normas y Procesos de Aseguramiento

En la tabla que se presenta a continuación, se observa los 10 principales motivos de acreditación.

Tabla N. 10: Diez motivos principales de acreditación complementaria para el 2013

MOTIVO ACREDITACIÓN COMPLEMENTARIA	NÚMERO
Aseg. Tit. No AcredCtaInd. Consecutiva (Reg.)	156,485
Aseg. TitAcred. No homologado (Reg.)	151,868
Latencia	66,095
Aseg. Cesado con Continuidad laboral (Reg.)	47,434
Aseg. Sin vigencia y con pagos (Priv.)	20,063
Aseg. Con Declarac.errada por empleador (Reg.)	16,484
Madre Gestante	9,615
Cont. Admin. Servicios(CAS) DL1057	3,424
Aseg. Tit/Fam no registrado (Reg./Priv)	3,400
Aseg. Sin vigencia y con pagos (S.I.)	1,553

Fuente: Subgerencia de Normas y Procesos de Aseguramiento

De los motivos presentados, se puede apreciar que la mayoría de ellos se encuentran relacionados con la calidad y oportunidad de la información que es puesta a disposición por SUNAT, como son: el titular no se encuentra homologado, no acreditado, cesado, sin vigencia. Sin embargo, las acreditaciones por latencia son debidas al período otorgado por la institución después que el trabajador es dado de baja por la empresa empleadora.

En el siguiente gráfico se presentan las acreditaciones complementarias por tipo de seguro:

Gráfico N. 9: Acreditación complementaria por tipo de seguro para el 2013

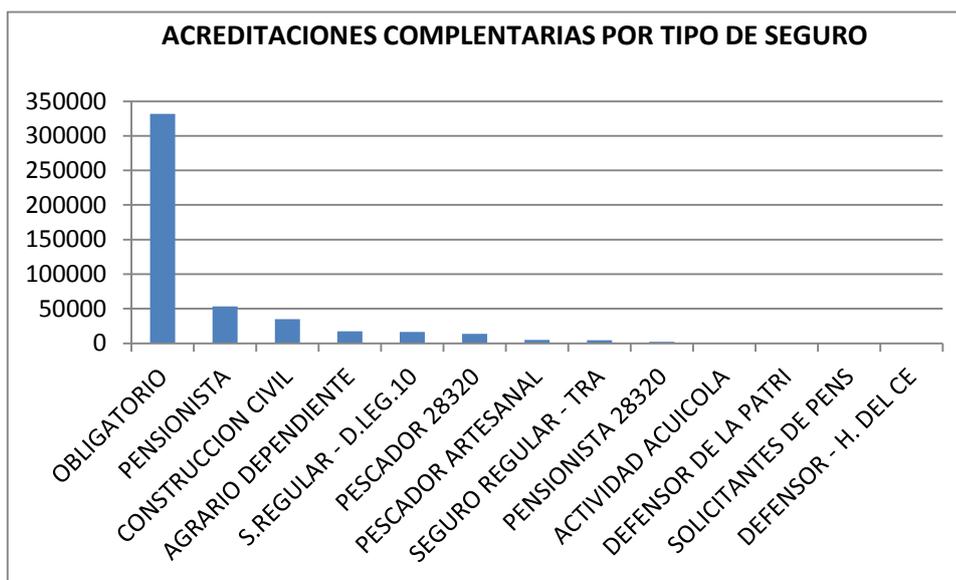


Tabla N. 11: Número de acreditaciones complementarias por tipo de seguros para el 2013

TIPO SEGURO	ACREDITACIONES X TIPO DE SEGURO
OBLIGATORIO	331,713
PENSIONISTA	53,534
CONSTRUCCION CIVIL	35,155
AGRARIO DEPENDIENTE	17,479
S.REGULAR - D.LEG.10	16,676
PESCADOR 28320	13,547
PESCADOR ARTESANAL	4,769
SEGURO REGULAR - TRA	4,324
PENSIONISTA 28320	2,383
ACTIVIDAD ACUICOLA	308
DEFENSOR DE LA PATRI	220
SOLICITANTES DE PENS	162
DEFENSOR - H. DEL CE	78

Fuente: Subgerencia de Normas y Procesos de Aseguramiento

De la tabla mostrada, se observa que el seguro obligatorio constituye el principal tipo de seguro por el cual acuden los asegurados para acreditarse complementariamente, siguiendo en orden el de pensionistas, el de construcción civil y el agrario.

La estadística presentada para el proceso de acreditación complementaria puede ser utilizada para identificar la problemática en la calidad de data puesta a disposición por SUNAT, debido a que en su mayoría, los motivos descritos, son generados por falta de calidad y oportunidad de esta; por lo que debe establecerse indicadores que permitan realizar el seguimiento de la data en el tiempo. Uno de ellos, es el número de acreditaciones por motivos principales y por sucursal, para detectar anomalías rápidamente en caso de producirse.

Hallazgos:

- El proceso de acreditación complementaria conlleva un riesgo de acreditación irregular debido a los procesos manuales para ingresar la acreditación en los sistemas de ESSALUD. Sin embargo existe un programa de control con toma de muestras estadísticas para minimizar el riesgo en esta operativa.
- Se observaron casos con indicios de acreditación irregular identificados en algunos centros de atención los cuales no fueron reportados de manera centralizada y unificada. De otro lado existe una unidad que realiza un programa de validación de acreditaciones de riesgo las cuales se identifican por el alto costo de la prestación y son verificadas posteriormente mediante una supervisión programada.

La siguiente tabla presenta los hallazgos encontrados y su calificación de impacto asociada y la posible consecuencia.

Tabla N. 12: Hallazgos acreditación complementaria

Nro.	Descripción del Hallazgo	Impacto	Consecuencia
1	Procesos manuales para la acreditación en los sistemas de ESSALUD	Alto	• Riesgo de fraudes y suplantaciones
2	No se ha evidenciado un seguimiento centralizado y unificado de casos con indicios de acreditación irregular	Alto	• Oportunidad de mejora en la identificación de casuística de acreditación irregular

Sería recomendable reportar centralizadamente a la unidad que realiza el programa de validación los casos con indicios de irregularidad para realizar el seguimiento a la solución de los mismos y retroalimentar al proceso. Con esto se podría disminuir el caso de fraudes y suplantaciones que originan desembolsos económicos por atenciones de salud.

5.2.4 Servicio al cliente en centros de acreditación

En cuanto al servicio de atención al cliente se realizó un sondeo en las siguientes oficinas y/o agencias las cuales fueron seleccionadas por ser los centros referenciales.

1. Rebagliati
2. Sabogal
3. Pablo Bermúdez
4. Angamos

En función a los resultados preliminares del sondeo realizado a los asegurados se puede advertir los siguientes temas a resaltar en cuanto al servicio brindado:

- Se realizó un cuestionario de preguntas a las personas que venían a realizar trámite de acreditación complementaria.
- En general, las personas advirtieron que la oficina para trámites tiene una buena ubicación, buena infraestructura y el personal está correctamente identificado y presentado.
- En general, se observó que la atención al asegurado es cordial, pero demora mucho. En el caso particular del Rebagliati, se observó que la atención distaba de ser amable.
- Con respecto a los requisitos y documentos necesarios para el trámite de acreditación, los asegurados consideraron que son los necesarios.
- De otro lado, el horario de atención es el adecuado ya que la mayoría de entrevistados lo señaló así.
- En general, los asegurados calificaron el servicio de esta unidad como regular ya que tiene muchos puntos por mejorar en cuanto al trato y rapidez.
- Con respecto a la capacidad de resolver problemas en el punto de contacto, los asegurados perciben que siempre tienen que acudir a una siguiente instancia para resolver sus trámites, lo que sugiere evaluar el manejo de autonomías de atención al cliente.

En cuanto a las sugerencias de los asegurados para el servicio brindando, se pueden resaltar las siguientes:

1. Contar con un canal alternativo vía internet o telefónico. Faltaría difundir el canal ESSALUD en línea con el que actualmente cuenta la institución.
2. La acreditación debería ser automática y no requerir un trámite en oficina.
3. Algunos asegurados solicitaron incluir una cola preferencial para adultos mayores y gestantes (Ley N° 28683 promulgada el 2006).

Además, los temas más mencionados como lo debilidad en el servicio brindado fueron los siguientes:

1. El trato dista de ser amable.
2. Falta información sobre los trámites y requisitos a cumplir.
3. Lentitud en el trámite de acreditación, sobre todo en los primeros días de cada mes.
4. El sistema acredita colapsa en ciertas ocasiones.

De los resultados expuestos y del sondeo de satisfacción en la plataforma del seguro se puede concluir que se necesitan reforzar a corto plazo cuatro temas principales:

1. Capacitación en protocolos de atención al cliente, manejo de quejas y situaciones de conflicto.
2. Rediseño de las colas con la finalidad de mejorar los tiempos de espera.
3. Evaluar la implementación y puesta en marcha de nuevos canales de atención más eficientes.
4. Consolidación y seguimiento de información de lecciones aprendidas y mejora continua.

Hallazgos:

De los resultados expuestos y del sondeo de satisfacción en la plataforma del seguro se puede concluir que se necesitan reforzar a corto plazo cuatro temas fundamentales:

- Capacitación en protocolos de atención al cliente, manejo de quejas y situaciones de conflicto.
- Rediseño de las colas con la finalidad de mejorar los tiempos de espera.
- Evaluar la implementación y puesta en marcha de nuevos canales de atención más eficientes.
- Consolidación y seguimiento de información de lecciones aprendidas y mejora continua.

La siguiente tabla presenta los hallazgos con la calificación del impacto asociada y la posible consecuencia.

Tabla N. 13: Hallazgos servicio al cliente

Nro.	Descripción del Hallazgo	Impacto	Consecuencia
1	Falta de capacitación en protocolos de atención al cliente, manejo de quejas y situaciones de conflicto.	Alto	• Trato al usuario no es estándar
2	No hay un control de las colas de espera.	Alto	• Las colas de espera no tienen una gestión de espera
3	Falta la aplicación de nuevos canales de atención más eficientes.	Medio	• Uso masivo de la vía presencial

5.2.5. Trámite de baja de asegurados

La baja en el registro, es la declaración de los trabajadores que dejan de tener algún vínculo con el empleador. Para esto el empleador debe realizar la declaración de la baja a través del T-REGISTRO.

Al igual que las altas en el registro, no todas las bajas están llegando a la institución de manera oportuna, lo cual puede deberse a que el empleador no esté cumpliendo con realizar esta declaración de manera oportuna o simplemente no están declarando, tal como se puede apreciar en la tabla N. 14 correspondiente. Esto implica que estarían faltando controles sobre la información registrada por el empleador, como se puede apreciar en dicho cuadro correspondiente a las acreditaciones de los asegurados: fallecidos deberían ser reportados como baja.

Tabla N. 14: Acreditaciones

cod_proc	DESCRIPCIÓN	Ene-13	Feb-13	Mar-13	Abr-13	May-13	Jun-13	Jul-13	Ago-13
1	Registro actualizado	4548730	4582056	4476531	4451730	4490583	4652172	4628451	4643757
D	Duplicado por número documento	28968	28606	27566	26559	26345	24071		23364
E	Asegurado tit. no hallado	53169	54086	52054	50977	51282	55748	126897	57884
F	Fallecidos	8790	8591	8811	8462	8749	9390		9425
J	No es titular	3726	1301	9364	4799	4271	2245		4501
K	Tipo aseg. tit. Incorrecto	765	751	731	635	323	217		803
N	Asegurado titular no activo	20027	11832	10864	32149	16170	18761		61348
		4,664,175	4,687,223	4,585,921	4,575,311	4,597,723	4,762,604	4,755,348	4,801,082

Nota: Información proporcionada por la Subgerencia de Administración de Datos

Cuando un trabajador es declarado por su empleador con una baja dependiendo de las aportaciones que se hayan realizado tendrá derecho a prestaciones médicas por algún tiempo; pero ya no tendrá derecho a prestaciones económicas ni sociales. Por ello, es muy importante su declaración oportuna y además la disposición de esta información a ESSALUD, a fin de evitar incurrir en desembolsos o prestaciones que no correspondan.

Hallazgos:

- No todas las bajas llegan a ESSALUD en forma oportuna, lo cual incidirá en el gasto.
- Existen inconsistencias en la información que SUNAT pone a disposición para ESSALUD: se detectan fallecidos que deberían haber sido declarados como baja en el registro.

La siguiente tabla presenta cada hallazgo con la calificación del impacto asociada y la posible consecuencia.

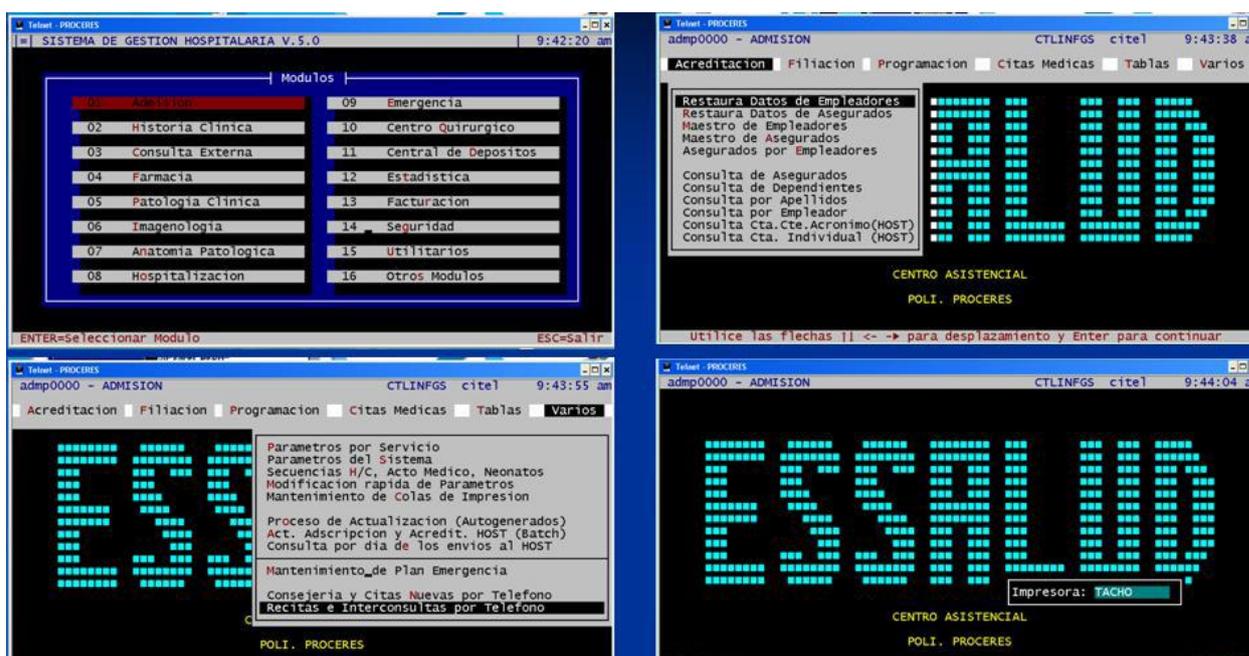
Tabla N. 15: Hallazgos en la baja de asegurados

Nro.	Descripción del Hallazgo	Impacto	Consecuencia
1	No todas las bajas llegan a ESSALUD en forma oportuna.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia en los gastos. • Podría usarse en fraudes.
2	Inconsistencias en la información que SUNAT pone a disposición para ESSALUD: fallecidos que deberían haber sido declarados como baja en el registro.	Medio	<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia en los gastos

5.2.6. Trámite del Proceso de reserva para prestaciones médicas

Luego de realizado el trámite de acreditación complementaria el usuario de aseguramiento procede a solicitar una cita médica para lo cual acude al módulo de citas en donde se ingresa la misma en el Sistema de Gestión Hospitalaria -Módulo Admisión- Citas Médicas.

Gráfico N. 10: Pantallas de sistema de citas médicas



Fuente: ESSALUD

Consultas telefónicas y consultas por internet

Tal como se observó en el resultado de las encuestas expuestas, los usuarios de aseguramiento mencionaron la necesidad de contar con un canal más eficiente para solicitar citas médicas tales como internet o vía telefónica.

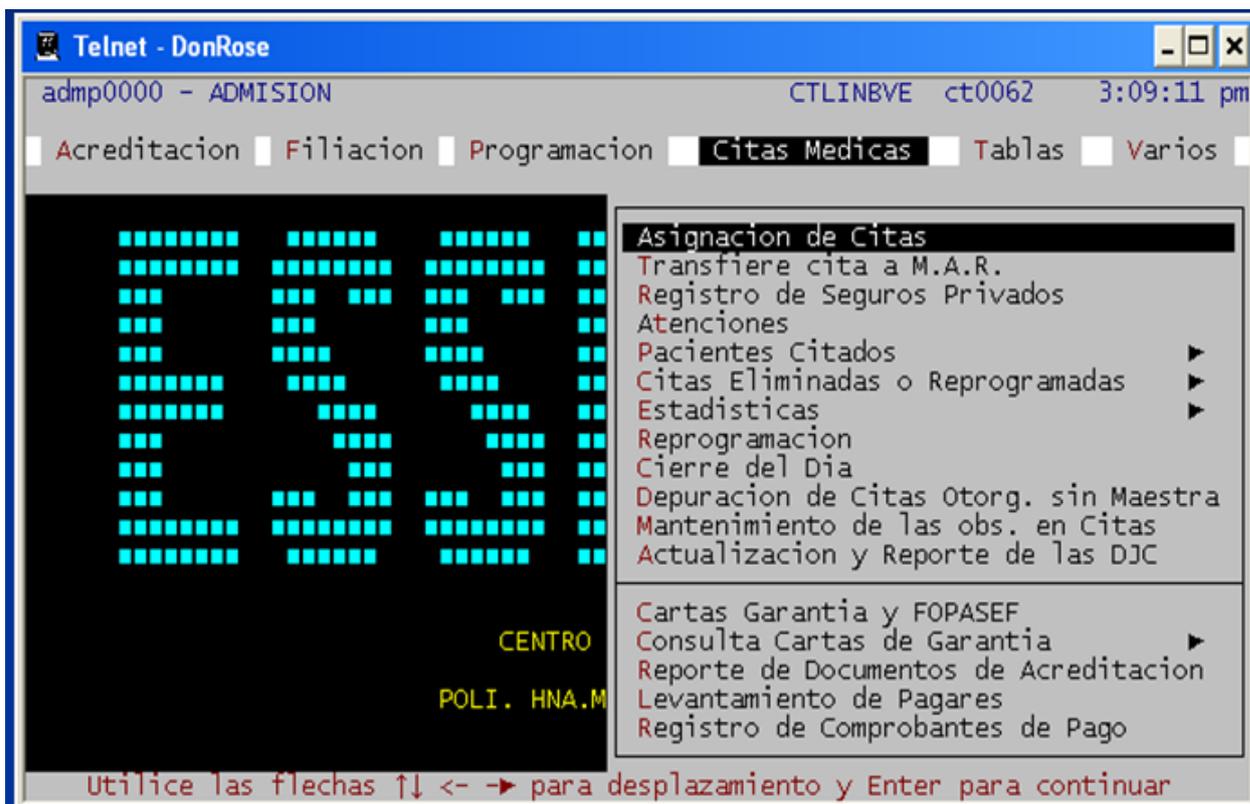
Actualmente, ESSALUD tiene un número de atención telefónica y un formulario para citas médicas en la web de ESSALUD en línea; sin embargo, este canal no funciona adecuadamente como un soporte operativo (call center, formulario web con funcionalidad para citas médicas).

Cabe señalar que existe una iniciativa del MINSA la cual se encuentra ya desplegada en varios hospitales que implica el uso de un sistema de citas médicas vía web el cual confirma vía SMS y/o correo electrónico la cita para atención médica.

Trámite de otorgamiento de citas

Tal como se advirtió en las visitas a los módulos de atención, las citas son registradas en el Sistema de Gestión Hospitalaria el cual maneja el otorgamiento de citas según diversos criterios.

Gráfico N. 11: Pantalla de citas médicas



Fuente: Elaboración propia

Hallazgo:

El proceso actual de otorgamiento de citas requiere que se asigne infraestructura tecnológica a cada módulo de otorgamiento de citas y exige el desplazamiento de los usuarios de aseguramiento y hacer colas para su atención presencial.

Costeo de prestación médica

Con respecto a las prestaciones médicas los costos asociados a servicios médicos e insumos utilizados, estos se contabilizan de manera descentralizada en cada centro de atención los cuales envían luego su información para ser consolidada.

Se mencionó que esta información no se maneja en una única base de datos y tampoco se utiliza un sistema integrado que maneje de manera eficiente esta información.

Se considera fuera del alcance de esta consultoría el relevar mayor detalle en este procedimiento el cual puede vislumbrar oportunidades de mejora interesantes.

5.3. Diagnóstico de la gestión de recaudación y fiscalización

El reporte EPRO:

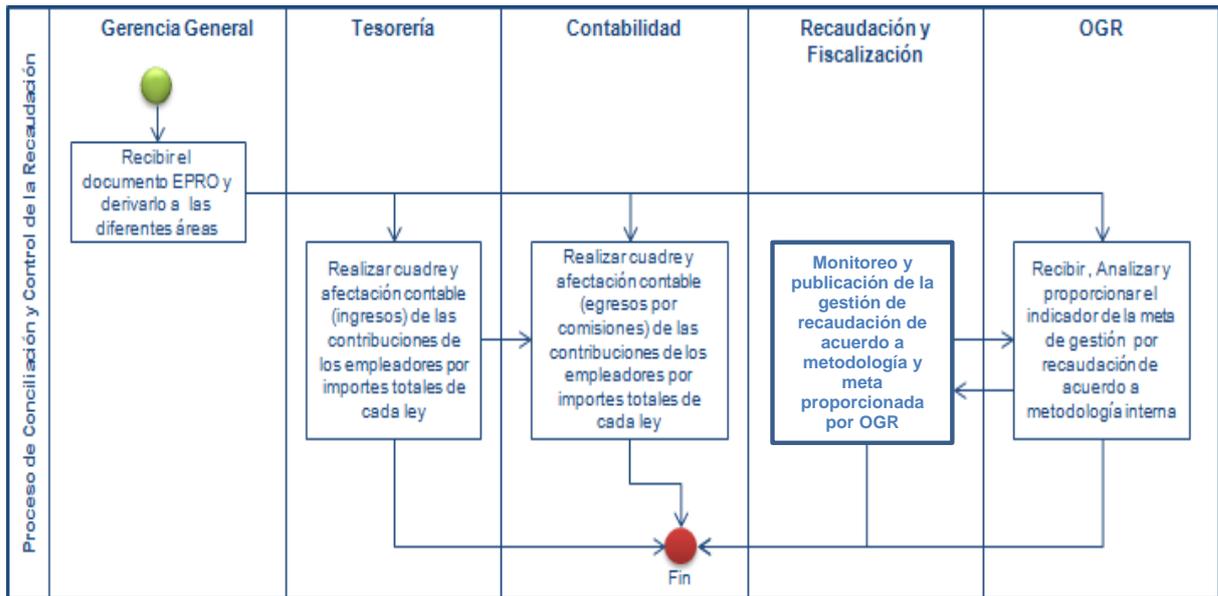
Es el documento que envía SUNAT a ESSALUD con los importes totales de cada ley depositada a la Cuenta Corriente de ESSALUD. No contiene los detalles correspondientes a la información del empleador y del trabajador correspondiente a las aportaciones que lo sustente.

Situación Actual:

El proceso de gestión de recaudación consta de 5 etapas, las cuales comprenden desde la recepción del documento por parte de la Gerencia General al envío y trámite de las diversas áreas.

A continuación, se presenta el detalle de las etapas en el siguiente gráfico:

Gráfico N. 12: Proceso que sigue el reporte EPRO en ESSALUD



Fuente: Elaboración propia

Hallazgo:

El proceso no cuenta con normativa de procedimientos de la función que cumple cada área.

Actualmente, en ESSALUD hay tres (3) áreas que cuentan con módulos SAP para el registro de sus operaciones. Estas áreas son:

- Tesorería: sólo para el registro de los importes totales según ley (sin detalle), validado según el reporte EPRO emitido por la SUNAT y los reportes de ingresos del Banco de la Nación.
- Contabilidad: para el registro de los asientos contables de la comisión y del ingreso total.
- Logística: para el registro de las transacciones correspondientes.

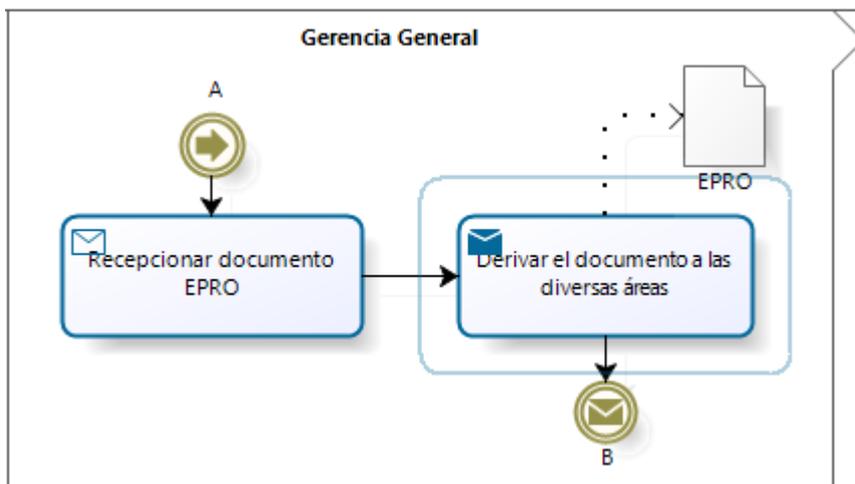
Al no tener los detalles que soporten los montos totales según ley, se deja de utilizar y explotar las funcionalidades de un ERP (Enterprise ResourcePlanning) que permitirían mantener disponible la información necesaria en la operatividad de la institución.

5.3.1. Gerencia General

Mediante esta área se inicia el proceso por el que SUNAT reporta a ESSALUD los depósitos que realizaron a la cuenta corriente de esta última, por los importes totales según la recaudación por cada ley, para que luego, el documento sea derivado a cada área que se vea impactada por este reporte. El documento que envía SUNAT es conocido como reporte EPRO.

A continuación, se presenta el modelamiento del flujo de la Gerencia General:

Gráfico N. 13: Modelamiento del flujo de Gerencia General



Fuente: Elaboración propia

Se aprecian las siguientes actividades:

- Recibir el documento (reporte) EPRO, remitido por SUNAT el cual contiene información de las transacciones que se efectuaron a la cuenta corriente de ESSALUD, por importe totales según cada Ley.
- Derivar el documento (reporte) EPRO a las diversas áreas. Las áreas son:
 - Recaudación y Fiscalización
 - Contabilidad
 - Tesorería
 - Gerencial Central de Aseguramiento
 - Asesores de Gerencia General

5.3.2. Tesorería

La función de tesorería (manejo de los ingresos por recaudación) es realizada por la Subgerencia de Ingresos y Egresos que pertenece a la Gerencia de Tesorería. Entre las funciones de esta subgerencia según el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del área (ESSALUD, 2011) están:

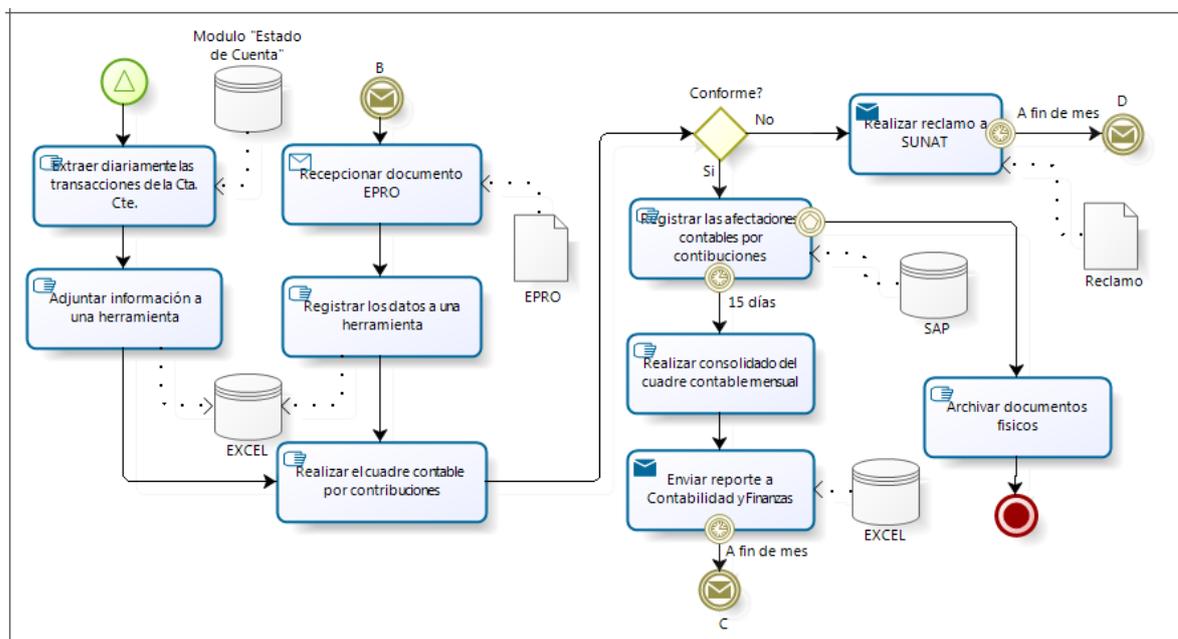
- Controlar los ingresos registrados en las cuentas que administra la Gerencia de Tesorería.
- Realizar el control de la recaudación.
- Conciliar el extracto bancario con la información de recaudación de SUNAT.
- Registrar contablemente los movimientos de fondos de las cuentas bancarias que administra la Gerencia de Tesorería.

Entre las actividades que realiza la Subgerencia de Ingresos y Egresos están las siguientes:

- a. Realizar el cuadro de los depósitos realizados a la cuenta corriente de ESSALUD con los importes totales de cada ley que contiene el reporte EPRO proporcionado por SUNAT.
- b. Registrar la afectación a la cuenta de Ingresos (70) vía aplicativo SAP.
- c. De existir diferencia contable, se encargará directamente de realizar el reclamo a SUNAT.

A continuación, se presenta el modelamiento del flujo de la función de Tesorería:

Gráfico N. 14: Flujo de la función de tesorería



Fuente: Elaboración propia

El gráfico muestra el flujo de las actividades que se realizan para la función de control de recaudación, las mismas que son:

- Extraer diariamente las transacciones de la cuenta corriente, para ello utiliza el aplicativo “Modulo Estado de Cuenta” la cual permite extraer la información referente a las transacciones que afectaron a la cuenta corriente de ESSALUD por el Banco de la Nación.
- Ajustar la información en una herramienta (hoja de Excel).
- Recibir Reporte EPRO en físico proveniente de la Gerencia General.
- Registrar los datos (manualmente) de cada uno de los importes totales por cada ley en una herramienta (hoja de Excel).
- Realizar el cuadro contable por la recaudación. Aquí se validan las transacciones registradas en la información extraída del “Modulo Estado de Cuenta” versus la información ingresada manualmente del reporte “EPRO”.
- Realizar reclamo a SUNAT en caso de existir diferencia contable. El reclamo se realiza a través de una solicitud al final del mes.
- Registrar las afectaciones contables por recaudación. Para ello, se ejecuta el ingreso de datos manualmente en el aplicativo SAP afectando a una cuenta contable de “Ingresos” 70. Esta actividad se realiza cada 15 días.
- Realizar consolidado del cuadro contable mensual. Al final de cada mes se realiza la validación de la información diaria registrada en la herramienta Excel sobre las transacciones afectadas en la cuenta corriente y sus diferencias contables según sea el caso.
- Enviar un reporte a Contabilidad y Finanzas. Luego de la validación de datos registrada en la herramienta EXCEL, se genera un documento físico con la información del cuadro contable a la Gerencia de Contabilidad (Subgerencia de Procesos Contables) y a la Gerencia Central de Finanzas.
- Archivar los documentos físicos de los reportes EPRO que envía SUNAT.

Hallazgos:

- El reporte EPRO enviado por SUNAT, no contiene el detalle que evidencie cada importe abonado a la cuenta corriente de ESSALUD (información del empleador y del trabajador).
- No se tiene definido el plazo que tiene SUNAT para la resolución de un reclamo realizado por ESSALUD. Lano resolución podría generar diferencias contables.
- El reporte EPRO que envía SUNAT a ESSALUD tiene un desfase de cinco (5) días útiles.
- Se observan actividades que utilizan la herramienta de Excel, la cual no es fiable por el posible riesgo de pérdida de información: histórico de transacciones y cuadro contable.
- Existe un retrabajo al registrar manualmente los datos en la herramienta EXCEL, SAP y el reporte mensual que se envía a la Subgerencia de Procesos Contables.
- El registro de las afectaciones contables por recaudación se realiza manualmente cada quince (15) días, lo cual podría generar retrasos en la parte operativa.
- Existe riesgo de descuadre contable mensual, debido a que el reporte EPRO de SUNAT tiene un desfase de cinco (5) días útiles y debido al envío del reclamo por diferencias a fin de mes.

La siguiente tabla resume los hallazgos, sus posibles impactos y las consecuencias que podrían ocurrir si no se toman las medidas respectivas.

Tabla N. 16: Flujo de la función de tesorería

Nro.	Descripción del Hallazgo	Impacto	Consecuencia
1	El reporte EPRO no contiene el detalle de importes abonados a la Cta. Cte. de ESSALUD (información del empleador y del trabajador).	Alto	<ul style="list-style-type: none">• No permite realizar el seguimiento de entidades deudoras.• No permite construir la Cta. Cte. Del trabajador.
2	Generan reclamos ante SUNAT por diferencias contables. No hay plazos establecidos para que SUNAT resuelva reclamos realizados por ESSALUD.	Medio / Alto	<ul style="list-style-type: none">• Riesgo de descuadre contable mensual por reclamos.
3	El reporte EPRO tiene un desfase de cinco (5) días útiles.	Medio	<ul style="list-style-type: none">• Tiempo de desfase no permite realizar el cuadro de inmediato.
4	Actividades que utilizan la herramienta de Excel en histórico de transacciones y cuadro contable.	Medio	<ul style="list-style-type: none">• Herramienta no fiable.• Posible pérdida de la información.
5	Registro manual de los datos en EXCEL, SAP y el reporte mensual que se envía a la Subgerencia de Procesos Contables.	Medio	<ul style="list-style-type: none">• Retrabajo
6	Las afectaciones contables por recaudación son manuales y cada quince (15) días (retraso).		<ul style="list-style-type: none">• No hay registro inmediato de la información si es necesario. Acumulación de trabajo

5.3.3. Contabilidad

La función contable es realizada por la Subgerencia de Procesos Contables perteneciente a la Gerencia de Contabilidad, que entre otras funciones, según el ROF correspondiente al área (ESSALUD, 2011), es el responsable de:

- Elaborar los estados financieros combinados y por fondos mensuales y anuales.

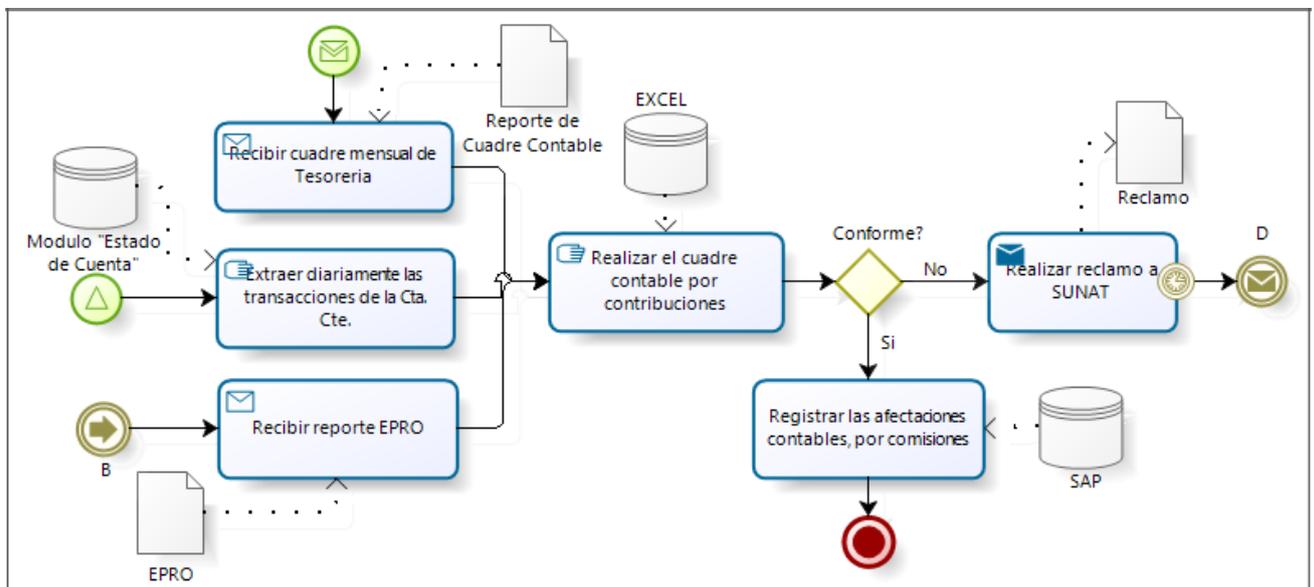
- Efectuar el análisis de cuentas de los estados financieros del punto anterior.
- Verificar y registrar la provisión de ingresos a nivel nacional.

Dentro de las funciones que realiza la Subgerencia de Procesos Contables, en el marco de la presente consultoría, están las siguientes:

- Realizar el cuadro de los depósitos realizados a la cuenta corriente de ESSALUD versus los importes totales de cada ley que contiene el reporte EPRO proporcionado por SUNAT y el reporte enviado por el área que realiza las funciones de Tesorería.
- Registrar la afectación a la cuenta de egresos por el pago de comisiones vía aplicativo SAP.
- De existir diferencia contable, se encargara directamente de realizar el reclamo a SUNAT.

A continuación, se presenta el modelamiento del flujo de Contabilidad:

Gráfico N. 15: Modelamiento del flujo de contabilidad



Fuente: Elaboración propia

El flujograma presentado nos muestra las actividades que se realizan en esta Subgerencia para verificar el correcto registro de los ingresos por recaudación en el sistema SAP para la alimentación de información a los estados financieros:

- Recibir el cuadro mensual del área que realiza las actividades de tesorería: Subgerencia de Ingresos y Egresos. Se recibe el documento físico por el cuadro contable del reporte EPRO proporcionado por SUNAT.
- Extraer diariamente las transacciones de la cuenta corriente, la información referida a las transacciones que afectaron dicha cuenta de ESSALUD por el Banco de la Nación. Se usa el aplicativo: Módulo Estado de Cuenta.
- Recibir reporte EPRO, en físico, proveniente desde la Gerencia General.
- Realizar cuadro contable por la recaudación. En esta actividad se valida cada transacción registrada por la información extraída del "Modulo Estado de Cuenta" versus la información ingresada manualmente del reporte EPRO y el reporte de cuadro contable del área de Tesorería.
- Realizar reclamo a SUNAT en caso exista diferencia contable. Para ello, se genera manualmente una solicitud de reclamo a SUNAT. Se realiza al final del mes.

- Registrar las afectaciones contables por comisiones: después de realizar el cuadro contable, se ejecuta el ingreso de datos manualmente en el aplicativo SAP afectando a una cuenta contable de “Egresos” por afectación de comisiones de recaudación.

Hallazgos:

- El reporte EPRO enviado por SUNAT, no contiene el detalle que evidencie cada importe abonado a la cuenta corriente de ESSALUD (información del empleador y del trabajador).
- Existe una deuda de aproximadamente 3,600 millones de soles histórica en la recaudación que reporta SUNAT a ESSALUD (incluye principal e intereses). Pendiente el tema de incobrables y generación de cobranzas según prioridades.
- Tanto la Subgerencia de Ingresos y Egresos como la Subgerencia de Procesos Contables generan reclamos ante la SUNAT cuando existe diferencia contable.
- No se tiene definido el plazo que tiene SUNAT para la resolución de un reclamo realizado por ESSALUD. Su no resolución podría generar diferencias contables.
- Existe un desfase de cinco (5) días útiles en el envío del reporte EPRO de SUNAT a ESSALUD.
- Existe sobreprocesamiento en la actividad de cuadro mensual de los ingresos y egresos, debido a que las áreas de Tesorería y Contabilidad realizan la misma operatividad al efectuar el cuadro contable de la recaudación.

La siguiente tabla presenta los hallazgos, sus posibles impactos y las consecuencias que podrían ocurrir si no se toman las medidas respectivas.

Tabla N. 17: Hallazgos de Contabilidad

Nro.	Descripción del Hallazgo	Impacto	Consecuencia
1	El reporte EPRO, no contiene el detalle que evidencie cada importe abonado a la Cta. Cte. de ESSALUD (información del empleador y del trabajador).	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • No permite realizar el seguimiento de entidades deudoras. • No permite construir la Cta. Cte. Del trabajador
2	Existe una deuda de aproximadamente 3,600 millones de soles histórica en la recaudación.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • No se ha determinado los incobrables. • No se realiza planes de cobranzas según prioridades.
3	La Subgerencia de Procesos Contables genera reclamos ante la SUNAT por diferencia contable. No hay plazos establecidos para que SUNAT resuelva reclamos realizado por ESSALUD.	Medio/ Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de descuadre contable mensual por reclamos.
4	Existe un desfase de cinco (5) días útiles en el envío del reporte EPRO.	Medio	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de desfase no permite realizar el cuadro de inmediato.
5	Sobreprocesamiento en la actividad: cuadro mensual de los ingresos y egresos. Tesorería y Contabilidad realizan el cuadro contable de la recaudación.	Medio	<ul style="list-style-type: none"> • La actividad manual puede provocar errores.

5.3.4. Control de recaudación y fiscalización

Esta función está a cargo de la Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización y que entre otras funciones importantes, según el ROF del área (ESSALUD, 2011), realiza las siguientes con relación a la presente consultoría:

- Identificación de los empleadores con condición de reembolso (para ello debe generar y utilizar el indicador de reembolso)
- Responsable por acciones de control a entidades empleadoras omisas a la declaración de sus trabajadores.
- Definición y control de las cuentas corrientes del empleador y del trabajador.
- Monitoreo y evaluación de la consecución de las metas de recaudación propuestas por la Oficina de Gestión de Riesgos y monitoreo de ingresos por cobranzas.

Actualmente, entre las funciones que viene realizando esta subgerencia se encontraron las siguientes:

- Monitorear los fondos de recaudación que transfiere SUNAT a ESSALUD en lo concerniente a cumplimiento de metas.
- Evaluar la consistencia del Indicador de Reembolso proporcionado por SUNAT.
- Analizar mediante metodología los indicadores de recaudación según la “Meta” proporcionada por OGR.
- Publicar mediante boletín las principales actividades realizadas por el área.
- Monitoreo de las cobranzas y las acciones de fiscalización que realiza SUNAT.

Control de la Recaudación

La Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización es el área responsable de monitorear y evaluar la consecución de las metas de recaudación que se proponen a SUNAT. En este sentido, tiene que controlar el ingreso por este concepto a las cuentas corrientes bancarias de ESSALUD.

En la tabla siguiente se presentan los ingresos por recaudación para el primer trimestre del 2012 y 2013 por tipo de contribuyentes: Principales Contribuyentes (PRICOS) y Medianos y Pequeños Contribuyentes (MEPECOS); y por tipo de seguros.

Tabla N. 18: Recaudación por tipo de contribuyente y tipo de seguro (En millones de Nuevos Soles)

Conceptos	Marzo 2012	Distribución %	Marzo 2013	Distribución %	Variación % Marzo 2012 Marzo 2013
Recaudación Total (S/.)	1,733.9	100.00%	1,958.7	100.00%	12.96%
PRICOS	1,173.4	67.67%	1,292.6	65.99%	10.16%
MEPECOS	560.5	32.33%	666.1	34.01%	18.84%
Recaudación Total (S/.)	1,733.9	100.00%	1,958.7	100.00%	12.96%
Seguro Regular	1,659.6	95.72%	1,885.0	96.24%	13.58%
Seguros Privados	25.7	1.48%	28.1	1.44%	9.27%
Seguros Agrarios	21.9	1.27%	24.5	1.25%	11.81%
Fraccionamiento	12.0	0.69%	11.7	0.60%	-2.41%
Otros	14.6	0.84%	9.3	0.48%	-36.28%

Fuente: Informe de Evaluación de la Gestión de SUNAT – I Trimestre 2013

De la tabla se observa que en el primer trimestre del 2013 el crecimiento de la recaudación con similar período del 2012 es casi 13%.

Por otro lado, según SUNAT para el mes de setiembre del presente año se recaudó S/. 669 millones lo cual significa un crecimiento de 6.9% con respecto al mismo mes del 2012 y para el período de enero a setiembre del 2013 la recaudación fue de S/. 5,989 millones lo cual implica un crecimiento de 9.8% con respecto a similar período del 2012 (Gestión, 2013).

El inconveniente es el de no tener el detalle completo de la recaudación a nivel de empleadores y empleados a fin de poder corroborar la información y determinar con mayor facilidad las entidades empleadoras morosas y la deuda correspondiente a fin de realizar las acciones de cobranza correspondientes.

Control de Deuda y Cobranza

La Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización también realiza el monitoreo de la cobranza de deuda encarga a SUNAT.

La tabla N. 16 muestra la deuda total (acumulada e histórica) descompuesta por el principal (tributo) y los intereses generados, así como la etapa en la que se encuentra la deuda con respecto al primer trimestre del presente año.

Tabla N. 19: Stock de la Deuda por aportaciones a ESSALUD (En millones de Nuevos Soles)

Etapa	Tributo	Interés	Total	%
Coactiva	814.20	1,858.79	2,672.99	75.86%
Proceso Concursal	94.03	285.31	379.35	10.77%
Saldo Deudores	228.17	124.07	352.24	10.00%
Impugnado	27.48	50.30	77.78	2.21%
Notificado	21.91	6.96	28.88	0.82%
Emitido	9.16	0.31	9.47	0.27%
Privatización	0.24	1.58	1.82	0.05%
Fracc. Particular	0.76	0.19	0.94	0.03%
Fracc. General	0.05	0.17	0.22	0.01%
Total General	1,196.01	2,327.69	3,523.70	100.00%

Fuente: Informe de Evaluación de la Gestión de SUNAT – I Trimestre 2013

La tabla N. 20 muestra la recuperación de la deuda generada por los valores emitidos al primer período del 2012 y 2013.

Tabla N. 20: Gestión de Recuperación de la deuda generada.

Conceptos	I Trimestre 2012	I Trimestre 2013	Variación %
Valores Emitidos (Número de valores)	70,452	69,734	-1.02%
Monto Emitido (millones S/.)	126.89	130.50	2.85%
Monto Recuperado (millones S/.)	90.58	100.82	11.29%
Monto Recuperado PRICOS (millones S/.)	37.95	37.14	-2.13%
Monto Recuperado MEPECOS (millones S/.)	52.63	63.67	20.98%

Fuente: Informe de Evaluación de la Gestión de SUNAT – I Trimestre 2013

La tabla N. 17 muestra además la recuperación de la deuda generada por PRICOS y MEPECOS donde se puede ver una disminución en la recuperación del primero de los mencionados (-2.13%) con respecto a similar período del año pasado.

La tabla N. 18 presenta la recuperación de deuda en cobranza coactiva según PRICOS y MEPECOS para el primer período del 2012 y 2013.

Tabla N. 21: Gestión de Recuperación de la Deuda en Cobranza Coactiva

Conceptos	I Trimestre 2012	I Trimestre 2013	Variación %
Valores pagados (Número de valores)	15,574	22,705	45.79%
Monto Cobrado (millones S/.)	33.34	37.25	11.73%
Monto Recuperado PRICOS (millones S/.)	16.32	14.64	-10.24%
Monto Recuperado MEPECOS (millones S/.)	17.02	22.60	32.78%

Fuente: Informe de Evaluación de la Gestión de SUNAT – I Trimestre 2013

La tabla N.21 muestra la recuperación de la deuda en cobranza coactiva. Se puede advertir que en el caso de PRICOS hubo una disminución en este tipo de recuperación (-10.24%) con respecto a similar período del año 2012.

En general, se puede apreciar que es necesario el detalle de todos los importes abonados por las entidades empleadoras (fraccionamientos y aplicación de detracciones) a fin de establecer las deudas en que se incurren con precisión y poder realizar acciones de cobranza de manera inmediata a través de planes diseñados para este fin, sin olvidar el seguimiento a la cobranza de los fraccionamientos. Además, se puede apreciar que la deuda en cobranza coactiva es muy grande y que ha generado un elevado interés en soles, por lo que debe realizarse un análisis detallado a fin de separar los incobrables y dedicarse a las acciones que si puedan generar retorno debido a que este tipo de deuda se ha incrementado significativamente en los últimos cuatro años en 51.22% según el Informe de Evaluación de la Gestión SUNAT IT13 (ESSALUD, 2013). También es necesario que SUNAT detalle la deuda generada por contribuciones a ESSALUD durante su gestión y los resultados de su gestión de cobranza tal como lo menciona el Informe de Evaluación de la Gestión SUNAT IT13 (ESSALUD, 2013).

Indicador de Reembolso

El Indicador de Reembolso (IR) es un instrumento que permite determinar el estado en el que se encuentran las entidades empleadoras con respecto a ESSALUD. Uno de sus estados es el de deudor o moroso, lo cual quiere decir, que tiene condición de reembolso. Esto significa que las prestaciones que reciban sus trabajadores deberán ser reembolsados a ESSALUD.

La condición de reembolso es una situación en la que el empleador al haber sido evaluado por un período de dieciocho (18) meses ha incumplido la obligación de pago y/o declaración respecto a alguna o ambas de las siguientes condiciones exceptuando los fraccionamientos vigentes:

- En el rango de seis (6) meses: obligación de declaración y pago total de sus contribuciones en tres (3) meses consecutivos o cuatro (4) meses no consecutivos en el período de seis (6) meses anteriores al de la contingencia
- En el rango de doce (12) meses: obligación del pago total de las contribuciones en los doce (12) meses previos a los seis (6) meses contemplados en el punto anterior.

El Indicador de Reembolso es generado por SUNAT según la valoración mostrada en la siguiente tabla:

Tabla N. 22: Códigos del Indicador de Reembolso de SUNAT

CODIGOSEMOIREM SUNAT (Indicador de Reembolso SUNAT)	
0	Sin deuda, sin saldo, sin valor
1	Con deuda, con saldo y/o valor
2	Deuda no exigible(valor impugnado y no resuelto)
3	No presenta declaraciones en rango 6 meses
4	Lineamiento (Deuda onerosa)

Fuente: Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización

Así mismo, ESSALUD a través de la Subgerencia de Cobranzas y Transferencias también genera el IR para verificar el indicador generado por SUNAT según la tabla que se muestra a continuación:

Tabla N. 23: Códigos del Indicador de Reembolso de ESSALUD

CODIGOSEMOIVAL ESSALUD (Indicador de Reembolso ESSALU)	
0	No moroso
1	Moroso
Celda en blanco	Celda vacía

Fuente: Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización

Se aprecia que el IR para SUNAT tiene cinco valores mientras que para ESSALUD presenta sólo tres, lo cual se explica porque para la segunda institución sólo le interesa si la entidad empleadora es morosa o no y si no ha presentado declaraciones (celda vacía).

La Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización cruza los resultados de los indicadores de SUNAT y ESSALUD para determinar la consistencia de la información. La tabla nos muestra el resultado de esta actividad.

Tabla N. 24: Evolución de consistencia de Indicador de Reembolso SUNAT y el Indicador de Reembolso ESSALUD.

Mes evaluado	Inconsistentes	Consistentes	No evaluados	Evaluados	Total General
201301	5,695	566,282	9	571,977	571,986
201302	4,736	571,125	1,167	575,861	577,028
201303	5,167	574,505	1,462	579,672	581,134
201304	4, 661	579,105	1,625	583,766	585,391
201305	4, 820	583,193	1,839	588,013	589,852
201306	5,082	551,440	1,827	556,522	558,349

Fuente: Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización

La siguiente tabla nos muestra el resultado de la consistencia de IR SUNAT e IR ESSALUD, al ser cruzados, para el mes de Junio de 2013.

Tabla N. 25: Distribución porcentual de las Inconsistencias del Indicador de Reembolso Junio 2013

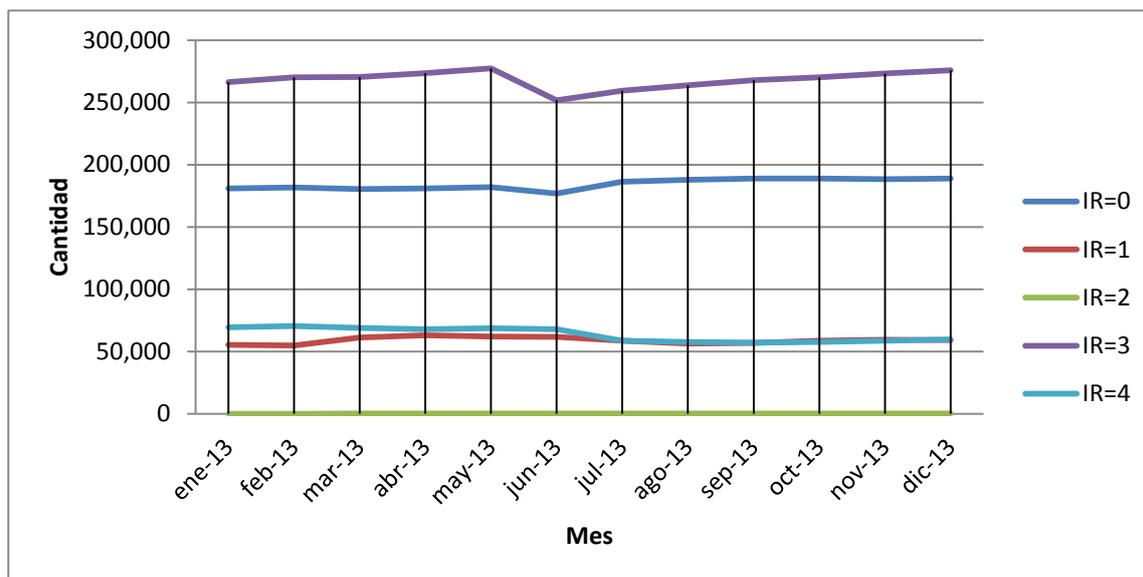
Nº	IR SUNAT	IR ESSALUD	Nº DE REGISTROS	DISTRIBUCION PORCENTUAL
1	0	1	633	12.45%
2	1	0	2,079	40.91%
3	3	1	8	0.16%
4	4	0	2,362	46.48%
TOTAL			5,082	100.00%

Fuente: Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización

Para el mes de Junio del presente año se observa que hay 5,082 registros (entidades empleadoras) inconsistentes, siendo los resultados más resaltantes los correspondientes a las dos primeras filas en el que se muestran que 633 registros de SUNAT no presentan deuda y para ESSALUD son morosos. El caso contrario se presenta en la segunda fila: 2,079 registros son morosos para SUNAT; sin embargo, ESSALUD los considera sin deuda. Esto implica que ambas instituciones probablemente no usan la misma información para la generación de los Indicadores de Reembolso, lo cual no debería ocurrir.

Seguidamente se presenta el análisis de la data proporcionada por ESSALUD respecto del indicador de reembolso generado por SUNAT.

Gráfico N. 16: Estadísticas del Indicador de Reembolso según el número de empresas declarantes



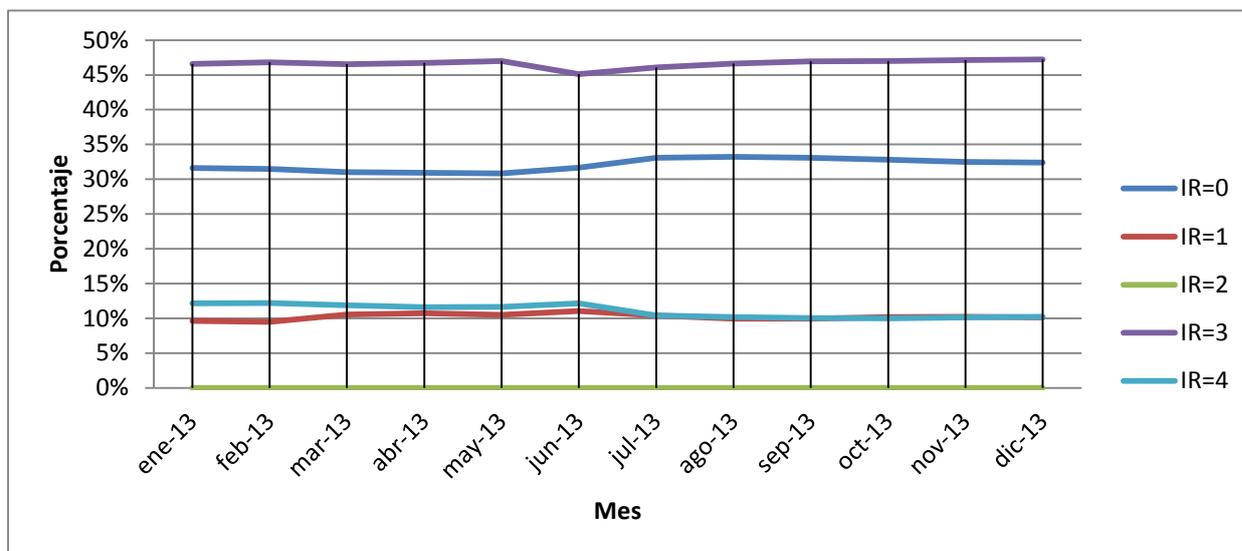
Fuente: Desarrollo propio

Tabla N. 26: Estadísticas del Indicador de Reembolso en % respecto del total de empresas declarantes

Periodo	IR=0	IR=1	IR=2	IR=3	IR=4
ene-13	180,979	55,183	0	266,379	69,445
feb-13	181,714	54,795	0	270,222	70,297
mar-13	180,368	61,259	31	270,523	68,953
abr-13	181,023	62,944	39	273,523	67,862
may-13	181,923	61,975	35	277,284	68,635
jun-13	176,922	61,781	32	251,785	67,829
jul-13	186,296	58,561	38	259,384	58,511
ago-13	187,842	56,377	30	263,773	57,639
sep-13	188,918	56,690	27	267,872	57,194
oct-13	188,805	58,496	35	270,178	57,579
nov-13	188,389	59,348	34	273,112	58,594
dic-13	188,987	59,154	31	275,699	59,710

Fuente: Desarrollo propio

Gráfico N. 17: Estadísticas del Indicador de Reembolso según el número de empresas declarantes



Fuente: Desarrollo propio

Tabla N. 27: Estadísticas del Indicador de Reembolso en % respecto del total de empresas declarantes.

Periodo	IR=0	IR=1	IR=2	IR=3	IR=4
ene-13	32%	10%	0%	47%	12%
feb-13	31%	9%	0%	47%	12%
mar-13	31%	11%	0%	47%	12%
abr-13	31%	11%	0%	47%	12%
may-13	31%	11%	0%	47%	12%
jun-13	32%	11%	0%	45%	12%
jul-13	33%	10%	0%	46%	10%
ago-13	33%	10%	0%	47%	10%
sep-13	33%	10%	0%	47%	10%
oct-13	33%	10%	0%	47%	10%
nov-13	33%	10%	0%	47%	10%
dic-13	32%	10%	0%	47%	10%

Fuente: Desarrollo propio.

De acuerdo a lo observado en los gráficos anteriores, la mayor incidencia se encuentra en los Indicadores de Reembolso 3 (47%) y 0 (32%), manteniéndose estable a lo largo del año en el cual se ha realizado el análisis (2013).

Tener una alta incidencia de casos con IR igual a 3, puede implicar dos (2) situaciones principalmente:

- 1) Las empresas no están cumpliendo de manera oportuna con hacer sus declaraciones por intermedio de los aplicativos que SUNAT pone a disposición para ello.

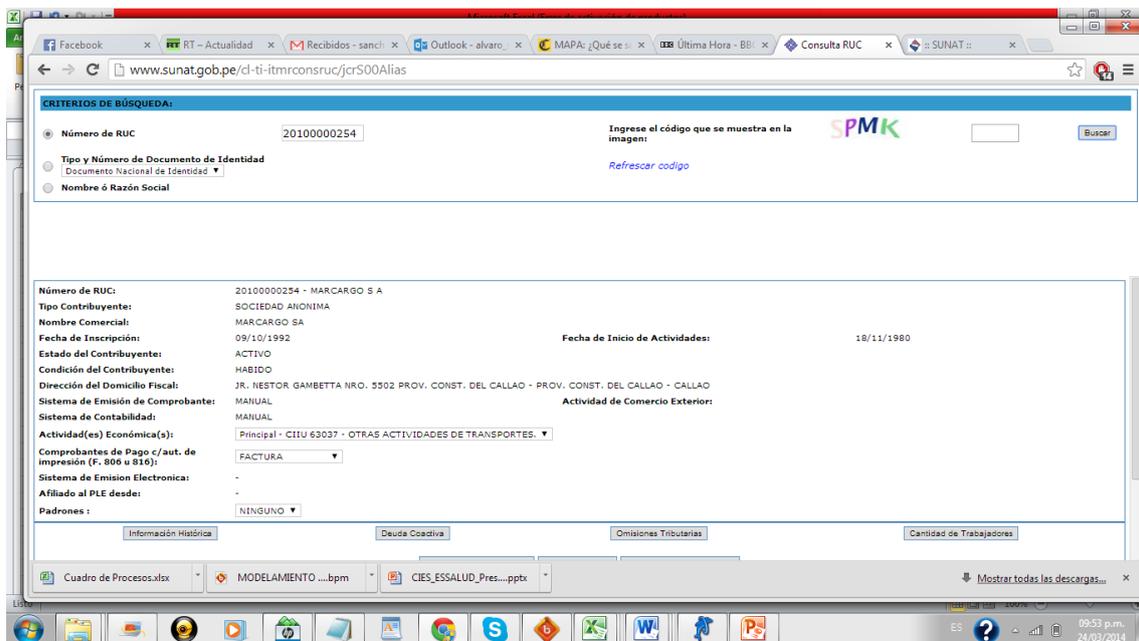
- 2) Muchos de los registros enviados con este indicador corresponden a empresas que no operan o a empresas unipersonales.

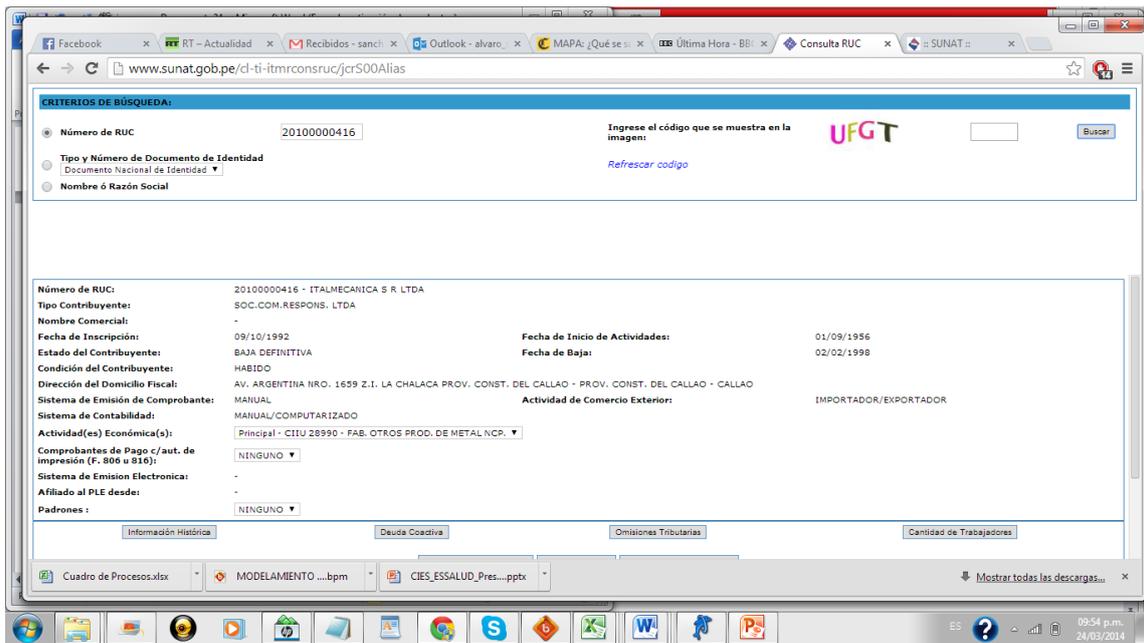
Tomando una muestra aleatoria del universo y haciendo un análisis para determinar las razones de la alta incidencia para un IR igual a 3, se ha podido determinar lo siguiente:

El 47% del universo tiene IR igual a 3, de estos, el 41.5% (19.5% del total del universo) de ellos es persona natural con negocio, por lo que en su mayoría no declaran trabajadores.

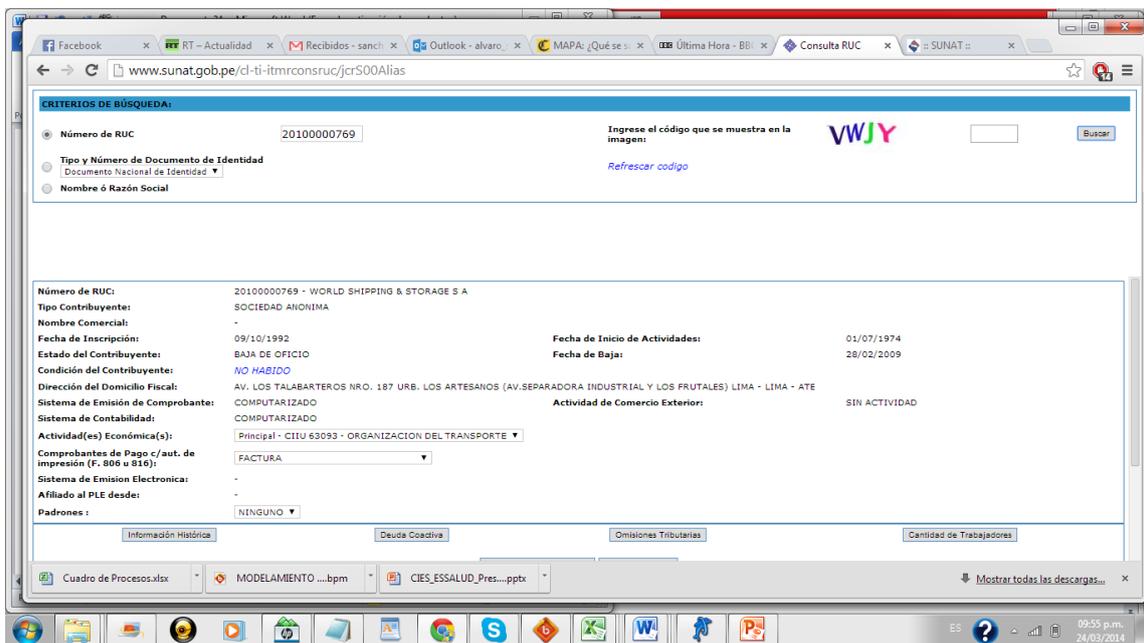
El 58.5% de los que cuentan con IR igual a 3 (aproximadamente 27.5% del universo), son personas jurídicas, las cuales se encuentran obligadas de acuerdo a la ley tributaria a realizar la declaración de sus trabajadores; sin embargo, se ha encontrado que muchas de ellas estarían con estado de “baja” tributaria. De una evaluación a una pequeña muestra se determinó que alrededor del 50% son organizaciones empresariales que estarían en esta situación; por lo que, se recomienda tomar una muestra mayor para confirmar esta tendencia.

A continuación se presenta algunos casos que avalan lo descrito anteriormente:

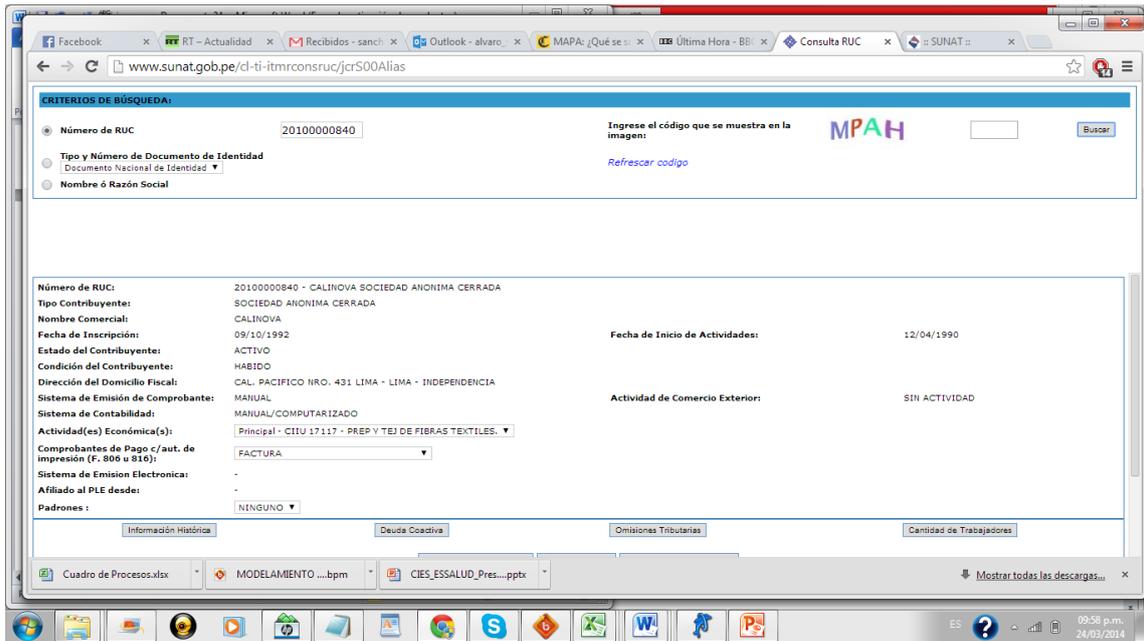




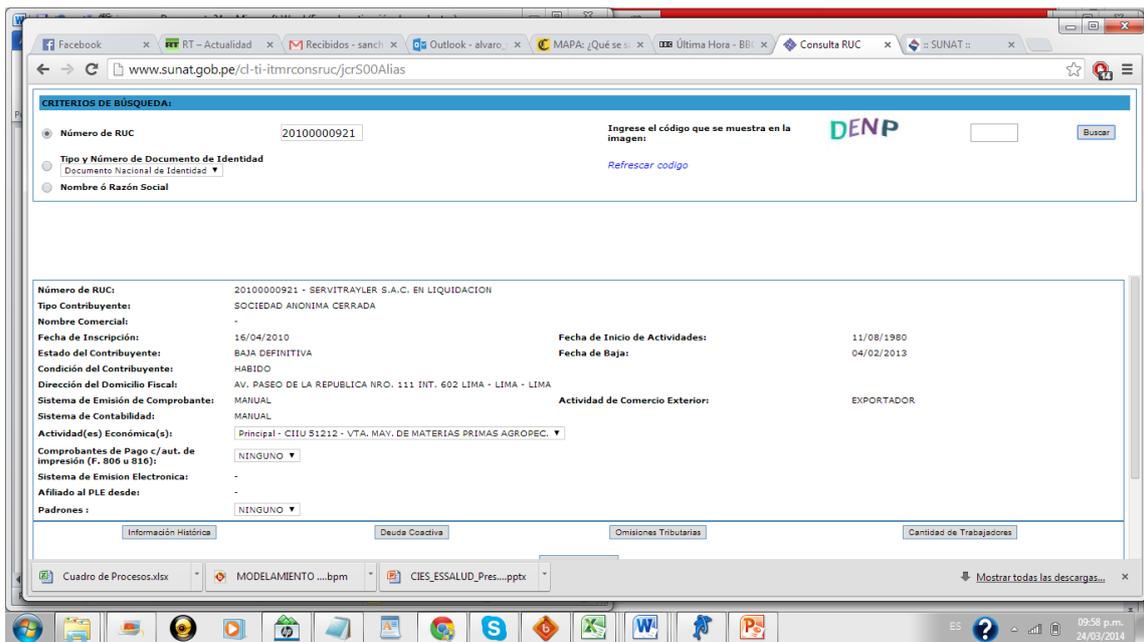
Empresa en baja definitiva desde el 02/02/1998.



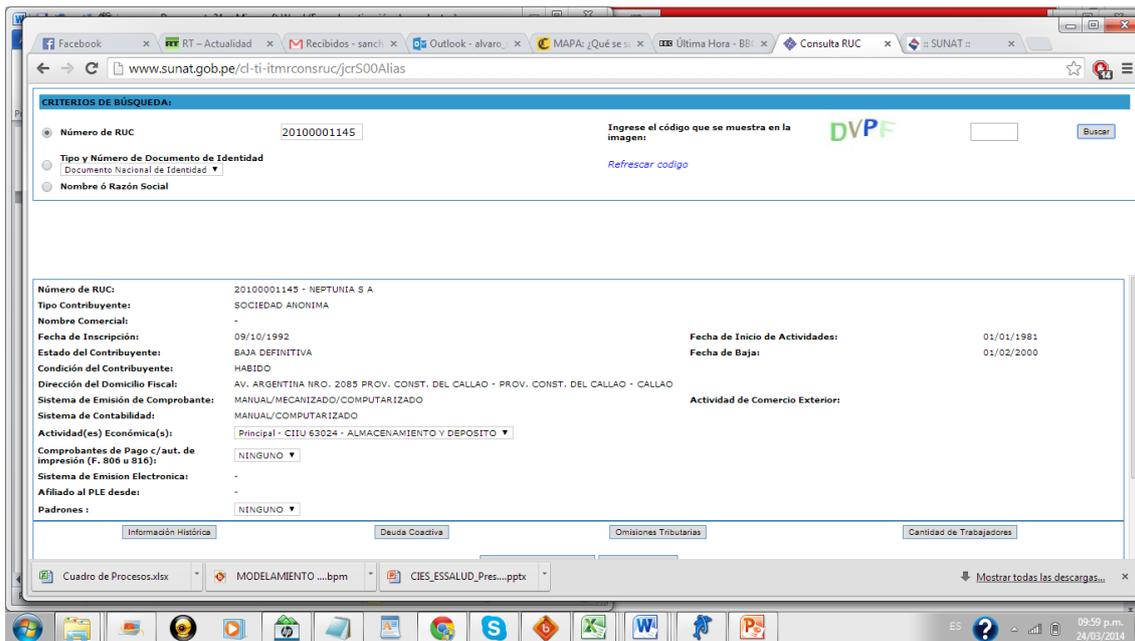
Empresa sin actividad desde el 28/02/2009, baja de oficio.



Empresa Activa



Empresa en baja definitiva desde 04/02/2013



Empresa en baja definitiva desde el 01/02/2000

Del análisis anterior, se tiene que aproximadamente el 20% de los registros que SUNAT pone a disposición de ESSALUD, contiene empresas que se encuentran en baja definitiva o de oficio, por lo que se infiere que están causando una carga adicional en los sistemas de información de ESSALUD.

Al margen, se encuentran las empresas que deliberadamente no hacen declaraciones en algunos meses del año, las cuales si deben tener el IR igual a 3. Según las estadísticas descritas, constituyen un número muy significativo lo cual implica la necesidad que el ente recaudador realice campañas agresivas de fiscalización que busquen el cumplimiento en la declaración oportuna por parte de las empresas a nivel nacional.

Control de Fiscalizaciones realizadas por SUNAT

La SUNAT al tener entre sus funciones las de administrar y fiscalizar tributos internos, lleva a cabo acciones de fiscalización en todo el país, a fin de verificar el cumplimiento de la ley por parte de las entidades empleadoras. Estas acciones de fiscalización pueden ser:

- Inspecciones: primer nivel de fiscalización que permite verificar el cumplimiento de las obligaciones tributarias.
- Acciones Inductivas: segundo nivel de fiscalización que busca subsanar la detección de inconsistencias de poco interés fiscal de manera voluntaria por parte de los contribuyentes.
- Verificaciones Generales: tercer nivel de fiscalización que permite la revisión de una o más inconsistencias detectadas.
- Auditorías: último nivel utilizado para verificar la correcta determinación de la base imponible declarada por el empleador. Implica mayor tiempo para la intervención.

Según la negociación SUNAT – ESSALUD en materia de mejora de la recaudación para el presente año (2013), la meta propuesta por SUNAT es de 34,139 acciones de fiscalización.

A la fecha de elaboración del Informe de Evaluación de la Gestión de SUNAT IT13 se ha realizado 9,411 acciones de fiscalización pero no se conocen los criterios utilizados en SUNAT para determinar dichas acciones en número y tipo (ESSALUD, 2013).

La tabla N. 27 presenta los tipos de acción de fiscalización y sus rendimientos (S/.) para el 1° trimestre de los años 2012 y 2013.

Tabla N. 28: Intervenciones ejecutadas por SUNAT I Trimestre 2012 – I Trimestre 2013

Tipos de Acción de Fiscalización	I Trimestre 2012		I Trimestre 2013		Participación %	
	Acciones de fiscalización	Rendimiento (Millones de S/.)	Acciones de fiscalización	Rendimiento (Millones de S/.)	Acciones de fiscalización IT 12	Acciones de fiscalización IT 13
Inspecciones	6326	-	5506	-	88.07%	58.51%
Acc. Inductivas	535	0.11	3452	0.34	7.45%	36.68%
Verif. Generales	259	0.30	374	0.22	3.61%	3.97%
Auditorías	63	0.39	79	1.61	0.88%	0.84%
Total	7,183	0.80	9,411	2.17	100.00%	100.00%

Fuente: Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización

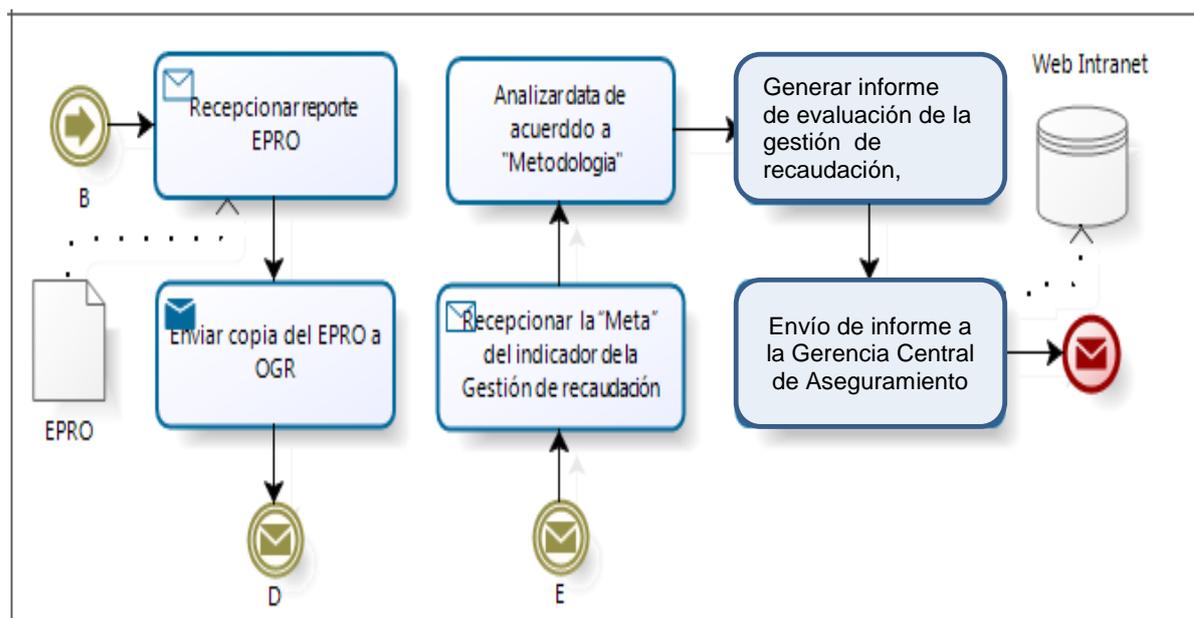
Se aprecian los tipos de acciones de fiscalización que en total suman 9,411 de los cuales el 65.10% se llevaron a cabo en Lima según de Evaluación de la Gestión de SUNAT IT13 (ESSALUD, 2013). Además, se observa que las auditorías generaron los mejores resultados.

En general, se considera que SUNAT orienta sus esfuerzos a obtener mayores ingresos por tributación interna y que la información que proporciona es mínima y trimestral (sólo lo reportado en el Informe de Contribuciones a la Seguridad Social en Salud) según las conclusiones del Informe de Evaluación de la Gestión de SUNAT IT13 (ESSALUD, 2013).

Modelamiento del Flujo de Control de Recaudación y Fiscalización

A continuación, se presenta el modelamiento del flujo de control de Recaudación y Fiscalización:

Gráfico N. 18: Modelamiento del flujo de control de Recaudación y Fiscalización



Fuente: Elaboración propia

Se aprecian las siguientes actividades en el flujograma mostrado:

- Recibir reporte EPRO proveniente de la Gerencia General (documento en físico).
- Enviar copia del reporte EPRO a la Oficina de Gestión de Riesgos (OGR).
- Recibir la "meta" del indicador de recaudación proyectado por OGR según información proporcionada por SUNAT y aprobado por Gerencia General.
- Analizar data e información proporcionada por SUNAT siguiendo la metodología del área.
- Generar Informe de Evaluación de la Gestión de Recaudación, Cobranza y Fiscalización por SUNAT. Se realiza trimestralmente.
- Enviar Informe de Evaluación de la Gestión de Recaudación, Cobranza y Fiscalización a la Gerencia Central de Aseguramiento para su revisión.

Adicionalmente al flujograma presentado, el área coordina acciones de fiscalización a empresas empleadoras a través de SUNAT.

Hallazgos:

- El reporte EPRO no contiene detalle que evidencie el importe abonado a la cuenta corriente de ESSALUD por los empleadores ni los importes individuales correspondientes a los trabajadores.
- La data e información que proporciona SUNAT no contiene detalles que permitan hacer la validación de la recaudación realizada por SUNAT. Por lo tanto, no se ha evidenciado un proceso de control de información de cobranza tributaria por los saldos a nivel de empleadores y empleados en ESSALUD (aplicación de fraccionamientos y detracciones).
- El área no realiza el control sobre las cuentas corrientes del empleador y del trabajador debido a que la información que SUNAT pone a disposición no tiene el detalle necesario (información incompleta) y tiene un desfase cercano a los dos (2) meses.
- El área no genera ni controla el indicador de reembolso a fin de fiscalizar a las empresas omisas a la declaración. La generación la realiza actualmente el área de Cobranzas y Recuperaciones. Se está gestionando el traspaso de esta actividad a la Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización.

- El tiempo de espera en el envío del documento EPRO de SUNAT a ESSALUD tiene un desfase de 5 días útiles.
- La información proporcionada por SUNAT no siempre es consistente. No se ha evidenciado un mecanismo de reporte formal que unifique y centralice estas inconsistencias detectadas en diversas áreas de la institución.
- El área no cuenta con acceso directo a la base de datos de OCTIC ni los recursos para procesar la información: infraestructura tecnológica ni personal especializado. Esto genera tiempos de espera cuando otra área (OGR) apoya realizando estas actividades.
- No tienen el detalle de la deuda generada por contribuciones a ESSALUD durante su gestión y los resultados de su gestión de cobranza.
- Existe un acercamiento entre la Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización y la SUNAT para entender los criterios adoptados por la última, en lo referente a las metas de recaudación, fiscalización y cobranza.
- Existe una mesa de trabajo en ESSALUD conformada por representantes de la Subgerencia de Cobranzas y Transferencias (Gerencia de Cobranzas y Recuperaciones), Subgerencia de Control de Recaudación (Gerencia de Auditoría de Aseguramiento) y Fiscalización y la Subgerencia de Normalización y Control (Gerencia de Prestaciones Económicas) que busca atender los casos referentes a la “condición de reembolso” (un estado del indicador de reembolso), pues hay entidades empleadoras que se quejan por esta condición y demuestran que no les corresponde: error de información. Estos representantes ya se están reuniendo con representantes de SUNAT por este tema.
- La definición de los estados del indicador de reembolso en las diversas áreas no se encuentra estandarizada.

La siguiente tabla nos presenta los hallazgos, sus posibles impactos y las consecuencias que podrían suceder si no se toman las medidas correspondientes para evitar o reducir sus impactos.

Tabla N. 29: Hallazgos recaudación y fiscalización

Nro.	Descripción del Hallazgo	Impacto	Consecuencia
1	El reporte EPRO, no contiene el detalle que evidencie cada importe abonado a la cuenta corriente bancaria de ESSALUD.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • No permite realizar el cuadro contable. • No permite realizar el seguimiento de entidades deudoras o morosas. • No permite construir la Cta. Cte. Individual.
2	No se ha evidenciado un proceso de control de información de cobranza tributaria (fraccionamiento, deducciones).	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • No permite construir el indicador de reembolso de manera confiable.
3	No existe información completa para la generación de las Ctas. Ctes. del empleador y del trabajador. Desfase de la información aprox. de 2 meses.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • No permite realizar el seguimiento de entidades deudoras o morosas. • No permite construir la Cta. Cte. Del trabajador.
4	El área no genera ni controla el indicador de reembolso para fiscalizar a las empresas omisas a la declaración.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • No permite realizar el seguimiento de entidades deudoras o morosas con la SUNAT.
5	Existe un desfase de cinco (5) días	Medio /	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de desfase no permite

Nro.	Descripción del Hallazgo	Impacto	Consecuencia
	útiles en el envío del reporte EPRO.	Alto	realizar el seguimiento inmediato.
6	No se ha evidenciado un reporte formal que centralice las inconsistencias detectadas en la institución.	Medio / Alto	• No se genera reporte, acción y seguimiento a las inconsistencias detectadas
7	El área no cuenta con acceso directo a la base de datos de OCTIC ni los recursos para procesar la información.	Medio / Alto	• Retrasa el procesamiento de data.
8	Solicitan que SUNAT detalle la deuda generada por contribuciones a ESSALUD durante su gestión y los resultados de su gestión de cobranza.	Medio / Alto	• Mejoramiento de la información para el control de las deudas y la gestión de cobranza realizadas por SUNAT
9	Existe un acercamiento entre la Subgerencia de Control Recaudación y la SUNAT por metas de recaudación, fiscalización y cobranza.	Medio	• Mejoramiento de la coordinación entre instituciones
10	Existe una mesa de trabajo en ESSALUD conformada por representantes de la Subgerencia de Cobranzas y Transferencias, Subgerencia de Control de Recaudación y la Subgerencia de Normalización y Control por casos de "condición de reembolso".	Medio	• Mejoramiento de la coordinación entre instituciones
11	La definición de los estados del indicador de reembolso en las diversas áreas no se encuentra estandarizada.	Alto	• Estructurar un marco normativo para que el procedimiento de la obtención del indicador de reembolso, se encuentre estandarizado en todas las áreas impactadas (prestaciones económicas, cobranza, plataforma de aseguramiento, OCTIC, Administración de datos, control de recaudación y fiscalización).

5.3.5 Oficina de Gestión de Riesgos (OGR)

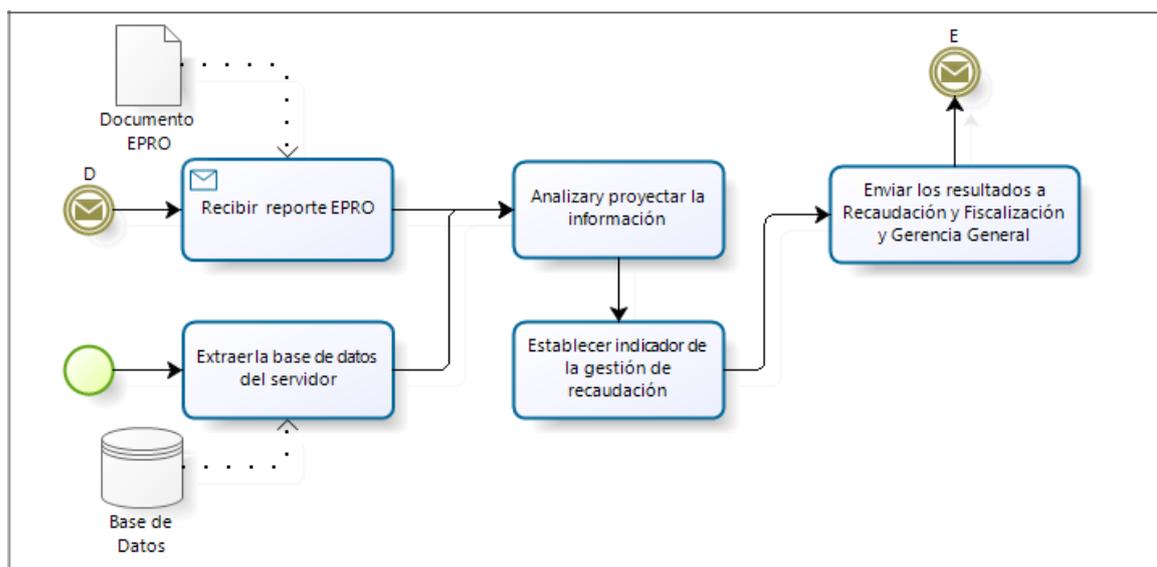
La Oficina de Gestión de Riesgos (OGR) es el órgano que brinda apoyo a la Gerencia Central de Aseguramiento (GCA). Las funciones de esta oficina están orientadas a realizar estudios y evaluaciones con respecto al sistema de aseguramiento, lo cual implica proyecciones de la recaudación de las aportaciones a ESSALUD, entre otras.

Algunas de las funciones que realiza esta oficina son las siguientes:

- a. Realizar los diferentes estudios y las proyecciones de la información para los años siguientes, según la necesidad y la solicitud de las diversas áreas.
- b. Proporcionar las metas a alcanzar por las diversas áreas, entre ellas las de la Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización.

A continuación, se presenta el modelamiento del flujo de OGR:

Gráfico N. 19: Modelamiento de flujo OGR



Fuente: Elaboración propia

Se aprecian las siguientes actividades:

- Recibir reporte EPRO
- Extraer la base de datos del Servidor (con la información necesaria)
- Proyectar esta información para períodos futuros
- Enviar informe a Gerencia General
- Recibir la meta de control de recaudación (determinada por Gerencia General)
- Enviar la meta de control de recaudación al área correspondiente.

Es importante señalar, que se trabaja con toda la información proporcionada por SUNAT y por ello el nivel de detalle y precisión dependerá de esta información.

Hallazgos:

- La información que maneja la Oficina de Gestión de Riesgos está supeditada a la proporcionada por SUNAT, la misma que debería proporcionar más detalle en cuanto a la información de pagos de los empleadores, lo cual implica tener el desagregado de los aportes individuales por trabajador. Este detalle de información aún no está disponible para ESSALUD.
- La Oficina de Gestión de Riesgos proporciona apoyo a algunas áreas, como la Subgerencia de Recaudación y Fiscalización y la Subgerencia de Cobranzas y Transferencias, para que puedan procesar información, debido a que estas no cuentan con los recursos en equipos y en personal especializado ni los accesos a las bases de datos.

En la siguiente tabla se presenta el principal hallazgo encontrado, su posible impacto y la consecuencia que podría suceder o que ya ocurre.

Tabla N. 30: Hallazgos flujo OGR

Nro.	Descripción del Hallazgo	Impacto	Consecuencia
1	Información incompleta: no hay detalles.	Alto	• No permite realizar estudio y proyecciones más precisas y detalladas.

5.4. Otros procesos

5.4.1. Proceso de otorgamiento de la prestación económica

Las actividades correspondientes a las prestaciones económicas son llevadas a cabo por la Subgerencia de Normalización y Control la cual pertenece a la Gerencia de Prestaciones Económicas. Según el ROF (ESSALUD, 2007), la Subgerencia de Normalización y Control realiza las siguientes funciones, entre otras:

- Llevar a cabo las acciones de control necesarias dentro del trámite y emisión de la documentación relativa al pago de las prestaciones económicas.
- Absolver todas las consultas técnicas referidas al sistema de prestaciones económicas y a las lesiones que originan incapacidad.
- Administrar los recursos asignados para el pago de prestaciones económicas de ESSALUD a nivel nacional.

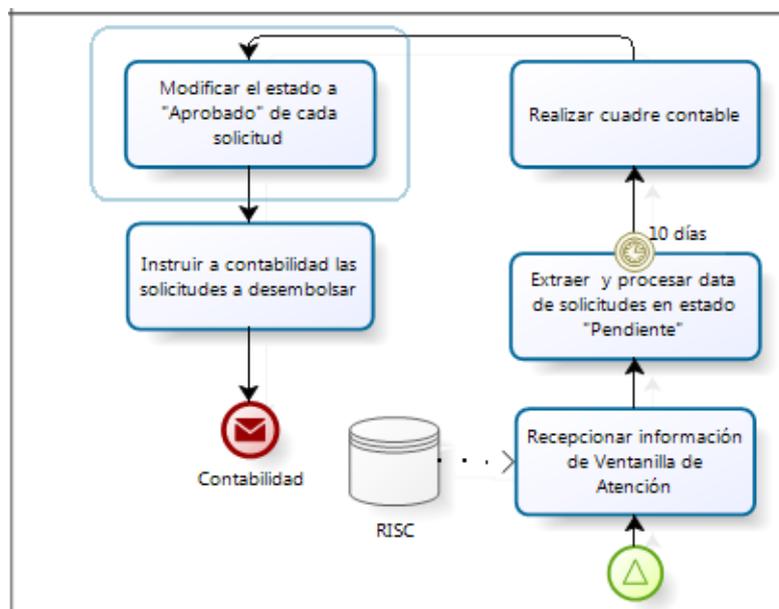
En la actualidad, existen cuatro (4) tipos de prestaciones económicas que ESSALUD otorga a sus asegurados cuando están debidamente acreditados. Estos son:

- Sepelio por fallecimiento
- Incapacidad temporal
- Lactancia
- Maternidad

Así mismo, es importante mencionar que, las prestaciones económicas se otorgan a los trabajadores regulares y con vínculo laboral vigente. Por lo tanto, cuando un trabajador es dado de baja por la entidad empleadora con la que tenía vínculo, este pierde el derecho a beneficios de prestaciones económicas. Por ello, en esta área se realiza, entre otras actividades, la verificación del cumplimiento de los requisitos de los asegurados que solicitan subsidios.

En el siguiente gráfico se muestra el modelamiento del flujo para las prestaciones económicas:

Gráfico N. 20: Modelamiento del flujo para las prestaciones económicas



Fuente: Elaboración propia

Se aprecian las siguientes actividades:

- Recibir la solicitud de prestación económica (ventanilla/módulo de atención). El calificador revisa el expediente: utiliza el Sistema Integrado de Aseguramiento (SIA) y el RISC (sistema propio de prestaciones económicas) y deja el expediente en estado de “pendiente”. Si el expediente es observado queda en estado de “pre registro”.
- Extraer y procesar información relativa a los expedientes en estado de “pendiente” correspondiente al tramo de lunes a sábado inclusive. Este procesamiento se realiza en OCTIC y permite generar una base de datos que se remite a la Subgerencia de Normalización y Control.
- Realizar el cuadro contable luego que la Subgerencia de Normalización y Control remite la base de datos al área contable. Se revisa que el abono a otorgar sea lo correcto.
- Modificar el estado del expediente al de “aprobado”.
- Instruir al área de Tesorería (Subgerencia de Ingresos y Egresos) las solicitudes a desembolsar, previo aprovisionamiento contable. Se envía padrones y documentos físicos de solicitudes.

Se presenta el análisis estadístico de la data proporcionada por ESSALUD en el proceso de atención a solicitudes de prestaciones económicas.

Gráfico N. 21: Número de prestaciones económicas por rango de tiempo para su procesamiento



Tabla N. 31: Tiempo de procesamiento para prestaciones económicas para el 2013

Rango en días	Cantidad de Prestaciones
0-29	285,289
30-59	34,800
60-89	12,317
90-119	8,300
120-149	5,270
150-179	3,042
180-209	2,122
210-239	1,651
240-269	1,371
270-299	778
300-329	770
330-359	550
360-389	376
390-419	282
420-449	238
450-479	130
480-509	155
510-539	107
540-569	57
570-599	67
600-629	41
630-659	35
660-689	41
690-719	6
720-749	1

Se concluye que la gran mayoría de prestaciones económicas son atendidas en el rango de 0-29 días.

Parámetros Estadísticos	Días
Promedio	21
Moda	2
Mediana	4
Desviación estándar	53

Se puede observar de la información de registros entregada lo siguiente: el tiempo promedio de atención es de 21 días, la moda es de 2 días (valor con mayor frecuencia), la mediana es de 4 días (valor de posición central) y la desviación estándar llega a 53 días. Esto nos indica que los datos se encuentran bastante dispersos.

Tabla N. 32: Número de Prestaciones Económicas por mes

Prestación/ Mes	Ene ro	Febr ro	Mar zo	Ab ril	Ma yo	Jun io	Juli o	Agos to	Septi embre	Octub re	Novi embre	Dici embre	Total gene ral
Incapacida d Temporal	20	30	34	37	30	33	40	30	41	32	34	41	34
Lactancia	7	13	13	7	9	13	7	7	8	8	11	8	9
Maternida d	22	30	31	27	24	27	28	25	29	27	28	33	28
Sepelio	15	20	18	16	15	24	15	14	16	16	19	20	17

El cuadro presentado, se obtuvo con la diferencia de las fechas presentadas para las prestaciones según los registros de la información proporcionada. Se observa que la mayor cantidad de solicitudes por prestaciones económicas son por incapacidad temporal y maternidad.

Tabla N. 33: Número de días para atención de prestaciones económicas

Etiquetas de fila	Ene ro	Febr ro	Mar zo	Ab ril	May o	Juni o	Juli o	Agost o	Septi embre	Octubr e	Novi embre	Dici embre
Incapacida d Temporal	24	24	22	23	24	25	27	26	25	25	23	24
Lactancia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maternid ad	80	82	81	81	80	79	81	81	82	81	80	80
Sepelio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Se presenta la información proporcionada en la columna "día". Al consolidar la información se obtuvo el cuadro mostrado, en donde se observa que para la lactancia y sepelio el número de días es cero (0), lo cual implica una contradicción.

Gráfico N. 22: Montos por tipo de prestación

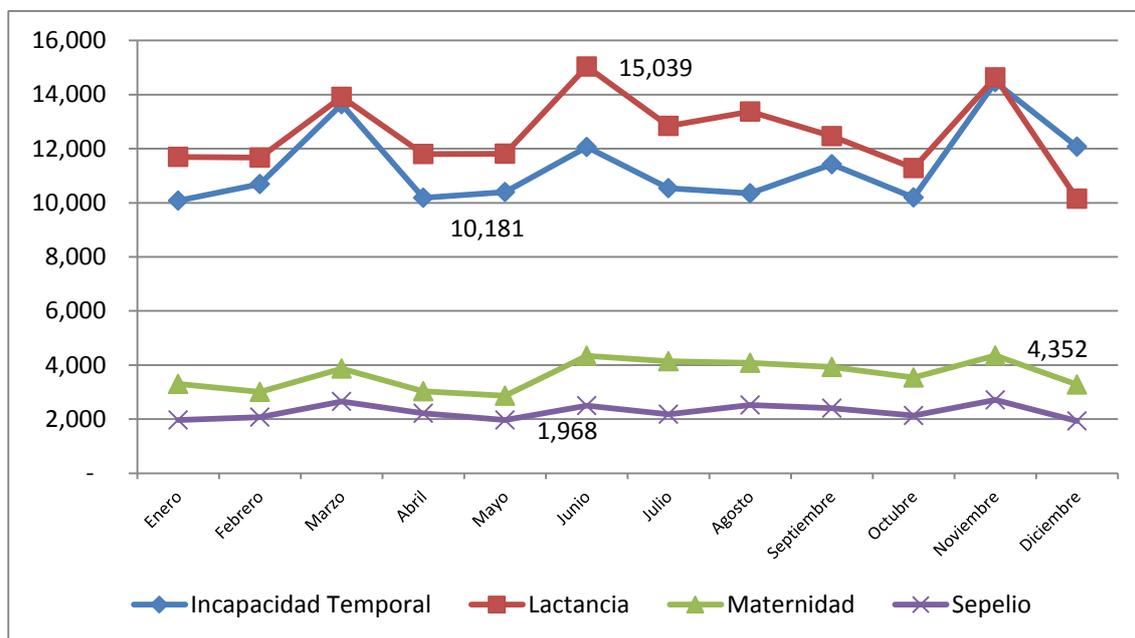


Tabla N. 34: Montos por tipo de prestación

Etiquetas de fila	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total general
Incapacidad Temporal	10,079	10,687	13,639	10,181	10,391	12,063	10,542	10,350	11,424	10,193	14,461	12,072	136,082
Lactancia	11,695	11,666	13,916	11,801	11,815	15,039	12,838	13,366	12,462	11,282	14,638	10,153	150,671
Maternidad	3,298	3,011	3,873	3,030	2,870	4,347	4,139	4,086	3,929	3,541	4,352	3,281	43,757
Sepelio	1,964	2,074	2,652	2,218	1,968	2,506	2,187	2,530	2,409	2,133	2,708	1,939	27,288
Total general	27,036	27,438	34,080	27,230	27,044	33,955	29,706	30,332	30,224	27,149	36,159	27,445	357,798

Se observa que la incapacidad y la lactancia son las prestaciones que involucran un mayor monto de desembolso.

Gráfico N. 23: Montos promedio por tipo de prestación

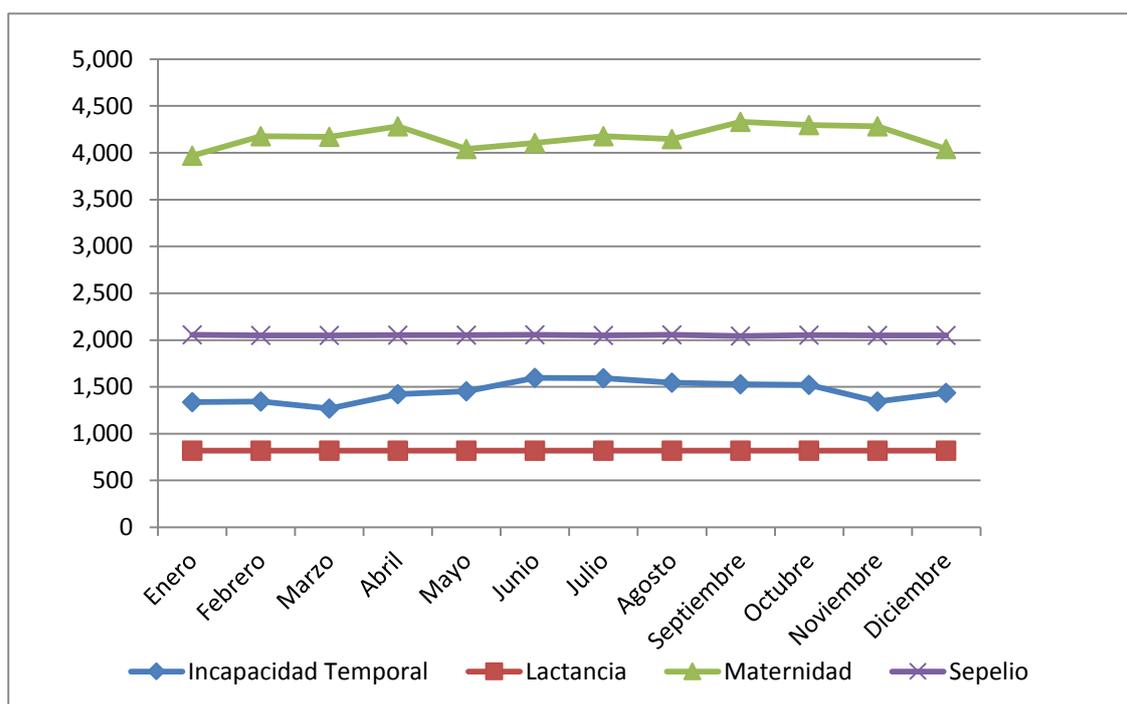


Tabla N. 35: Montos promedio por tipo de prestación

Etiquetas de fila	Ene ro	Febre ro	Mar zo	Abri l	Ma yo	Juni o	Juli o	Agos to	Septiem bre	Octub re	Noviem bre	Diciem bre	Total General
Incapaci dad Tempora l	1,336	1,345	1,268	1,423	1,454	1,598	1,594	1,546	1,528	1,522	1,344	1,438	1,445
Lactanci a	820	820	820	820	820	820	820	820	820	820	820	820	820
Materni dad	3,968	4,177	4,169	4,285	4,040	4,106	4,177	4,146	4,330	4,297	4,284	4,041	4,173
Sepelio	2,055	2,048	2,048	2,054	2,053	2,055	2,051	2,055	2,043	2,052	2,050	2,049	2,051
Total General	1,486	1,486	1,475	1,532	1,495	1,608	1,653	1,619	1,641	1,634	1,539	1,563	1,561

Tabla N. 36: Prestaciones por tipo y tipo empresa

Etiquetas de fila	Incapacidad Temporal	Lactancia	Maternidad	Sepelio	Total General
ESSALUD	6,107		542		6,649
Otros	38,184	14,594	8,601	898	62,277
Particular	91,791	136,077	34,614	26,390	288,872
Total General	136,082	150,671	43,757	27,288	357,798

Tabla N. 37: Evolución mensual del número de prestaciones económicas según tipo empresa

Etiquetas de fila	Ene ro	Febr ero	Mar zo	Abr il	Ma yo	Jun io	Juli o	Agos to	Septie mbre	Octu bre	Noviem bre	Diciem bre	Total General
ESSALUD	513	603	513	583	694	669	451	569	486	419	562	587	6,649
Otros	5,495	4,565	5,700	3,812	3,998	5,538	5,142	5,752	5,292	5,013	7,210	4,760	62,277
Particular	21,028	22,270	27,867	22,835	22,352	27,748	24,113	24,011	24,446	21,717	28,387	22,098	288,872
Total General	27,036	27,438	34,080	27,230	27,044	33,955	29,706	30,332	30,224	27,149	36,159	27,445	357,798

Hallazgos:

- Se hace necesario corroborar cierta información de identidad del asegurado, por lo que es necesario tener acceso al Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC). La Gerencia Central de Aseguramiento podría compartir este acceso.
- Se depende de la declaración de la baja en el registro por parte del empleador para poder identificar a aquellos que no tienen derecho de recibir prestaciones económicas. Esto genera un riesgo, ya que si empleador no declara la baja del trabajador, la información llegará en un tiempo promedio cercano a los dos (2) meses. Podría prestarse para gastos por prestaciones que no corresponden: riesgo de fraude.
- Utilizan un sistema propio del área llamado RISC. Este sistema debería tener una interface para tener acceso al sistema ACREDITA de Aseguramiento y poder realizar las verificaciones en menor tiempo. De igual manera, se utiliza el sistema SIA. Ingresar más de una vez los datos del asegurado implica retrabajo.
- Utilizan el sistema SIA para acceder a la información del asegurado. Este sistema está adecuado para el uso del código autogenerado del trabajador lo cual no es lo más productivo. Debería poder utilizarse también el número del Documento Nacional de Identidad (DNI).
- Se realiza mucho trabajo de verificación de información y de datos, por lo que necesitan accesos a la base de datos de forma directa y no a nivel de consultas de registro en registro (se convierte en actividad manual).

La siguiente tabla nos presenta los hallazgos, sus posibles impactos y las consecuencias que podrían suceder si no se toman las medidas correspondientes.

Tabla N. 38: Hallazgos prestaciones económicas

Nro.	Descripción del Hallazgo	Impacto	Consecuencia
1	Necesidad de acceso a la base de datos de RENIEC para validación de la información del asegurado.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Demora en validación de la información del asegurado. • No detectar fallecidos: riesgo de fraude
2	Desfase en la declaración de la baja del asegurado por parte del empleador.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de fraude
3	Retrabajo para consultas a diferentes aplicativos: RISC, ACREDITA y SIA.	Medio / Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de recursos innecesarios. • Riesgo de inconsistencia de información.
4	Uso del código autogenerado en el sistema SIA para identificación del asegurado.	Medio / Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Duplicidad de registros.
5	Sin acceso a la base de datos	Medio	<ul style="list-style-type: none"> • Retraso en procesamiento de

Nro.	Descripción del Hallazgo	Impacto	Consecuencia
	(ACREDITA) para ejecutar consultas y validaciones.		información

Finalmente, en la tabla N. 38 se aprecian los volúmenes que implican las solicitudes de prestaciones económicas en cantidad de solicitudes y en monto (S/.) para el año 2013 (enero a julio). También se muestra información correspondiente a las solicitudes anuladas. Esta información ha sido proporcionada por la Subgerencia de Normalización y Control.

Tabla N. 39: Solicitudes de prestaciones económicas en cantidad y monto

Unidad de Prestaciones Económicas	Ene - Jul 13		Anulación Definitiva (Sin Derecho) (2)	
	Nº Sol.	Monto en S/.		
PROVINCIAS				
TUMBES	767	855,203	2	650
PIURA	7,208	11,541,858	0	0
LAMBAYEQUE	6,999	8,995,327	1	820
CAJAMARCA	1,914	2,600,700	2	2,786
AMAZONAS	1,035	1,103,745	0	0
LORETO	2,841	3,607,087	0	0
LA LIBERTAD	10,218	11,924,702	0	0
MOYOBAMBA	876	985,518	0	0
TARAPOTO	1,508	1,571,796	0	0
ANCASH	4,948	6,341,080	1	820
HUANUCO	2,271	2,734,833	0	0
PASCO	1,513	2,186,562	0	0
JUNIN	4,317	7,114,911	0	0
ICA	7,496	9,944,894	0	0
HUANCAVELICA	1,145	1,550,213	0	0
AYACUCHO	1,329	1,621,476	1	1,125
APURIMAC	904	1,095,574	0	0
CUSCO	3,619	5,710,790	1	4,885
MADRE DE DIOS	462	577,587	0	0
AREQUIPA	12,145	16,768,878	1	820
PUNO	1,151	1,630,151	0	0
JULIACA	1,466	2,096,997	1	732
MOQUEGUA	1,361	1,657,414	0	0
TACNA	2,112	2,930,090	0	0
UCAYALI	1,980	2,189,382	0	0
SUB TOTAL (PROVINCIAS)	81,585	109,336,768	10	12,638
LIMA				
LIMA SUR				
SAN ISIDRO	19,209	42,567,961	7	14,594
LIMA ESTE				
SALAMANCA	11,954	18,252,620	1	820
LIMA CENTRO				
JESUS MARIA	16,768	25,453,448	0	0
C.CIVIL	2,624	3,664,964	0	0
CAÑETE	1,449	1,884,877	0	0

LIMA OESTE				
CORPORATIVA	45,109	72,541,051	2	2,894
CALLAO CONO NORTE				
CALLAO	11,571	18,889,846	2	2,095
SAN MARTIN	2,774	3,383,033	3	2,460
HUACHO	4,190	5,140,424	2	950
SUB TOTAL (LIMA)	115,648	191,778,224	17	23,813
TOTAL PROCESADOS	197,233	301,114,992	27	36,451

Fuente: Estadística de Subsidios y Base de Datos de Subsidios
Información proporcionada por la Subgerencia de Normalización y Control

5.4.2. Procesos de la función de cobranza

La función de cobranza es llevada a cabo por la Gerencia de Cobranzas y Recuperaciones perteneciente a la Gerencia Central de Finanzas. Esta Gerencia tiene dos áreas: la Subgerencia de Cobranzas y Transferencias responsable por todo el manejo y recupero de la “deuda derivada por prestaciones a asegurados”; y la Subgerencia de Recuperaciones responsable por el manejo y recupero de la “deuda derivada de servicios a terceros”. Aquí se tratarán las deudas derivadas por prestaciones a asegurados.

Según el ROF (ESSALUD, 2011), la Subgerencia de Cobranzas y Transferencias entre sus funciones tiene las siguientes:

- Formular y proponer las acciones necesarias para el recupero de la deuda derivada por prestaciones a asegurados.
- Formular y proponer los planes de cobranza coactiva en coordinación con todas las áreas responsables.
- Coordinar y supervisar las acciones de cobranza de su competencia.
- Emitir, notificar y realizar el seguimiento de las resoluciones de cobranza que son de su competencia.

Cuando un asegurado, va a recibir prestaciones de salud y se detecta que la persona está acreditada; pero su empleador (entidad empleadora) tiene condición de reembolso (ha incumplido su obligación de pago y/o declaración en un período de tiempo) la prestación de salud no se detiene; pero se genera una situación especial para el empleador: este deberá cancelar el importe correspondiente a los gastos ocasionados por la atención de su trabajador. Es decir, se ha generado una deuda no tributaria por la prestación de salud para el empleador, adicional a la deuda tributaria que mantenga por no cancelar la totalidad de sus obligaciones de acuerdo a ley.

En el caso de que se realicen solicitudes por prestaciones económicas por parte del empleador para sus trabajadores, la condición de reembolso de esta generará implicancias en la calificación de dichas solicitudes.

Así mismo, ESSALUD genera el Indicador de Reembolso determinando las entidades empleadoras en condición de reembolso. Luego, cruza esta información con la relación de los empleados que han sido atendidos para determinar a los empleadores con deudas no tributarias a fin de notificarlas.

Cuando una entidad empleadora no ha cumplido con realizar el pago de la deuda ocasionada por las atenciones de su trabajador y luego de las acciones correspondientes la Subgerencia de Cobranzas y Transferencia emite la resolución de cobranza la misma que puede ser impugnada y resuelta posteriormente. Una impugnación puede ser, entre otras situaciones, infundada retrasando el tiempo de pago o puede ser fundada implicando que

ESSALUD ha utilizado recursos en acciones de cobranza que no ameritaba por falta de oportunidad de la información o simplemente por falta de información.

En la siguiente tabla, se puede apreciar información correspondiente a la resolución de impugnaciones de enero a noviembre del 2012.

Tabla N. 40: Resolución de impugnaciones de enero a noviembre del 2012

Periodo	fundado / proced.	infundado	fundado en parte	desist. parcial	improcedente	Total
201211	49	0	0	0	0	49
201210	125	0	0	0	0	125
201209	23	2	5	0	0	30
201208	115	28	6	0	0	149
201207	121	91	32	0	3	247
201206	121	140	43	0	3	307
201205	99	134	66	0	26	325
201204	36	61	25	0	14	136
201203	24	82	37	0	16	159
201202	45	6	3	0	0	54
201201	102	35	7	0	4	148
Totales	860	579	224	0	66	1729

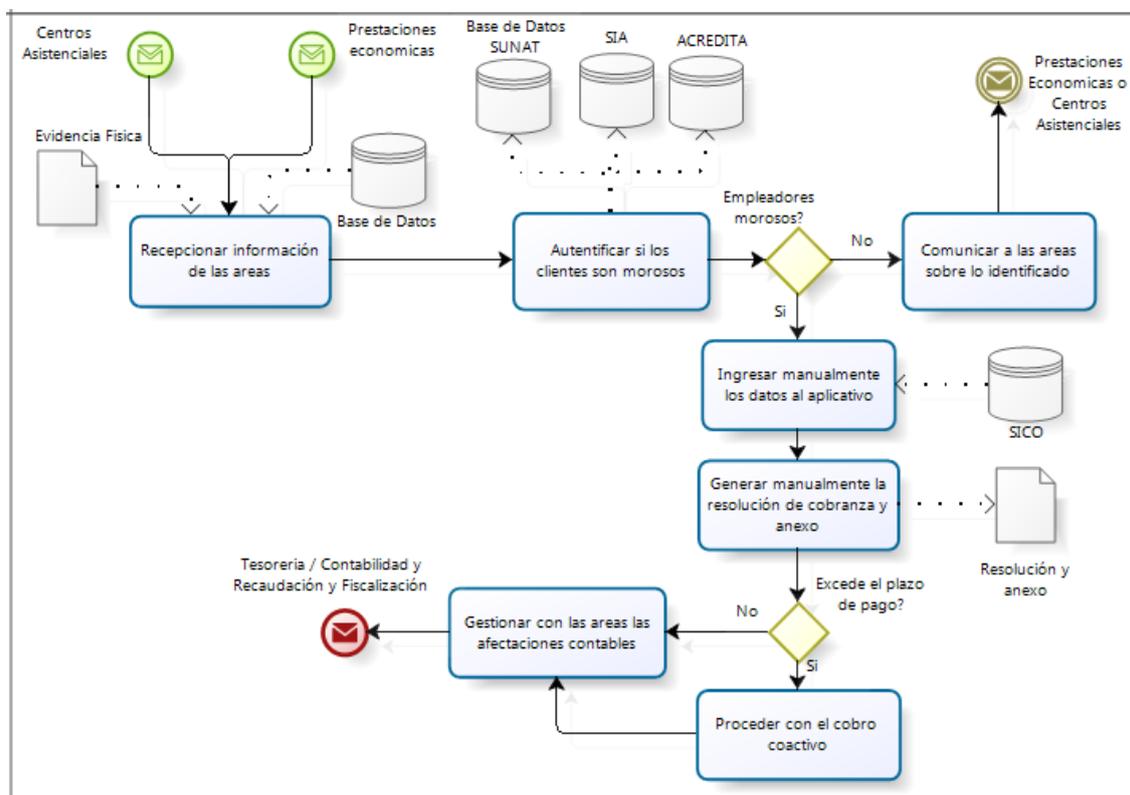
Fuente: Subgerencia de Cobranzas y Transferencias (SGCYT)

Actualmente, la Subgerencia de Cobranzas y Transferencias viene realizando entre otras funciones las siguientes:

- Elaboración del “Indicador de Reembolso” de ESSALUD para poder determinar a las entidades empleadoras con condición de reembolso. Hay que resaltar que este mismo indicador es generado por SUNAT y puesto a disposición junto a toda la información a la que ESSALUD accede. No obstante, no es confiable para ESSALUD.
- Emite y notifica las resoluciones de cobranza.
- Establece los planes de cobranza coactiva.

Seguidamente se presenta el modelamiento de la función de cobranza:

Gráfico N. 24: Modelamiento de la función de cobranza



Fuente: Elaboración propia

Del gráfico puede notarse las siguientes actividades:

- Recibir información de los centros asistenciales y de las Subgerencia de Prestaciones Económicas.
- Verificar si las entidades empleadoras son morosas.
- Si las entidades empleadoras no son morosas comunica a los responsables de los centros asistenciales y de la Subgerencia de Prestaciones Económicas esta situación.
- Si las entidades empleadoras son morosas se ingresa manualmente los datos a una aplicación.
- Generar manualmente la resolución de cobranza la misma que se notifica al empleador con un plazo de pago.
- Si la entidad empleadora excede el plazo de pago se procede al cobro de forma coactiva para luego generar las afectaciones contables con las áreas correspondientes.
- Si la entidad empleadora paga dentro del plazo se generan las afectaciones contables con las áreas correspondientes.

Hallazgos:

- Generación del Indicador de Reembolso (IR) de ESSALUD ya que el Indicador de Reembolso de SUNAT no es confiable. La información que los genera es divergente.
- La información referida al pago de las entidades empleadoras que proporciona SUNAT es incompleta: no se recibe el detalle completo de todos los pagos por fraccionamiento y aplicación de detracciones.
- Carencia de detalle e información desfasada de las modificaciones/rectificaciones referente a los datos de las aportaciones de los empleadores.

En la tabla siguiente, se observan los hallazgos y los posibles impactos así como las consecuencias que podrían ocurrir.

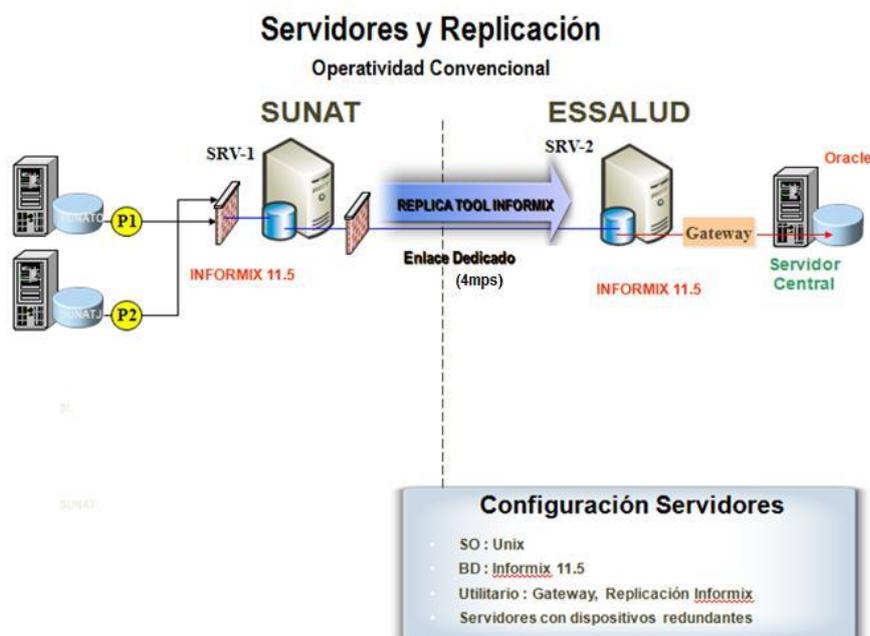
Tabla N. 41: Hallazgos cobranzas

Nro.	Descripción del Hallazgo	Impacto	Consecuencia
1	Generación de nuevo Indicador de Reembolso (IR). Divergencia de información.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Retrabajo. • Uso de recursos innecesariamente.
2	Información incompleta referida al pago de las entidades empleadoras: pagos por fraccionamiento y aplicación de detracciones.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador de Reembolso no confiable. • Acciones de cobranza innecesarias (casos). • Reclamos de empleadores.
3	Carencia de detalle e información desfasada de las modificaciones/rectificaciones de los datos de aportaciones de los empleadores.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador de Reembolso no confiable. • Acciones de cobranza innecesarias (casos). • Reclamos de empleadores. • Riesgo de fraude.

5.5. Proyecto NETI

Teniendo en cuenta la problemática generada por la carga de archivos planos, surge la necesidad de contar con un mecanismo más eficiente para que ESSALUD pueda hacer uso de la información que brinda SUNAT de manera rápida y oportuna. Es por ello que se ha venido trabajando en la implementación de un Nuevo esquema de transferencia de información (NETI) el cual ofrece un proceso que se detalla a continuación:

Gráfico N. 25: Nuevo esquema de transferencia



Fuente: Presentación SUNAT

Nuevo esquema de transferencia de información

El esquema contempla la instalación por parte de SUNAT de un servidor en las instalaciones de ESSALUD, el cual es un servidor secundario que es una réplica de un servidor primario instalado en una sede de SUNAT. Esta arquitectura permite que la información se encuentre disponible de manera inmediata para ESSALUD dado que la actualización de la data en el servidor secundario se realiza en línea, por lo que constituye una solución práctica para algunos de los problemas que descrito.

5.5.1. Brecha de información en función de información disponible según NETI

Si bien el nuevo esquema permite mejorar en cuanto a la disponibilidad de la información que la institución requiere para que sus procesos se desarrollen con normalidad, no proporciona aún herramientas que las distintas áreas consideran como indispensables para realizar sus procesos con mayor eficiencia, algunos ejemplos de ello son:

SUNAT brindará la misma información que actualmente pone a disposición de ESSALUD pero utilizando un nuevo mecanismo que sustituye al de archivos planos.

El periodo de declaración de empleados por parte de las empresas no sufre modificaciones, por lo que la mejora en cuanto al tiempo de acceso a la información sólo impactará en el proceso de carga de archivos y en menor medida en el resto de procesos.

No se brinda información para el establecimiento de una cuenta individual para cada empleado, sino que ésta es únicamente declarativa.

Al no poder tener una cuenta individual, no permite hacer un real seguimiento de las deudas de empresas, pues solo se brinda información declarativa, consolidada y no de detalle.

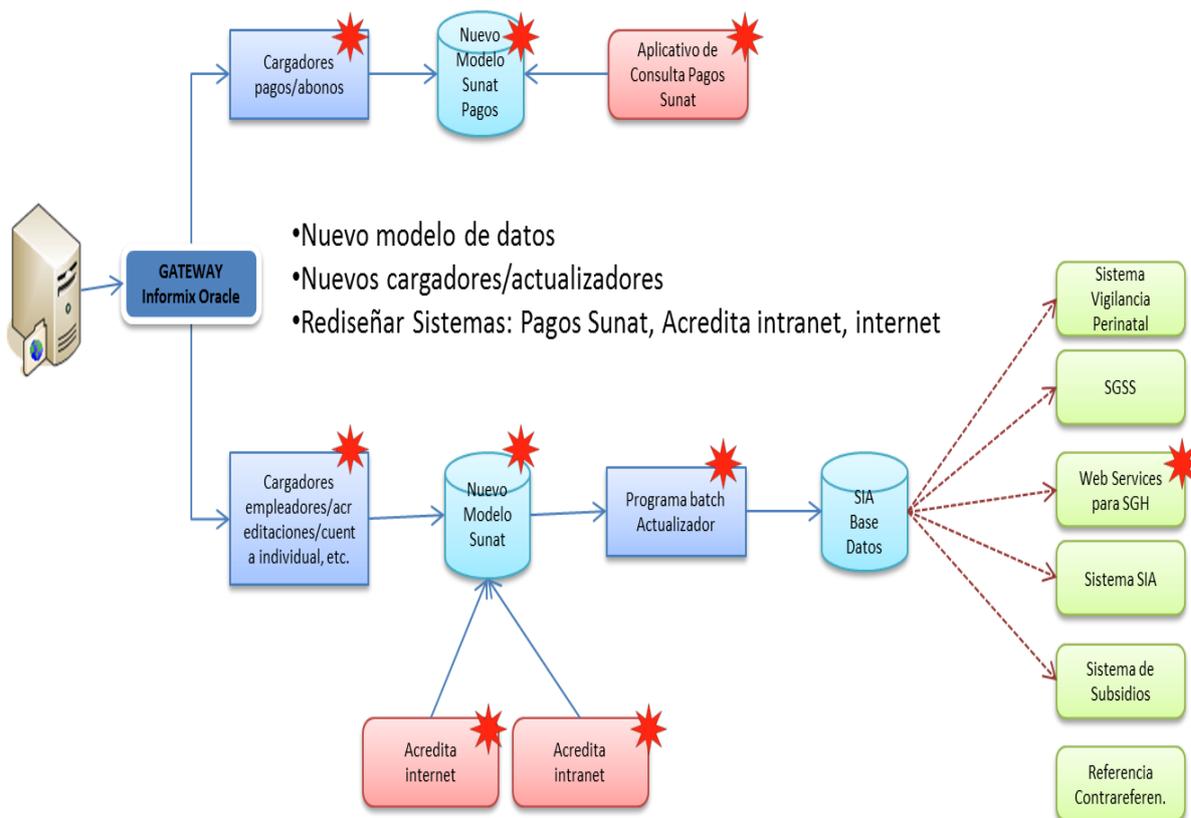
Toda vez que NETI es un nuevo esquema de transferencia de información, no constituye un cambio en el contenido de ésta, es decir se deja de lado la carga de archivos planos para pasar a realizar consultas directas a una base de datos que se encuentra almacenada en el servidor de SUNAT en ESSALUD.

5.5.2. Evaluación de proyecto NETI

Necesidades de ESSALUD relacionadas con sistemas informáticos (adecuación de software o necesidad de nuevo software) para implementación del proyecto NETI

De acuerdo a lo descrito anteriormente, NETI plantea un esquema más eficiente de transferencia de información pero utilizando básicamente el mismo diseño de base de datos, con tablas no relacionadas entre sí y sin contar con integridad referencial. SUNAT ha planteado el cambio del diseño actual de base de datos por uno que si cuente con integridad lo cual permite tener un esquema que no permita registros sin contar con el registro respectivo en tablas obligatorias, si bien esto puede constituir una mejora supone que ESSALUD tenga que cambiar muchas de las aplicaciones con las que actualmente cuenta, se detalla el impacto descrito mediante el siguiente gráfico:

Gráfico N. 26: Impactos de NETI en sistemas ESSALUD



Fuente: presentación OCTIC

Se observa que los principales sistemas que utiliza ESSALUD como son SIA y Acredita son impactados directamente por NETI, así como las aplicaciones de carga de archivos planos las cuales tendrían que ser reemplazadas por aplicaciones de extracción de data del servidor habilitado para el funcionamiento de NETI.

A. Hallazgos:

- Necesidad de adecuar sistemas existentes o desarrollar nuevas aplicaciones debido a cambios en las bases de datos por la implementación de NETI.
- Necesidad de establecer de manera conjunta con SUNAT un nuevo diseño de base de datos relacional.
- De implementarse nuevo diseño de base de datos se hace necesario diseñar un proceso de migración de data histórica.
- Impacto en base de datos SUNAT pagos, modelo SUNAT, SIA y SAS.

B. Recomendaciones:

En la medición del impacto en los sistemas transaccionales a consecuencia de la implementación de NETI es necesario considerar:

- Establecimiento de nuevo diseño de base de datos relacionales.
- Diseño de proceso de migración de data de esquema antiguo a nuevo esquema.
- Impacto en procedimientos almacenados.
- Impacto en cada una de las aplicaciones, funcionalidad.
- Disponibilidad de fuentes de aplicaciones.

- Disponibilidad de documentación de sistemas y procesos.
- Disponibilidad de recursos humanos especializados en las tecnologías requeridas.

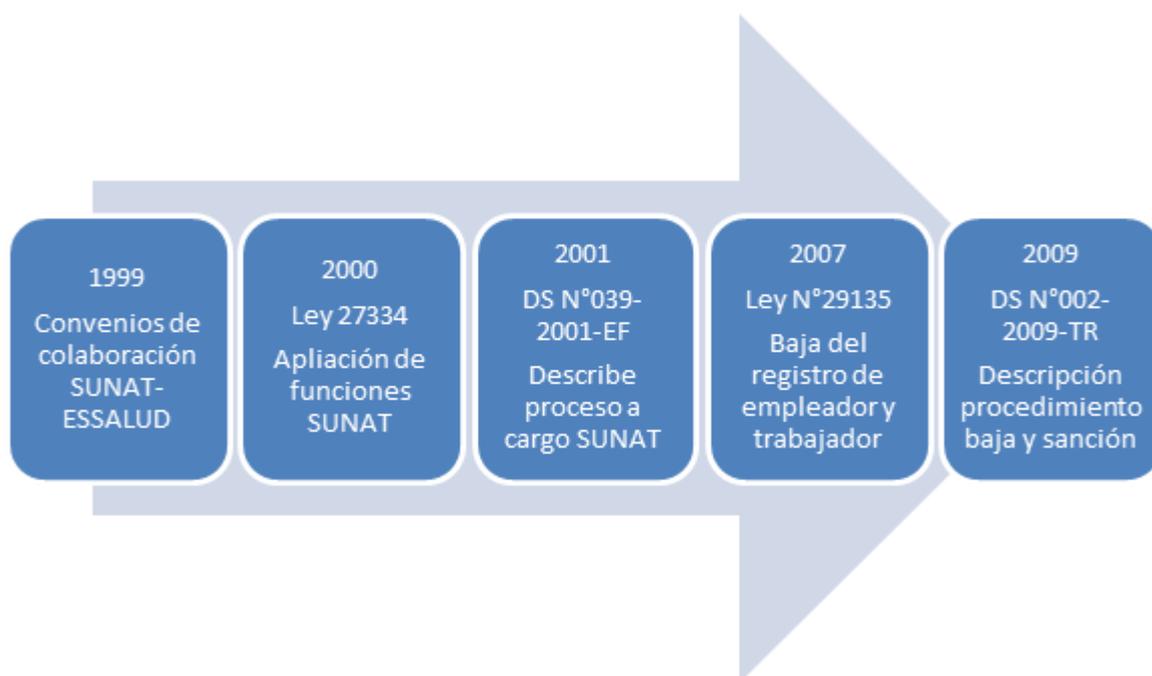
6. Evaluación de Riesgo e Impactos de Normativa y Experiencias Internacionales

En el presente capítulo se muestra la evolución cronológica del marco legal y se realiza un análisis en el modelo de recaudación y acreditación en otros países.

6.1. *Legislación vigente relacionada con funciones de afiliación, acreditación, recaudación y fiscalización, asignadas a SUNAT*

La legislación vigente regula las funciones de SUNAT y ESSALUD en cuanto a los procesos indicados, la cronología de este marco legal se desplegó de la siguiente manera:

Gráfico N. 27: Cronología de marco legal



Fuente: Elaboración propia

Como puede verse en la cronología expuesta hasta el año 2000, existían convenios de colaboración entre SUNAT y ESSALUD. En este año se promulgó la Ley No. 27334 que ampliaba las funciones de SUNAT encargándole la gestión de la recaudación de las aportaciones efectuadas por las empresas al sistema de salud.

Artículo 5.- Son funciones de la Superintendencia Nacional de la Administración Tributaria SUNAT, las siguientes:

- Administrar todos los tributos internos con excepción de los municipales.*
- Recaudar todos los tributos internos con excepción de los municipales, a través del Banco de la Nación, pudiendo este suscribir convenios con otras entidades bancarias.*
- Fiscalizar el cumplimiento a las obligaciones tributarias, a efecto de combatir la evasión fiscal.*

- d. Otorgar el aplazamiento y/o fraccionamiento para el pago de la deuda tributaria de acuerdo con la ley.
- e. Ejercer los actos de coerción para el cobro de la deuda tributaria por medio del Juzgado Coactivo competente.
- f. Administrar los mecanismos de control tributario preventivo.
- g. Solicitar la adopción de medidas precautorias para cautelar la percepción de los tributos que administra y disponer la suspensión de las mismas cuando corresponda.
- h. Proponer al Ministerio de Economía y Finanzas la reglamentación de las normas tributarias y participar en su elaboración.
- i. Resolver en primera Instancia Administrativa los recursos interpuestos por los contribuyentes; concediendo los recursos de apelación y dando cumplimiento a las resoluciones del Tribunal Fiscal, y en su caso a las del Poder Judicial.
- j. Sistematizar y ordenar la legislación vinculada con los tributos que administra.
- k. Proponer al Poder Ejecutivo los lineamientos tributarios para la celebración de acuerdos y convenios internacionales, así como de cooperación técnica y administrativa.
- l. Formar y mantener actualizado el Banco de Datos de Información tributaria.
- m. Desarrollar programas de información y divulgación en materia tributaria.
- n. Desarrollar programas de capacitación.
- ñ. Establecer las Procuradurías de Administración Tributaria y proponer al Poder Ejecutivo el nombramiento del Procurador.
- o. Las demás funciones que sean compatibles con la finalidad de la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria.

“ La Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (SUNAT) ejercerá las funciones - antes señaladas respecto de las aportaciones al Seguro Social de Salud (ESSALUD) y a la Oficina de Normalización Previsional (ONP), a las que hace referencia la Norma II del Título Preliminar del Texto Único Ordenado del Código Tributario, aprobado por el Decreto Supremo N° 135-99-EF. La SUNAT también podrá ejercer facultades de administración respecto de otras obligaciones no tributarias de ESSALUD y de la ONP, de acuerdo a lo que se establezca en los convenios interinstitucionales correspondientes.”

En el año 2001 se promulgó el DS N°039-2001-EF el cual describe en mayor detalle el proceso a cargo de SUNAT, un artículo a resaltar es el siguiente:

Artículo 4.- INFORMACIÓN A SER PROPORCIONADA POR LA SUNAT

La SUNAT proporcionará a las Entidades, según corresponda, la información que se menciona a continuación:

- a) Registro de Entidades Empleadoras contribuyentes y/o responsables de las Aportaciones a la Seguridad Social.
- b) Registro de Asegurados Titulares y Derechohabientes ante el ESSALUD.
- c) Registro de Afiliados Obligatorios y Facultativos ante la ONP.
- d) Declaración Pago de Aportaciones a la Seguridad Social.
- e) Acreditación de Derechos ante el ESSALUD, el mismo que incluye la cuenta individual del asegurado.
- f) Cuenta Individual del Afiliado Obligatorio ante la ONP.
- g) Estadística sobre Control de la Deuda, Control de Infracciones, Fiscalización, Reclamaciones, Cobranza y Devoluciones; respecto de las Aportaciones a la Seguridad Social.

La forma y condiciones de la información a ser proporcionada por la SUNAT y de su actualización, así como el detalle de la misma serán acordadas entre las Entidades y la SUNAT.

Como puede observarse este decreto supremo reglamenta la información básica que debe ser enviada por SUNAT a ESSALUD, quedando claro que la forma y condiciones de la información será acordada entre ambas instituciones, este acuerdo debería contemplar un marco formal de coordinación de procesos y de reglas de negocio.

Posteriormente, en el año 2007 se promulgó la Ley N°29135, y luego en el 2009 su reglamentación con el DS N°002-2009-TR el cual detalla lo relacionado a las sanciones con inhabilitación de los usuarios de aseguramiento que incurran en afiliaciones indebidas.

Además, compete a ESSALUD según la misma reglamentación el ejercer funciones de verificación de la condición de asegurados pudiendo declarar la baja de oficio como producto de la verificación correspondiente.

“Facúltese 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 la condición de entidades empleadores de los trabajadores del hogar, pudiendo declarar la baja de oficio, incluso desde el inicio de la afiliación que es materia de verificación...”

Resumiendo lo relacionado al marco legal, se puede observar que las funciones de recaudación, fiscalización, afiliación y acreditación están asignadas a SUNAT siendo responsable de gestionar y poner a disposición de ESSALUD la información y fondos derivados de los aportes a la seguridad social por parte de los empleadores.

Sin embargo, también compete a ESSALUD la verificación de esta información sirviendo esta asignación de responsabilidades como punto de partida para la coordinación interinstitucional que según los acuerdos formales al que deben llegar para el flujo de información ponen el marco para contar con proyectos o foros adecuados en los cuales se unifiquen criterios sobre las reglas que deben contemplarse para definir los requisitos para la acreditación y atención de los usuarios de aseguramiento.

6.2. ***Análisis comparativo con experiencias internacionales***

Caso Perú:

La seguridad social en el Perú ha evolucionado desde la disolución del IPSS (Instituto Peruano de Seguridad Social) y la posterior creación de ESSALUD. Tornándose en un modelo en el cual la recaudación la realiza el ente recaudador de impuestos (SUNAT) y las prestaciones económicas y sociales las brinda ESSALUD.

Se realiza el análisis comparativo de modelos de negocio en seguridad social.

Tabla N. 42: Análisis comparativo

	Centralizada en una sola institución	Descentralizada a cada institución
Economía de escala	Si	No
Alineamiento con objetivos institucionales	No	Si

Del cuadro mostrado se puede inferir de manera genérica que los procesos centralizados generan economías de escala pero pueden desalinearse de los objetivos institucionales lo cual se ha podido evidenciar en las entrevistas en ESSALUD ya que los procesos de cobranza y fiscalización no se encuentran totalmente alineados con las necesidades de la institución.

En tal sentido, se grafica la eficiencia y objetivos de los procesos a un nivel de detalle adicional de la siguiente manera:

Tabla N. 43: Análisis comparativo

	Centralizada en una sola institución (agencia única)		Descentralizada a cada institución	
	Economía de escala	Alineamiento objetivos institucionales	Economía de escala	Alineamiento objetivos institucionales
Recaudación	SI	SI/NO	NO	SI
Fiscalización	SI	SI/NO	NO	SI
Afiliación	SI	SI/NO	NO	SI
Acreditación	SI	SI/NO	SI	SI

Como puede observarse en este cuadro resumen no necesariamente un proceso centralizado genera los efectos deseados sobre todo en alineamiento con los objetivos institucionales analizados por separado se tiene lo siguiente:

Recaudación: Es claro que la recaudación centralizada en un solo ente como SUNAT genera economías de escala por el hecho que en un solo acto de cobranza se recauden varias obligaciones tributarias y también conserva el nivel de alineamiento con los objetivos de las instituciones atendidas con este proceso, siempre y cuando se mantenga se provea oportunamente y con calidad la información que necesita ESSALUD para su gestión. Por otro lado, la recaudación descentralizada hace incurrir en mayores costos al estado pero conservando el alineamiento institucional correspondiente.

Fiscalización conjunta: este proceso se refiere a realizar los procesos de cobranza y fiscalización de las obligaciones tributarias en un solo acto lo cual implica la generación de escala pero falta de alineamiento a los objetivos institucionales.

Fiscalización personalizada: este proceso se refiere a realizar los procesos de cobranza y fiscalización de manera separada de otras obligaciones tributarias lo cual asegura el alineamiento institucional siempre que ESSALUD coordinen con SUNAT las políticas de gestión de cobranza. De otro lado, la fiscalización personalizada gestionada de manera descentralizada en ESSALUD no genera escala pero asegura también alineamiento institucional.

Afiliación: con respecto a la afiliación centralizada en SUNAT está claro que genera escala y alineamiento institucional generando además, una percepción de eficiencia del estado ya que no se tiene a los contribuyentes ingresando información en varias entidades públicas. De otro lado, la afiliación descentralizada no genera escala pero asegura alineamiento institucional, quedando también la percepción de ineficiencia del estado al solicitar el ingreso de información en varias instancias.

Acreditación: este proceso implica el aplicar reglas que el usuario de aseguramiento debe cumplir en cuanto a declaración como empleado; en este caso independientemente de la centralización o no del proceso se asegura la economía de escala al procesarse masivamente la información y el alineamiento cuando las reglas de acreditación sean de manejo uniforme tanto en ESSALUD como en SUNAT.

De lo expuesto existen varias posibilidades para gestionar los procesos de afiliación, acreditación, recaudación y fiscalización, estos pueden generar diversas combinaciones de economía y alineamiento a los objetivos institucionales. Corresponde a las instituciones coordinar la forma y condiciones de la información y los procesos en busca del alineamiento y generación de economías.

Análisis comparativo esquemas de acreditación y recaudación

De los esquemas de recaudación mostrados, se puede hacer un ejercicio de costos que permitan graficar la economía de escala que genera la recaudación y acreditación realizada por la oficina recaudadora de impuestos además de estimar la variación de la comisión sobre los importes recaudados que actualmente se cobra.

Esquema actual de acreditación y recaudación vía SUNAT

En relación a los ingresos y costos para SUNAT se puede mostrar que se tratan de tres rubros principales:

- Ingresos por comisiones (I): son las comisiones cobradas a ESSALUD en base al importe recaudado, actualmente se cobra el 1.40% sobre un estimado recaudado de S/. 10mil millones, esto hace un cobro por comisiones aproximado de S/. 140millones anuales.
- Costo de procesamiento de información (CP): se trata del costo que implica operar los sistemas que centralizan la información de afiliación y acreditación así como la relacionada a los importes cobrados en la red de recaudación.
- Costo de recaudación (CR): se trata de las comisiones que SUNAT paga a la red bancaria que recauda las aportaciones a ESSALUD. Esta comisión se paga por transacción bancaria, es decir por cada declaración de pago efectuada por una empresa relacionada a la planilla PLAME. Se estima que la comisión que se paga podría ser de S/. 2.8 soles por transacción.

Si se estima en 6 millones la relación de empresas que realizan su declaración mensual acompañada con el pago de las aportaciones, la comisión pagada anualmente por SUNAT a la red bancaria podría ascender a S/. 201 millones.

Cabe señalar que esta comisión debería ser asignada al número de instituciones públicas que participan en esa transacción de cobranza en la red bancaria, es decir dividida entre el número de instituciones ya que la transacción no solamente sirve a la recaudación para ESSALUD, sino también para la ONP y otros entes del estado.

Solamente dividiendo esta entre dos (ESSALUD Y ONP), se diría que 100 millones costaría a SUNAT la recaudación anual de ESSALUD por concepto de pagos a la red bancaria.

Haciendo la resta entre los Ingresos por comisiones (I) menos Costo de recaudación (CR) existiría una diferencia estimada de unos 40 millones anuales que servirían para cubrir los gastos que involucra el procesamiento de información (CP). De lo expuesto queda claro que puede quedar espacio para negociar el porcentaje del 1.40% que actualmente ESSALUD paga a SUNAT por el servicio de recaudación.

En este escenario el costo para ESSALUD de la recaudación efectuada por SUNAT se estima sería de 140 millones anuales.

Esquema con acreditación y recaudación efectuada por ESSALUD

Este escenario implica que la afiliación, acreditación y recaudación sea efectuada íntegramente por ESSALUD asumiendo los siguientes costos:

- Costo de procesamiento de información (CP): se trata del costo que implica operar los sistemas que centralizan la información de afiliación y acreditación así como la relacionada a los importes cobrados en la red de recaudación. Este escenario implica

incurrir en los mismos costos de procesamiento que actualmente tienen SUNAT además de los costos propios del procesamiento realizado en ESSALUD.

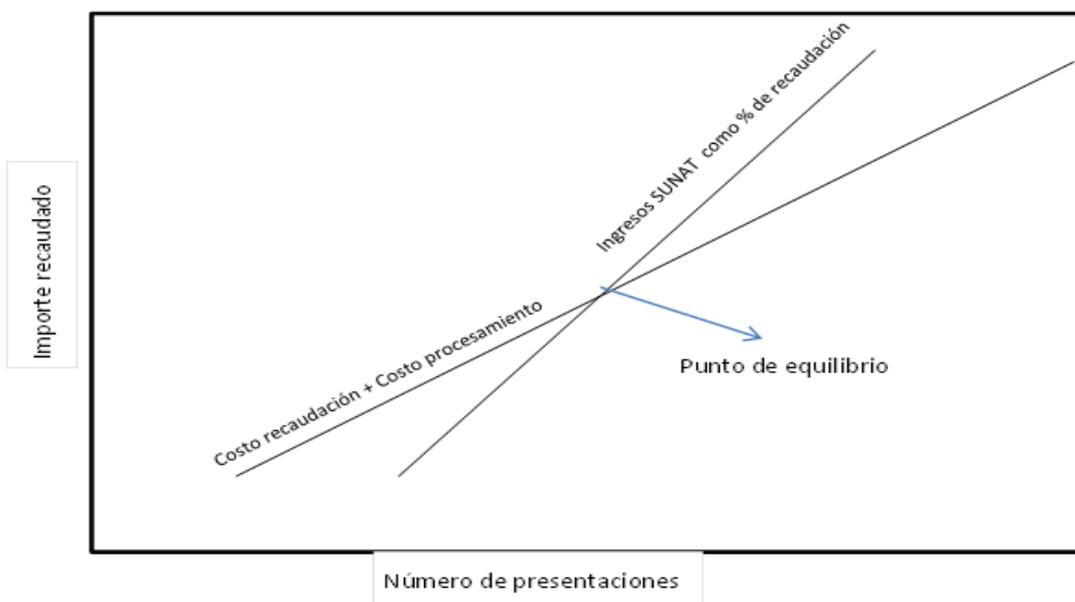
- Costo de recaudación (CR): se trata de la comisión que tendría que pagar ESSALUD a la red bancaria por cada declaración efectuada por una empresa, esta comisión estimada podría ser de S/. 2.8 soles. Considerando las 6 millones de empresas que realizarían su declaración PLAME mensualmente, el importe anual a pagar por este servicio sería de aproximadamente S/. 201 millones los cuales no podrían ser divididos entre varios entes públicos ya que en una transacción de recaudación únicamente se declararía y cobraría las aportaciones a ESSALUD.

En este escenario, ESSALUD tendría que asumir el costo anual de S/. 201 millones por concepto de comisiones a la red bancaria además de los costos de procesamiento de información.

Punto de equilibrio

En el marco del escenario actual, es posible plantear un modelo de punto de equilibrio con el cual se puede negociar el porcentaje de comisión a pagar al ente recaudador, el cual buscaría equiparar los costos asociados a la recaudación más los costos de procesamiento con los ingresos generados a SUNAT como participación porcentual de los importes recaudados.

Gráfico N. 28: Modelo de punto de equilibrio para el pago de comisión a SUNAT



Fuente: Elaboración propia

Caso Argentina:

El caso del manejo de estos procesos en la República de Argentina está bajo responsabilidad de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) quien en forma centralizada recauda y gestiona la información de la recaudación de todos los entes estatales. La evolución hacia este modelo se dio en forma gradual desde un modelo descentralizado hasta el actual, el cual si bien delega la responsabilidad de la recaudación y fiscalización a la AFIP también contempla una coordinación con el ente de la Seguridad Social.

En lo referente a los procesos de fiscalización, estos se realizan conjuntamente con los de otras obligaciones tributarias generando escala y un análisis cruzado de los comportamientos del contribuyente con la finalidad de incrementar la eficacia en la recaudación.

Es importante mencionar que la información almacenada en bases de datos por la AFIP se encuentra compartida en diversas instancias con la Seguridad Social lo cual asegura la entrega inmediata de información eliminando los tiempos de ventana que hacen que la información pierda vigencia. Además, existen un constante cruce de datos e intercambio de información registrada en ambas instituciones.

Dentro de las acciones de mejora implementadas en los últimos años en el modelo argentino se pueden mencionar las siguientes:

Uso de la tecnología para mejorar los indicadores de recaudación y calidad en la información p.e.:

- Sistema de simplificación registral, es un sistema centralizado de captura de información vía web en donde se registran los datos de los empleadores logrando mejorar el cumplimiento simplificando procesos y generando economías.
- Sistema de consulta de información de seguridad social para trabajadores “Mis aportes”, que ayudará a realizar seguimiento al cumplimiento de los empleadores.

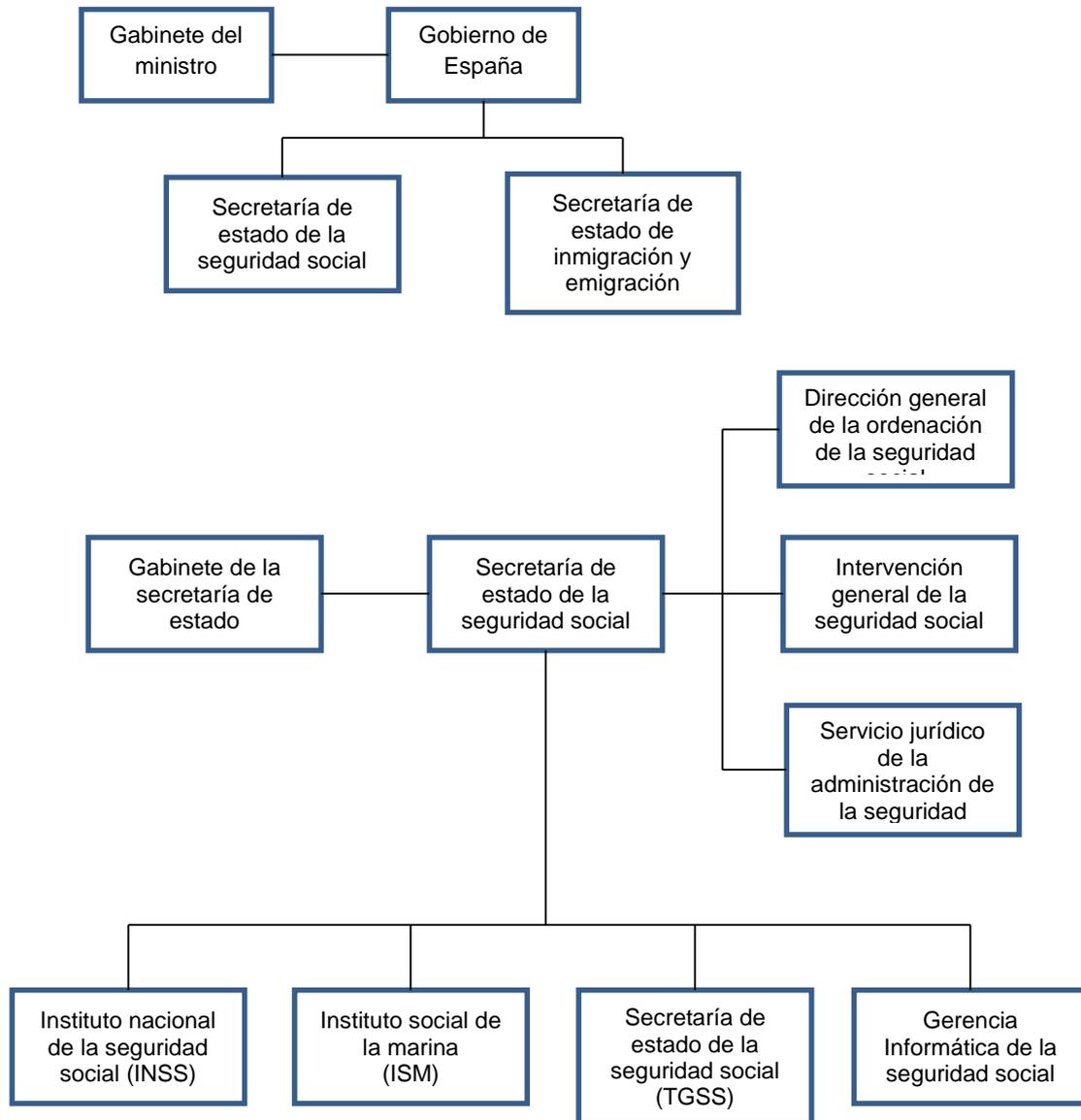
Suscripción de convenios gremiales para promover el trabajo formal, otorgando diferimiento en el pago de las obligaciones a las empresas del ámbito rural.

Caso España:

En este país, la afiliación, acreditación, recaudación y fiscalización están a cargo de la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS) entidad que de manera descentralizada gestiona estos procesos de la seguridad social.

La TGSS se encuentra bajo la estructura organizativa del Ministerio de Trabajo e Inmigración de acuerdo a lo siguiente:

Gráfico N. 29: Estructura organizativa del Ministerio de Trabajo e Inmigración



Fuente: Elaboración propia

Esta organización asegura el alineamiento hacia los objetivos de la seguridad social sin embargo no genera economías de escala como estado ya que se duplican los recursos para recaudar y fiscalizar con la instituciones estatales que manejan el resto de tributos gravados a las empresas.

En el marco de este modelo se han priorizado las siguientes acciones de mejora:

- Fomento del uso de las nuevas tecnologías, se logró incrementar la afiliación, declaración mensual y pago electrónico vía el sistema RED.
- Depuración de la deuda, se sinceró la deuda pendiente identificando casuística de fraudes, cobros indebidos y errores de carga.
- Tiempo del proceso de gestión recaudatoria, se mejoró tiempos de procesamiento con la implementación de soluciones tecnológicas.

- Optimización de los procedimientos de recaudación coactiva, se mejoró la recaudación en un 25% en un lapso de 4 años, con acciones como embargos telemáticos de bienes, cuentas corrientes.

En este caso, se puede ver que el incremento de la recaudación por acciones de cobranza, uso de la tecnología contrarrestó el hecho de no generar una economía de escala por la gestión centralizada en una agencia única.

Independientemente del modelo de organización del ente recaudador y el de la seguridad social en muchos países se han implementado proyectos que buscan solucionar una serie de frentes en la gestión de la información para los procesos de afiliación, acreditación, recaudación y fiscalización, a continuación se muestran algunas de estas iniciativas las cuales pueden servir de referente

Tabla N. 44: Comparativo de mejora por países

País	Iniciativa	Descripción	Logros
Guatemala	Modernización financiera del Seguro Social	Implica rediseño de procesos y utilización de tecnologías de la información para lograr eficiencia y eficacia en la recaudación	<ul style="list-style-type: none"> • Inscripción de trabajadores vía internet • Automatización de la validación de registros • Datos biométricos en base de datos • Recuperación de mora de empleadores
Túnez	Proyecto cuentas individuales	Desarrollo informático para generar la consulta de cuenta individual del asegurado	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta en tiempo real de declaraciones y pagos • Mejora en el seguimiento de las aportaciones
Ghana	Nuevo proceso operativo de recaudación de cotizaciones	Asignación de un funcionario que atendía el control de información de una cartera de asegurados	<ul style="list-style-type: none"> • Drástica disminución de los números de seguridad social equivocados.
Argelia	Plataforma de tele declaración	Implementación de declaración de aportantes vía web	<ul style="list-style-type: none"> • Desmaterialización de la declaración • Mejora en el servicio a los asegurados
Italia	Desarrollo de sistema de inteligencia empresarial para luchar contra la evasión y el impago de cotizaciones	Sistema identifica a las empresas que operan fraudulentamente para evadir el pago de las cotizaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en el porcentaje de empresas irregulares inspeccionadas • Incremento en la recaudación
Moldova	Acceso a cuenta actual del asegurado y del responsable del pago de las prestaciones	Junto con un marco normativo se convirtió en obligatorio a las personas aseguradas el informar si existía una falta de declaración y pago de las aportaciones, para lo cual se desarrolló un sistema web que podía ser consultado por los asegurados.	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de las declaraciones no pagadas

Caso Estados Unidos: “Obamacare”

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (en inglés *Patient Protection and Affordable Care Act*, abreviada PPACA) fue promulgada por el presidente de los Estados Unidos de Norteamérica Barack Obama el 23 de Marzo del 2010 junto con la HealthCare and Education Affordability Reconciliation Act of 2010.

Dentro del alcance de la ley se incluye:

- Se prohíbe que las aseguradoras nieguen cobertura a las personas debido a condiciones pre-existentes, se estipula la utilización de tarifas comunes de la prima a todos los solicitantes de la misma edad y ubicación geográfica sin distinción de sexo o condiciones pre-existentes.
- Mandato individual, requiere que todos los individuos que no están cubiertos por un plan de salud patrocinado por el empleador, Medicaid, Medicare u otros programas de seguro público (tales como Tricare) paguen una multa, a menos que tenga una dificultad financiera o sea miembro de una secta religiosa reconocida exenta por el Servicio de Impuestos. La ley incluye subsidios para ayudar a personas de bajos ingresos.
- Intercambios de seguro de salud, cada intercambio servirá como un mercado en línea donde los individuos y las pequeñas empresas pueden comparar las políticas y comprar un seguro (con un subsidio del gobierno si es elegible).
- Las personas de bajos ingresos y familias con ingresos entre 100% y 400% del nivel federal de pobreza recibirán subsidios federales. Los que se encuentran entre el 133% y 150% del nivel de pobreza serán subsidiados de manera que los costos de la prima sean del 3% al 4% de los ingresos. En 2013, el subsidio se aplicaría para los ingresos de hasta \$ 45,960 para una persona o \$ 94 200 para una familia de cuatro, los consumidores pueden optar por recibir sus créditos fiscales por adelantado, y se envía el dinero directamente a la aseguradora todos los meses. Las pequeñas empresas serán elegibles para subsidios.
- Medicaid se encontrará ampliado para incluir a personas y familias con ingresos de hasta el 133% del nivel federal de pobreza, incluyendo a los adultos sin discapacidad y sin hijos a cargo.
- En el marco del nuevo sistema de pago, un solo pago es realizado a un hospital y un grupo médico para un episodio definido de la atención (tales como una operación al corazón) en lugar de pagos individuales a los proveedores de servicios individuales.
- Las empresas que emplean a 50 o más personas, pero no ofrecen seguro médico a sus empleados a tiempo completo tendrán que pagar una multa de impuestos si el gobierno ha subsidiado en salud a un empleado a tiempo completo a través de deducciones fiscales u otros medios.
- La Oficina Presupuestaria del Congreso de Estados Unidos proyecta que esta ley reducirá tanto los déficit futuros como los gastos de Medicare.

Al revisar el alcance y beneficios que plantea la ley, se observa que busca que todos los ciudadanos cuenten con algún tipo de protección médica sin exclusiones tanto por sexo como por condiciones pre-existentes. ESSALUD brinda protección médica y asistencial a las personas que cuenten con vínculo laboral o se encuentren en alguno de los grupos que cuenten con cobertura prestacional. Realizando un paralelo, es necesario evaluar a profundidad la conveniencia de aplicar en el Perú mecanismos como los mencionados que permitan ampliar los grupos con cobertura en ESSALUD para asegurar la “Universalidad” en el acceso a una salud de calidad y que a su vez puedan asegurar que el sistema sea auto sostenible en el tiempo.

Caso México:

El seguro social en México es brindado principalmente por 3 institutos que se encuentran constituidos como órganos públicos descentralizados y con patrimonio propio, entre los más importantes están:

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE).
- Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas.

Cada uno de ellos está destinado a brindar cobertura a un grupo limitado de sujetos de aseguramiento con el fin de brindar atención especializada de acuerdo a las actividades que realiza. Los 2 primeros cubren a cerca del 67% de mexicanos (aproximadamente 65 millones de personas). El IMSS unos 55 millones (41.5 millones de asegurados directos y familiares; 3,4 millones de asegurados y familiares; 10 millones en el programa IMSS-Solidaridad) y el ISSTE poco más de 10 millones de personas.

Es así que se cuenta con 2 regímenes de aseguramiento como son: el obligatorio y el voluntario. En el primero se establece que las empresas deben afiliar a sus empleados a la seguridad social de manera obligatoria mientras que en el segundo, se encuentran los trabajadores independientes, trabajadores del hogar, entre otros, que hayan tomado la decisión de afiliarse.

En México la seguridad social es financiada con contribuciones tripartitas (trabajador-empresa-Estado) que son administrados por institutos autónomos. El sistema de pensiones se encuentra privatizado desde el año 1997, pero aún no ha podido alcanzar el grado de madurez que sí ha logrado en Chile. De acuerdo con las reformas emprendidas por las últimas administraciones se está procurando que las prestaciones médicas básicas se encuentren en un “paquete básico” a cargo de las instituciones del estado mientras que las atenciones más complejas pueden ser cubiertas por entes privados. Estas reformas han sido planteadas por el Banco Mundial y vienen siendo aplicadas de manera progresiva.

Para una mejor comprensión del sistema de seguridad social en México se citan algunas definiciones dadas en la legislación:

- Cédula de Determinación: Es la que tiene obligación el empleador de elaborar.
- Cédula la de Liquidación: Es la que tiene que elaborar el IMSS para precisar en cantidad líquida lo que se le adeuda.

Las cuotas obrero-patronales son originadas por mensualidades vencidas, el empleador está obligado a determinar sus importes en los formatos impresos o utilizando el programa informático autorizado por el instituto. Asimismo, el empleador debe presentar al instituto las cédulas de determinación de cuotas del mes y realizar el pago respectivo a más tardar el día 17 del mes inmediato siguiente.

El Instituto, en apoyo a los empleadores, podrá entregar una propuesta de cédula de determinación, elaborada con los datos con que cuente de los movimientos de afiliación comunicados al instituto por los propios empleadores y, en su caso, por sus trabajadores en los términos de la presente Ley.

El empleador se encuentra obligado a determinar sus cuotas. Si recibe la cédula del IMSS, bien; y si no, ello no le sirve de base para omitir cumplir con sus obligaciones de determinar, ni de pagar; por lo que éstas son dos acciones diferentes.

De éste primer análisis se advierte que la recaudación de las obligaciones adquiridas por los empleadores es realizada de manera independiente por cada instituto siendo el que cuenta con mayor cantidad de afiliados el IMSS. En la legislación se ha establecido un plazo fijo en el cual debe haberse realizado el pago de las obligaciones respectivas por parte del empleador, de no realizarse se entra en situación de deuda pudiendo el instituto realizar las gestiones de cobro que estime conveniente.

En el Perú, SUNAT como institución encargada de realizar la recaudación, afiliación y acreditación de empleados, debe realizar gestiones en caso que los empleadores incurran en deuda, ESSALUD al no ser recaudador solamente hace el seguimiento de éstas, por lo que las acciones de mejora que pueda plantear son ante SUNAT y no directamente a las empresas deudoras.

Caso Canadá:

El sistema de salud canadiense es financiado por el gobierno y se basa en cinco principios: es accesible a todos independientemente de sus ingresos, ofrece servicios completos, es de gestión pública, es de acceso universal a los ciudadanos y residentes permanentes, y se aplica dentro y fuera del país.

PRINCIPIOS DE MEDICARE

Principio No. 1: Administración pública

El plan de seguro de salud de una provincia debe ser administrado y operado sin fines de lucro por una autoridad pública responsable ante el gobierno provincial.

Principio No. 2: Integralidad

Todos los servicios médicamente necesarios que proporcionan hospitales y médicos están cubiertos.

Principio No. 3: Universalidad

El plan debe dar derecho al 100 por ciento de la población asegurada (es decir: residentes admisibles) a los servicios asegurados en términos y condiciones uniformes.

Principio No. 4: Accesibilidad

El plan debe dar, en condiciones y términos uniformes, acceso razonable a servicios de médicos y hospitalarios asegurados sin barreras. Es decir, la habitación de hospital y los servicios que recibe el más rico son los mismos que recibe el más pobre. No se permiten cobros adicionales por servicios asegurados. No se puede ser objeto de discriminación por motivos de ingresos, edad, condición de salud, etc.

Principio No. 5: Transferibilidad

Los canadienses conservan su cobertura cuando se mudan de una provincia a otra dentro de Canadá o cuando viajen dentro de Canadá o al extranjero.

Es decir que es completamente gratuito y es cubierto por el gobierno mediante los impuestos a la renta.

A pesar de que el sistema de salud es público la gran mayoría de hospitales están administrados por entidades sin ánimo de lucro y los servicios son provistos por particulares.

Es común que todos los trabajadores opten por vincularse a seguros de salud privados, aunque ya cuenten con el sistema público, para acceder a mayores beneficios y asegurarse atención especializada, la cual no está cubierta por el sistema público. Esto se debe a que los hospitales solo tratan consultas médicas y las urgencias más prioritarias y básicas.

Una de las grandes ventajas que ofrece el sistema público de salud de Canadá es la posibilidad de recibir atención médica aun estando en el extranjero, aunque con algunas restricciones.

Canadá está dividido en grandes provincias, cada una de las cuales cuenta con su propio sistema de salud pública, la cual financia la misma provincia. Así se encuentra que hay diferencias entre cada sistema de salud dependiendo de la provincia; por ejemplo las tarifas, la cobertura del plan y los requisitos que debe completar cada persona para afiliarse son elementos que varían en cada provincia.

Hablando de la cobertura de los planes de salud pública se ve que en general los diferentes sistemas de salud pública cubren consultas médicas generales, diagnósticos, tratamientos y costos de hospitalización y cirugía de aquellos procedimientos considerados como esenciales para la vida del paciente. En cuanto a las medicinas, solamente algunas son cubiertas por el gobierno.

A pesar de que el sistema de salud pública de Canadá es uno de los más completos del planeta no es perfecto y presenta algunos inconvenientes, la mayoría tiene que ver con la gran cantidad de usuarios que posee y el hecho de que la atención privada se recibe primero en los hospitales (público) luego de lo cual se puede ser remitido a los especialistas (que corresponden al sistema de salud privada) lo cual puede generar grandes demoras hasta ser atendido por el especialista.

Caso Reino Unido:

El Sistema Nacional de Salud (NHS) se encarga de la sanidad pública británica. Los servicios que proporciona incluyen hospitales, médicos de familia, especialistas, dentistas, farmacéuticos, ópticos y ambulancias.

No todos los servicios que proporciona el NHS son gratuitos. A no ser que estén exentos, los pacientes pagan los costes (subvencionados) de los medicamentos, revisiones de la vista, gafas y tratamiento dental. La hospitalización, el servicio de ambulancias y las consultas médicas son gratis.

El NHS británico fue la primera organización gubernamental del mundo en proveer asistencia sanitaria a toda la población.

Los principales grupos que pueden recibir tratamiento médico gratuito o subvencionado del NHS son:

- Aquellos con derecho a residir en Gran Bretaña y son actualmente residentes en Gran Bretaña (excluyendo ciudadanos británicos viviendo en el extranjero).
- Cualquiera que haya residido en el Reino Unido el año anterior.
- Los ciudadanos de la UE.

- Estudiantes (que estén haciendo cursos de más de 6 meses)
- Cualquiera que tenga un permiso de trabajo británico.
- Los ciudadanos de países que tengan acuerdos sanitarios recíprocos con Gran Bretaña también tienen derecho a recibir tratamiento del NHS, aunque sólo están exentos de los costes del tratamiento de urgencia. Los países con acuerdos recíprocos incluyen: los países del EEE, Anguilla, Australia, Barbados, las Islas Vírgenes Británicas, Bulgaria, las Islas del Canal, las Malvinas, Gibraltar, Montserrat, Nueva Zelanda, Rumanía, Rusia, Santa Helena, Suiza, Turquía y las Islas Caicos.

El Reino Unido ha realizado durante la década de los noventa el mayor esfuerzo por liberalizar la sanidad pública. Con este objetivo ha introducido criterios de gestión y administración privada en los hospitales, separando las funciones de compra y la prestación de los servicios sanitarios e impulsando la autogestión de los centros. Este hecho no ha afectado para nada a los pilares de la sanidad pública, que sigue siendo universal, descentralizada y financiada a cargo de los impuestos generales y de las contribuciones de trabajadores y empresarios.

La contribución de los pacientes se restringe a la financiación de los medicamentos mediante el pago de 5,80 libras por receta prescrita, de la que están exentos determinados grupos sociales. La atención hospitalaria es, sin embargo, gratuita para todos los afiliados al National Health Service (NHS). Además de los farmacéuticos, los médicos de cabecera en el Reino Unido pueden dispensar medicamentos. El modelo farmacéutico inglés es el más liberalizado dentro de la UE. Sin embargo, mantiene ciertos controles que garantizan un servicio de calidad y accesible a toda la población, como son: la exclusividad de ventas de productos éticos, OTCs (medicamento de venta libre) y veterinaria en farmacias; una distancia de 1 kilómetro para la apertura de farmacias que solicitan la dispensación de prescripciones del NHS, además de la demostración de su necesidad; la intervención en los precios de los medicamentos; o las restricciones a la publicidad de los medicamentos.

Una de las peculiaridades del sistema farmacéutico es la posibilidad de que existan cadenas de farmacias. No obstante se mantiene la exigencia que al frente de la farmacia deba haber un farmacéutico y la prohibición de realizar descuentos por los medicamentos, ya sean recetas o OTCs. Dentro de las ventas de la farmacia, los productos OTC tienen la cuota más importante dentro de la UE, con el 20%, gracias a la política a favor de la automedicación controlada por las farmacias. Los precios de las especialidades farmacéuticas en el Reino Unido se mantienen entre los más altos de la UE, por lo que se puede entender que no dependen del margen profesional de las farmacias (el más bajo dentro de la UE), sino del precio que puedan fijar las multinacionales de acuerdo a los límites que marque el Gobierno inglés. El Reino Unido ha roto la tendencia de equilibrar las cuentas de gasto público y privado al aumentar la participación privada en un 17,06 de promedio entre 1991 y 1993.

El índice de copago alcanzó en 1997 el 58,94% del gasto farmacéutico público, el segundo mayor de la UE.

Análisis comparativo

Teniendo en cuenta los esquemas de seguridad social descritos, se realiza un análisis comparativo con el fin de determinar los procesos y/o tareas que pueden considerarse buenas prácticas y que podrían implementarse en la seguridad social peruana para obtener beneficios de la experiencia ganada por los países que los aplican.

Tabla N. 45: Análisis comparativo de la seguridad social en distintos países del mundo

Argentina	España	ObamaCare	México	Canadá	UK
Recaudación centralizada.	Fomento del uso de nuevas tecnologías. (afiliación)	Todos deben contar con algún tipo de seguro.	3 institutos cada uno especializado en un segmento laboral.	Accesible a todos independientemente de ingresos.	Atención universal, descentralizada y financiada por impuestos.
Gestión de información ente recaudador.	Identificación de casuística de fraudes, errores de carga y cobros indebidos.	Aseguradoras no pueden negar atención por preexistencias.	Contribuciones tripartitas: Trabajador, empresa, estado.	Financiado por el gobierno central utilizando la recaudación por impuestos..	Pago fijo por receta prescrita, del cual están exonerados algunos grupos sociales.
Indicadores de recaudación	Optimización de recaudación utilizando TI.	Tarifa diferenciada según ubicación y edad.	Atenciones en “Paquete básico” cubierto por el estado, complejas por entidades privadas.	Los servicios son los mismos tanto para personas adineradas como indigentes.	Contribución de pacientes es por medicamentos no por atenciones médicas.
Indicadores de calidad de información		Personas de bajos recursos recibirán subsidios federales.	Plazo fijo para el pago de obligaciones, de no realizarse entra en situación de deuda.	Cobertura en el extranjero en caso de viaje.	Criterios de gestión privada en hospitales separando funciones de compras y prestación de servicios.
		Multas para empresas cuyos empleados reciban subsidio por no contar con seguro médico.		Cobertura para atenciones consideradas como esenciales para la vida del paciente.	

6.3. *Ventajas y desventajas de la asignación de funciones de aseguramiento al ente recaudador*

Entendiendo por funciones de aseguramiento las de afiliación y acreditación el ente recaudador podría no estar alineado a los objetivos del ente asegurador ya que pondría en práctica las reglas de acreditación que interprete del marco legal sin estar coordinadas con

el ente asegurador esto constituye una desventaja ya que se tendría que desplegar un proceso adicional de validación de información generando un sobre costo al sistema.

De otro lado, el aprovechamiento de los recursos tecnológicos del ente recaudador y la escala de sus operaciones generan eficiencias en el procesamiento de la información.

Con respecto a la afiliación las ventajas son explícitas ya que el contar con un registro único de información de los declarantes y asegurados genera una eficiencia en el servicio al contribuyente y un aprovechamiento de la información para varias instituciones del estado, corresponde si asegurar la calidad en la generación de esta información con lo cual se evitará sobre procesamiento para su corrección.

Finalmente, hay que considerar que las diferencias que puedan observar en los resultados no se deben exclusivamente a la organización de las funciones de aseguramiento sino que están más relacionadas a la mejora en los procesos y uso intensivo de tecnologías de la información que aseguren la rapidez en el procesamiento y la calidad de los datos procesados, en tal sentido los proyectos que se propongan deberán apuntar a estos temas que serán el insumo principal para lograr disminuir la evasión y fraude.

7. Propuestas de Mejora:

7.1. Los procesos de gestión de la información de aseguramiento de ESSALUD relacionadas a: afiliación, acreditación, recaudación y fiscalización.

En el marco de la presente consultoría, los procesos de transferencia de información han sido divididos en dos grupos para su mejor análisis: (i) Proceso de Transferencia de Información para Acreditación / Afiliación, y (ii) Proceso de Transferencia de Información de Fondos, cada uno con sus objetivos claramente identificados. Además, se utiliza la herramienta diagrama de Ishikawa o “Espina de Pescado” que permite establecer una relación directa de causa-efecto con respecto a una problemática encontrada y que permitirá establecer un análisis objetivo sobre situaciones que impactan en los diferentes procesos desarrollados por las áreas en ESSALUD.

Proceso de Transferencia de Información de Acreditación y Afiliación

El proceso de Transferencia de Información de Acreditación y Afiliación se inicia cuando la información es ingresada por la entidad empleadora, en la etapa de Registro, hasta que finalmente llega a la etapa de Acreditación en ESSALUD. El objetivo de este proceso es Afiliar y Acreditar al usuario de aseguramiento, siendo esta responsabilidad de la entidad empleadora.

Gráfico N. 30: Proceso de Transferencia de Información de Acreditación /Afiliación

	Registrar	Declarar mensual	Centralizar la información	Procesar Información	Homologar Migrar Acredita	Migrar información a aplicativos	Acreditar y afiliar
Encargado	Empleador	Empleador	SUNAT	SUNAT	ESSALUD	ESSALUD	ESSALUD
Herramienta	Tregistro Tplame	Tregistro Tplame			Acredita	SIA	
Información	BD	BD	BD	BD	BD	BD	

Fuente Propia

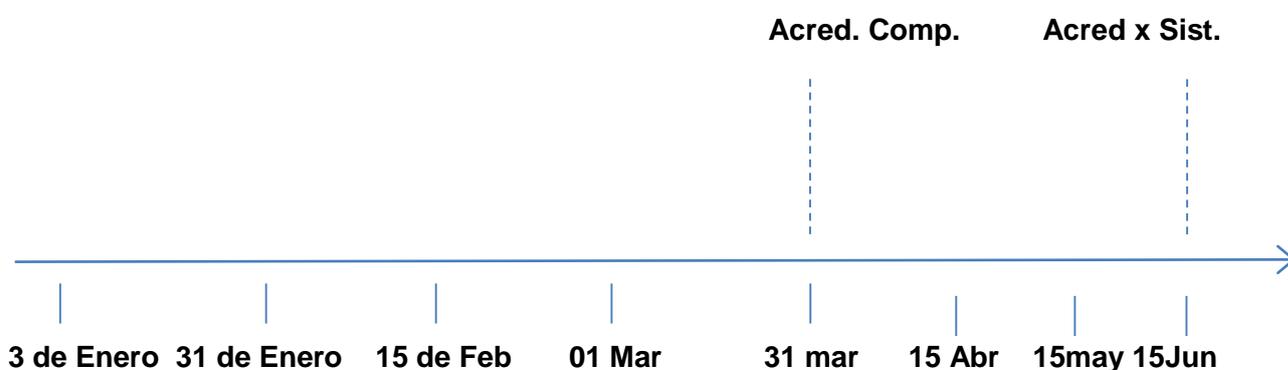
El gráfico N° 30 muestra el proceso actual de transferencia de información de acreditación/afiliación relacionado a la información disponible para ESSALUD. Actualmente, debido a que la información tiene un desfase para ser puesta a disposición de ESSALUD; además, de presentar errores y ser inconsistente se han identificado diversos impactos en

áreas de la institución que utilizan la información para determinar que usuarios pueden adquirir el derecho de atención en la red asistencial de la institución.

Los principales procesos internos y externos afectados son: la atención de asegurados, el procesamiento y la validación de la información, siendo el de mayor impacto la atención al usuario de aseguramiento; ya que como se advirtió en la primera parte de esta consultoría, la transferencia de información tiene un desfase en tiempo que impacta en la atención, generando el proceso alterno de acreditación complementaria.

A continuación se presenta una línea de tiempo que grafica el flujo de la información desde SUNAT a ESSALUD.

Gráfico N. 31: Ejemplo de línea del tiempo para el flujo de información de SUNAT a ESSALUD



Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico mostrado, se puede observar que desde el día que es ingresada la información a la SUNAT a través de los bancos (PDT-PLAME), hasta que se realiza la acreditación por sistemas en ESSALUD pueden transcurrir más de 6 meses, esto debido a que existen diversos tiempos de atención para el proceso por parte de las entidades que intervienen como SUNAT, bancos y el mismo ESSALUD.

Como se puede observar, considerando como ejemplo que se registra un usuario de aseguramiento el 3 de Enero, pasa más de 6 meses hasta que dicho asegurado se encuentra con estatus de acreditado en los sistemas de ESSALUD.

Es así que, para el primer mes pueden pasar entre 12 y 53 días (aproximadamente) considerando la mejor y peor posibilidad, la cual es respectivamente: la declaración por parte del empleador se realiza en los últimos días del mes o se realiza en los primeros días según el cronograma de pagos definido por el ente recaudador. Por lo que, puede haber aproximadamente un mes y medio de desfase para que ESSALUD disponga de la información de cada declaración mensual. Además, considerando que la declaración del tercer mes tendría el mismo desfase, se podría presentar una demora que puede llegar a reflejarse hasta en un periodo de 6 meses desde que el trabajador empezó a laborar en la empresa.

Esto sucede porque la información pasa por una serie de etapas iniciales, cuyos resultados no son controlables por ESSALUD, sobre todo durante la etapa previa a cargo de SUNAT.

Luego de recopilar información con cada funcionario responsable, en las distintas unidades por las que atraviesa el proceso, se describe las diferentes etapas determinadas:

Registrar, en esta etapa se ingresa la información completa del usuario por parte del empleador, mediante el aplicativo T-REGISTRO vía web.

Se ha identificado que uno de los errores más frecuentes de la calidad de información, se genera por la falta de información de los datos de los derechohabientes mediante el T-REGISTRO, por lo que se recomienda la implementación de un proceso de validación de la información que obtenga los datos registrados en RENIEC, tanto para el titular como para el derechohabiente.

Declarar mensual, está a cargo del empleador, mediante una planilla, la cual contiene información como sueldo, importe de retención entre otros.

Se recuerda que al evaluar la posibilidad de utilizar información histórica para utilizar un modelo matemático, como el modelo de simulación de Montecarlo, que bajo un cierto nivel de confianza pronostique la renovación inmediata de la acreditación mensual.

Actualmente, estos modelos matemáticos son utilizados con éxito por empresas líderes de seguros y entidades financieras.

Centralizar la información, en esta etapa SUNAT consolida la información recaudada para ESSALUD de todos los empleadores que declararon vía web.

Procesar formación, a cargo de SUNAT complementa la etapa anterior.

Homologar/Migrar Acredita, a cargo de ESSALUD, aplicando criterios establecidos se identifican divergencias que son archivadas. Esta información almacenada en la base de datos es consultada reactivamente sólo cuando el usuario de aseguramiento solicita una prestación de servicio y según el proceso, en el punto de atención, se verifica si le correspondería el derecho.

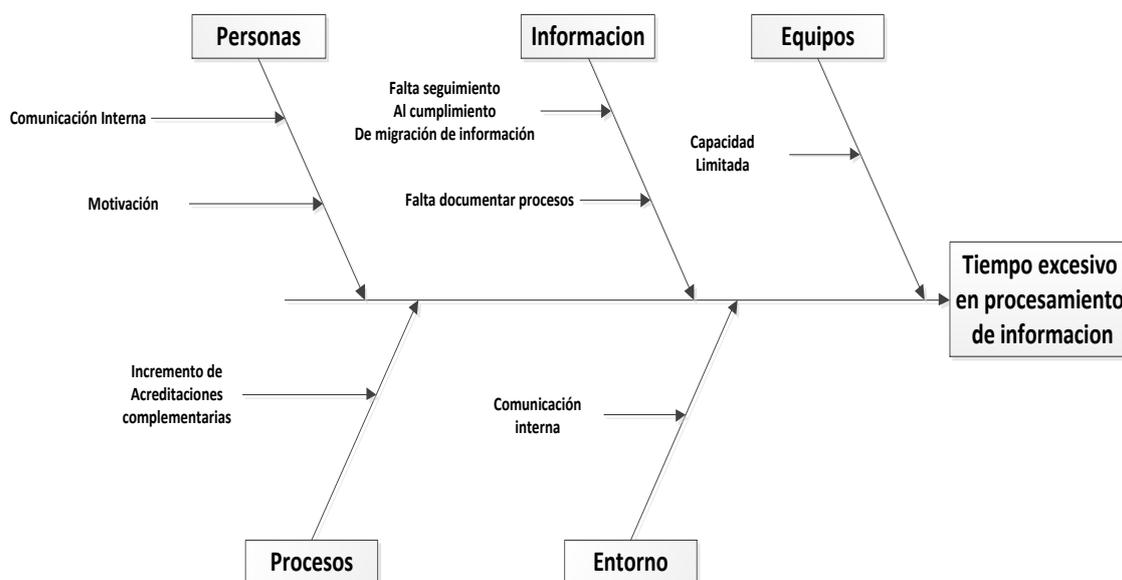
Después de lo revisado, se sugerirá algunas recomendaciones para mejorar el proceso considerando el objetivo de atención de calidad al usuario de aseguramiento.

Migrar Información a Aplicativos, a cargo de ESSALUD, en esta etapa se transfiere información depurada a diversos aplicativos que son consultados por los usuarios.

Acreditar a Afiliar, a cargo de ESSALUD, en esta etapa se confirma fehacientemente la información que le corresponde al usuario de aseguramiento dejándolo plenamente habilitado para recibir algún servicio de atención.

Uno de los problemas identificados es: “El Tiempo excesivo de Procesamiento de Información”. El gráfico N° 32 presenta el diagrama causa efecto del problema en mención.

Gráfico N. 32: Tiempo Excesivo en procesamiento de información



Fuente Propia

Para atacar el problema de Excesivo tiempo en Proceso de Información, se considera que en primer lugar se debería enfocar los recursos hacia la eliminación de las causas que son controlables para ESSALUD, para luego pasar a evaluar las causas que están fuera de su entorno cercano.

Para atacar las causas identificadas, se mencionan las siguientes recomendaciones:

1. Discrepancia de resultados Acredita y SIA, se debería documentar cada proceso para identificar alguna debilidad o falla en el mismo con el objetivo de robustecer cada canal de consulta y luego de determinar cuál de los dos es más confiable para utilizarlo ante una discrepancia entre ambos. Es importante insertar indicadores de medición independientes para cada aplicativo que determine la cantidad de usuarios que interactúan con los mismos, para monitorear la aceptación de ellos en los usuarios que consultan.
2. Falta de seguimiento al cumplimiento de Migración de Información, siendo esta una actividad crítica debería tener una actividad de seguimiento especial para ver su performance por cada evento realizado buscando el objetivo de obtener la totalidad de información migrada en forma satisfactoria sin errores.
3. Comunicación Interna, se debería crear un comité inter-unidades con una agenda y cronograma pre-establecido con el objetivo de revisar periódicamente los resultados obtenidos de cada unidad y sobre todo los incidentes presentados a fin de encontrar soluciones en perspectiva con las unidades que complementan sus labores. Creando una bitácora de reuniones que ayuden de forma permanente ante la aparición de nuevos incidentes, similares a los presentados con anterioridad. Este tipo de comité también logrará desarrollar proyectos en conjunto logrando hacer el proceso cada vez más eficiente con una perspectiva global y a Largo Plazo.

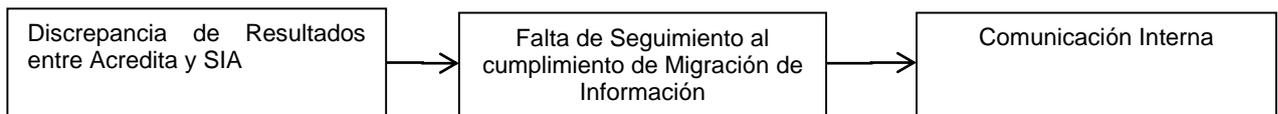
Algunos lineamientos generales a seguir son:

- Para lograr el objetivo de reducir tiempos de Procesamiento en Sistemas, deberían eliminarse las colas de información, utilizando tecnología

actualizada, modelos matemáticos y software. Se debe hacer énfasis en el seguimiento de indicadores.

- Monitorear constantemente los indicadores para evaluar actualización de parámetros, eliminación o inserción de nuevos con el fin de que éstos sean siempre útiles.
- Evaluar la posibilidad de eliminar la atención con documentos físicos debido al riesgo implícito de tener la pericia necesaria para verificar la autenticidad de los mismos.

Considerando su impacto en el proceso, la secuencialidad que debería tener la eliminación de las causas mencionadas se muestra a continuación:



Una propuesta del Proceso Propuesto de Transferencia de Información de Acreditación y Afiliación es la que se muestra en el gráfico N° 33 seguidamente:

Gráfico N. 33: Proceso de Presupuesto de transferencia de Información de Acreditación y Afiliación

	Registrar	Declarar mensual	Centralizar la información	Procesar Información	Homologar Migrar Acredita	Migrar información a aplicativos	Acreditar y afiliar
Encargado	Empleador	Empleador	SUNAT	SUNAT	ESSALUD	ESSALUD	ESSALUD
Herramienta	Tregistro Tplame	Tregistro Tplame			Acredita	SIA	
Información	BD	BD	BD	BD	BD	BD	
Áreas					Administración de Datos OCTIC	OCTIC	OCTIC
Indicadores					% errores luego de la homologación % de usuarios que consultan el acredita % de usuarios que consultan el SIA	% de cumplimiento de cronograma de migración	% acreditaciones complementarias

Fuente Propia

El proceso propuesto para la Transferencia de Información de Acreditación y Afiliación contempla la puesta en marcha de un comité con agenda pre-establecida, que considera el seguimiento y el control de indicadores que ayudarán a observar y analizar las tendencias para tomar medidas correctivas a tiempo, evitando mayor impacto en el proceso.

El comité debe contar con un cronograma anual que contemple participantes cuyos integrantes sean los responsables del proceso, y sobre todo con poder de decisión para la toma de acciones como cambiar parámetros del indicador, insertar un nuevo indicador o eliminarlo.

Este comité debería tener las siguientes características:

Periodicidad: Mensual

Lineamientos Principales:

- 1.-Mejorar la gestión de procesos
- 2.-Mantener la Continuidad operativa óptima
- 3.-Buscar efectividad en priorización de proyectos
- 4.-Revisar indicadores
- 5.-Gestionar asuntos de Recursos Humanos

El gráfico N. 34, muestra un modelo de file de seguimiento mensual.

Gráfico N. 34: Modelo de File de seguimiento mensual

Gerencia de Información -ESSALUD									
Actividades : Enero-2014									
Proyectos Internos									
Prioridad	Responsable	Usuario	Detalle	Tipo	Etapa	Fecha de Inicio	Fecha Fin	Semaforo	
Media	J.Perez	C. Solis	Proyecto de Migracion de BD	Reactiva	En Proceso	01/12/2013	12/12/2014	●	
Alta	J.Perez	C. Solis	Proyecto de Actualización de Software	Proactiva	Terminado	01/01/2014	15/01/2014	●	
Indicadores y Rutinas									
Nombre	Responsable	Tipo	Frecuencia	Oct	Nov	Dic	Observaciones		
% de usuarios que consultan el SIA		indicador	Mensual	●	●	●			
Reporte de Migracion de informacion de los bancos		Rutina	Diaria	●	●	●	Probelmas en la fuente de Inf.		
Otros Temas									
Otros	Responsable	Deatalle	Fecha de Atención	Semaforo					
Reporte RRHH	C.Ramirez	Se recibio informacion duplicada	dic-13	●					
	F. Lopez	Uso de Capacidad Variable	ene-14	●					

Fuente Propia

El file en mención consta de 3 partes. En la primera parte se debe revisar el estatus de los proyectos, con indicaciones de pertenencia a un proyecto del tipo reactivo, proactivo o de mantenimiento.

En la segunda parte, se revisarán los Indicadores de revisiones mensuales o algún otro de periodicidad menor de carácter operativo.

En la tercera parte, debe revisarse otros temas relevantes al Proceso de Información, de impacto indirecto, como la rotación de personal, uso de capacidad variable, salidas-ingresos. O algún incidente de carácter eventual.

Además, como se indicó en párrafos precedentes la validación de los datos de trabajadores y derechohabientes debe de realizarse en línea en T-REGISTRO mediante una interface con la base de datos de RENIEC.

Una manera de mejorar los tiempos de atención a los usuarios de aseguramiento es la utilización de una herramienta de predicción que utilice modelos estadísticos que generen un scoring de los asegurados al momento que solicita una atención. Tal como se mencionó,

también estos modelos utilizan la simulación de Montecarlo y redes neuronales para predecir con un nivel de confianza definido y un porcentaje de error si se acredita o no a un usuario de aseguramiento. Esto permitiría la atención inmediata al cumplirse el tercer mes de declaración de los asegurados asumiendo un riesgo controlado por parte de la institución.

Proceso de Transferencia de Información de fondos de Empleadores

El segundo proceso que se denominará “Proceso de Transferencia de Información de Fondos” (Gráfico N°35), implica la recepción de los fondos recaudados por la SUNAT por medio de los convenios que tienen firmados con instituciones financieras. Los objetivos principales de este proceso son los de recibir y controlar los fondos recaudados por SUNAT y determinar el estado de morosidad de los empleadores lo cual determina la responsabilidad de pago sobre los costos asociados a las prestaciones recibidas por sus empleados.

Gráfico N. 35: Proceso de Transferencia de Información de Fondos de Empleadores

	Cobrar	Recaudar	Transferir Información	Enviar información	Conciliar Pagos e Información	Cobranza no Tributaria
Encargado	SUNAT	Red Bancaria	Red Bancaria	SUNAT	ESSALUD	ESSALUD
Herramienta	T-registro PDT plame Cronograma	Sistema de recaudación PDT	Sistema de Transferencia Interbancaria	Procedimiento de transferencia de información	Procedimiento contable	Procedimiento de determinación de deuda
Información	BD	BD	BD	BD	BD	BD
Áreas					Contabilidad Tesorería	Cobranza Prestaciones Económicas
Indicadores					% Dinero no conciliado % Dinero de reporte EPRO no cuadrado % prestaciones otorgadas	% cobranza no tributaria Injustificadas % costo

Fuente propia

En el marco de la presente consultoría, tal como se mencionó, se dividió los procesos de transferencia de información en dos grupos: (i) Proceso de Transferencia de Información para Acreditación / Afiliación, y (ii) Proceso de Transferencia de Información de Fondos.

El gráfico N° 35 muestra el proceso actual de transferencia de información relacionado a los fondos recibidos por ESSALUD. Actualmente, debido a que la información presenta un desfase temporal para estar disponible en ESSALUD; además, de estar incompleta y ser inconsistente, se han identificado diversos impactos en áreas de ESSALUD que utilizan el

estado de cumplimiento de pago de los empleadores, y el detalle del pago-declaración efectuados por los mismos.

Los principales procesos internos afectados son: la atención de prestaciones económicas, la cobranza no tributaria (reembolsos), la conciliación contable de la recaudación y la fiscalización de metas de recaudación.

De las entrevistas efectuadas a funcionarios de las respectivas áreas se pueden indicar los siguientes impactos:

Atención de prestaciones económicas, este trámite consiste en otorgar un importe monetario al asegurado para atender los gastos por lactancia, maternidad, invalidez temporal o fallecimiento.

Actualmente, el trámite demora un promedio de 15 días hasta que el asegurado recibe el cheque correspondiente. Esta demora básicamente se debe a que al no contar con la información disponible en los sistemas de manera confiable y oportuna, se tiene que realizar un análisis de cada solicitud de prestación económica consultando diversas fuentes de información en sistemas como Acredita y Extracto de Pagos; además, de validar la documentación física presentada por el asegurado como sustento para su solicitud de prestación económica.

En consecuencia, además, de la demora de 15 días en el trámite se genera un riesgo operacional debido a que se validan documentos manuales como sustento de análisis que le compete a la entidad o institución que emite la documentación. Un ejemplo de esta validación es la solicitud de comprobantes de pago bancarios para autenticar el pago de las aportaciones por parte de los empleadores, comprobantes que solo pueden ser validados por la entidad bancaria.

Cobranza no tributaria, esta gestión se realiza para recuperar los importes desembolsados como consecuencia de prestaciones otorgadas a asegurados cuyos empleadores no se encontraban al día con sus aportaciones a ESSALUD.

Actualmente, esta gestión tiene hasta un 50% de escritos de cobranza que son rechazados por los empleadores ya que actualmente se encuentran negociando su deuda con SUNAT; esta información de detalle no es remitida a ESSALUD para poder afinar la cartera de cobranza a gestionar y no generar escritos y trámites innecesarios que generan un sobre costo a la institución.

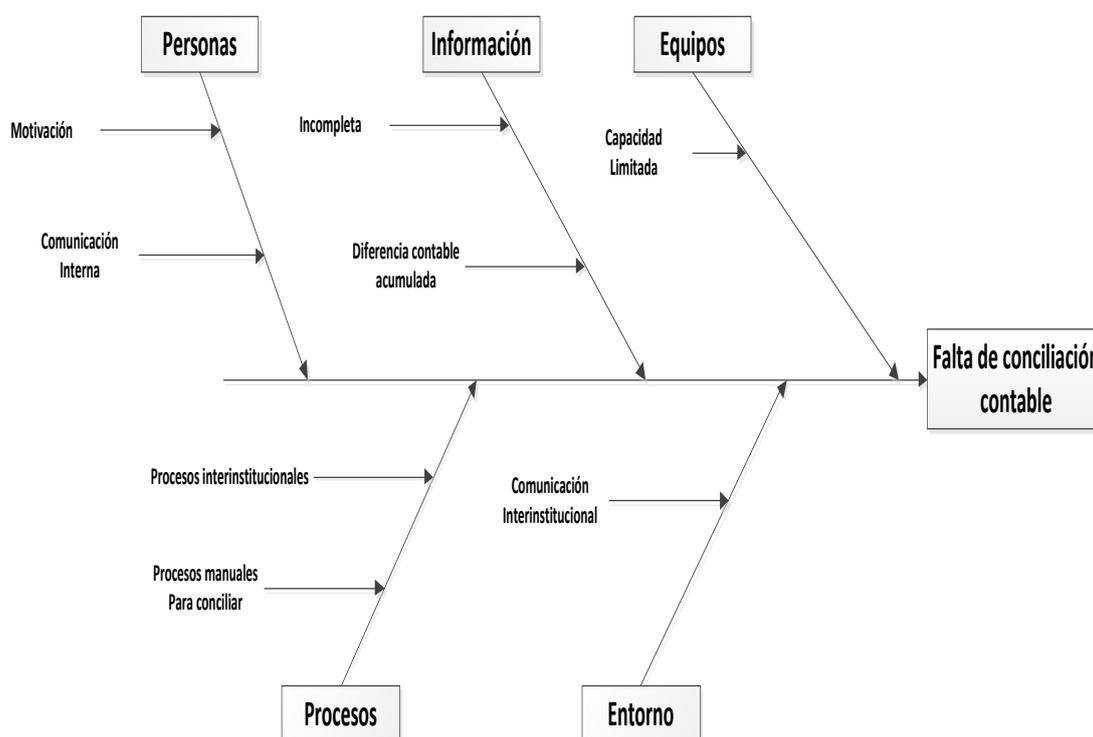
Conciliación contable, este proceso se realiza básicamente para conciliar los fondos recaudados por SUNAT y puestos a disposición de ESSALUD en una cuenta en el Banco de la Nación; sin embargo, actualmente se concilia los totales en la cuenta bancaria pero no se logra conciliar el detalle de la recaudación individualizado por empleador y empleado.

Fiscalización de la recaudación, este proceso consiste en controlar la calidad de la información de morosidad y las metas de recaudación que envía SUNAT como parte de la transferencia de información. Es aquí, en donde se han identificado diferencias en la información de morosidad por empleador que envía SUNAT y que se debe básicamente a una labor pendiente de coordinación interinstitucional para unificar criterios de aplicación de reglas de negocio e interpretación de las mismas.

De lo expuesto se desprende un problema principal en la gestión y control de la recaudación que involucra a la transmisión de la información desde SUNAT a ESSALUD, el cual se analizará para realizar planteamientos que ayuden a delinear planes de acción a la institución.

El problema a analizar será la falta de conciliación contable en detalle. En el gráfico N° 36 se presenta el diagrama causa-efecto que permite analizar el problema mencionado.

Gráfico N. 36: Falta de conciliación contable



Fuente Propia

Es evidente que el problema de falta de conciliación contable no se solucionará concentrando los esfuerzos en una sola causa y que un esfuerzo coordinado que solucione las causas principales logrará el objetivo de conciliar a nivel de detalle la recaudación reportada por SUNAT a ESSALUD.

En el contexto de la presente consultoría, se ha identificado líneas de acción iniciales que permitirán contar con un proceso confiable de cuadro contable en detalle, los cuales se mencionan a continuación:

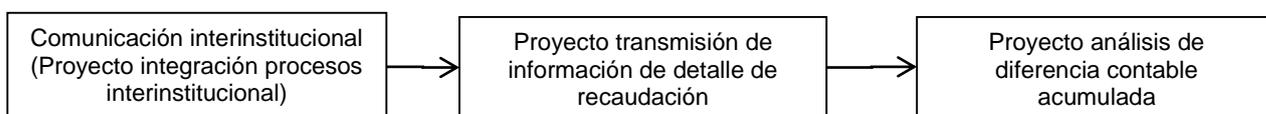
1. *Comunicación interinstitucional*, la formación de un comité interinstitucional el cual debe ser el foro en el que se traten los asuntos relacionados al proceso de recaudación y transferencia de información entre ESSALUD y SUNAT del que se trató en la primera etapa de la presente consultoría, esto implicará agilizar la comunicación tratando de evitar la comunicación vía oficios (vía escrita) y en su lugar agilizar los acuerdos mediante actas.

Al finalizar la primera etapa de la presente consultoría, se evidenció el inicio de un proyecto de integración de procesos SUNAT-ESSALUD el cual plantea una agenda para la interpretación coordinada de reglas de negocio e implementación en los procesos de ambas instituciones.

2. *Procesos interinstitucionales*, la visión de un proceso transversal a ambas instituciones, tal como se advirtió anteriormente, ayudará a mejorar la implementación de soluciones que lleven a eliminar la diferencia advertida en el cuadro contable.
3. *Información confiable*, uno de los puntos que debe incluirse en la agenda del proyecto de integración interinstitucional es el lograr la transmisión del detalle de la información de pagos a nivel de empleador y empleado, este punto debe ser incluido en el cronograma de actividades de implementación del proyecto NETI y ser parte de la información en base de datos que SUNAT pondría a disposición de ESSALUD.
4. *Diferencia contable acumulada*, existe actualmente una diferencia acumulada en el cuadro contable que tiene un desfase de tiempo y no permite que el punto de partida sea una diferencia cero.
En tal sentido, se necesita incluir en la agenda del proyecto de integración de procesos, la necesidad de contar con un proyecto interinstitucional de conciliación contable y unificación de criterios para la conciliación que asegure contar con toda la casuística de disposición de fondos en cuenta considerando las variables de saldos contables, saldos disponibles, tiempos de procesamiento y de disponibilidad de la información para contar con un procedimiento consensuado de cuadro contable entre ambas instituciones.

La institución debe buscar el foro adecuado para llegar a priorizar estas iniciativas en la cartera de proyectos, que puede darse en el marco del proyecto de integración o, en el marco de iniciativas y proyectos internamente en ESSALUD.

La secuencialidad con que deben tratarse estas iniciativas para que se obtengan los resultados deseados debería ser la siguiente:



La implementación de estas iniciativas ayudará a contar con un objetivo de conciliación contable diaria y disponibilidad del detalle a nivel de empleador y empleado.

A continuación se presenta el cambio al proceso basado en la conciliación de información y fondos a nivel de detalle.

Gráfico N. 37: Proceso Propuesto de Transferencia de Información de Fondos de Empleadores

	Cobrar	Recaudar	Transferir Información	Enviar información de pagos	Conciliar conjuntamente Pagos e Información	Cobranza no Tributaria
Encargados	SUNAT	Red Bancaria	Red Bancaria	SUNAT	SUNAT/ESSALUD	ESSALUD
Herramientas	T-Registro PDT Plame	Sistema de recaudación PDT	Sistema de Transferencia	Procedimiento de transferencia de información	Procedimiento contable Procedimiento de control de BD	Procedimiento de determinación de deuda
Información	BD	BD	BD	BD		BD
Áreas					Contabilidad Tesorería	Cobranza Prestaciones
Indicadores					% Dinero no conciliado % Dinero de reporte EPRO no cuadrado	% cobranza no tributaria Injustificadas

Fuente Propia

El proceso que se propone para la Transferencia de Información de Fondos de empleadores deberá considerar un proceso consensuado de reporte de diferencias con acuerdos de nivel de servicio, el cual es considerado dentro de los objetivos específicos planteados por SUNAT en el proyecto de integración que está próximo a iniciar.

El quinto objetivo específico planteado por SUNAT (OE5) es el siguiente: Procedimiento de Gestión Integrado de atención de observaciones el cual tendría como entregable el Procedimiento para la Atención de Observaciones, en el cual se debería incluir el procedimiento para la conciliación contable en detalle.

Una recomendación a considerar es plantear equipos de proyecto que sean integrados por representantes de ambas instituciones, sobre todo lo concerniente a la determinación de la información de detalle necesaria para ESSALUD y la conciliación de la diferencia acumulada, que ayudará a determinar cuál será el proceso de conciliación conjunta a plantear entre ambas instituciones en el marco del objetivo específico No.5 del proyecto de integración.

Casuística en el Proceso de Transferencia de información SUNAT-ESSALUD

Diagrama Causa-Efecto (Ishikawa)

El diagrama causa efecto es una herramienta muy útil para presentar de forma gráfica las posibles causas que originan una situación, suceso o problema. Es así que, se ha realizado un análisis participativo utilizando la lluvia de ideas, sesiones de creatividad, conocimiento de los procesos a evaluar, entre otros.

El análisis descrito ha sido realizado determinando 3 situaciones que por su alto impacto, tanto en costo como en tiempo para ESSALUD, deben ser conocidas a profundidad para determinar posibles mejoras en ellas.

Prestaciones económicas indebidas

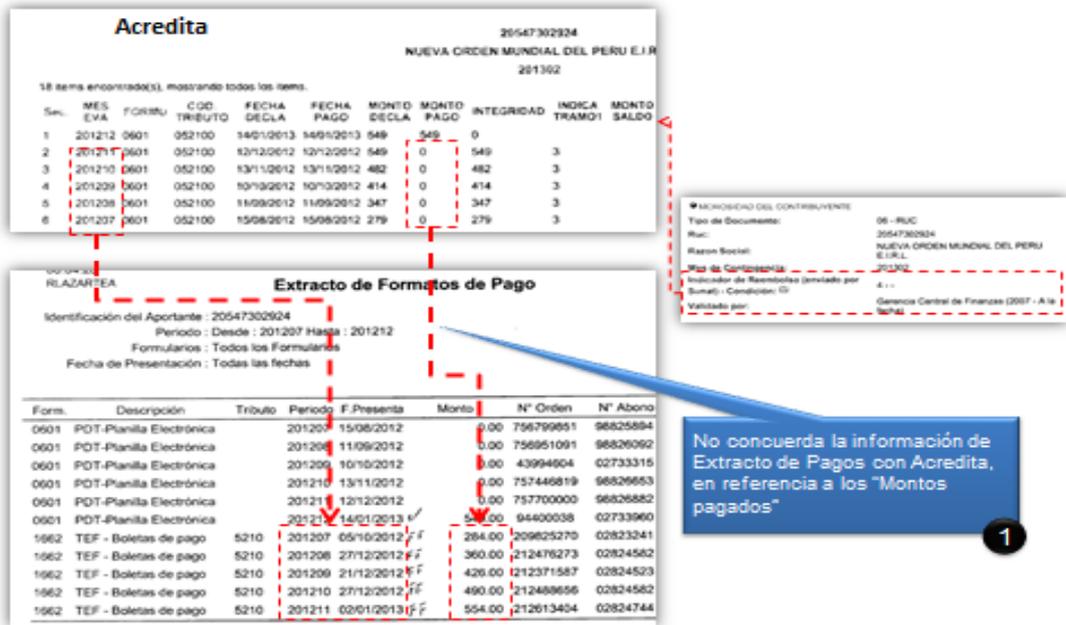
Las prestaciones económicas a las que tiene derecho una persona acreditada y/o sus derechohabientes se encuentran reguladas por las Leyes 28791, 26790 y sus reglamentos, el DS 020-2006, así como la directiva 08 GG-ESSALUD-2012.

Se realizó la descripción de algunos alcances dados por la normatividad vigente:

- **Evaluación de solicitudes:** Debe verificarse el cumplimiento de los requisitos exigidos de acuerdo al tipo de prestación solicitada. Así también, el cumplimiento de las disposiciones generales y específicas para otorgar prestaciones económicas según el tipo de asegurado.
- **Entidades empleadoras morosas:** No tendrán derecho al reembolso de los subsidios por incapacidad temporal o maternidad que hayan pagado a sus trabajadores. Se les exigirá el reembolso del costo (reversión de gastos) de las solicitudes de pagos directos de prestaciones económicas brindadas a sus trabajadores y/o beneficiarios.
- **Pagos indebidos:** Cuando se identifiquen pagos indebidos de prestaciones económicas se notificará a los asegurados, los beneficiarios y las entidades empleadoras el requerimiento de devolución del pago de prestaciones económicas dando un plazo de 72 horas luego del cual se comunicará a la Gerencia de Cobranzas y Recuperaciones en Lima para que realice las gestiones de cobranza que correspondan.

Es así que, teniendo en cuenta la normatividad descrita, se ha identificado como una situación que puede generar riesgo, el otorgamiento de prestaciones económicas, puesto que existen casos en los cuales se ha otorgado la prestación en base a la información disponible en el instante de la evaluación y posteriormente se ha constatado que el asegurado no contaba con ese derecho. Por lo que, se ha realizado un análisis causa-efecto para tener una mejor visión y poder determinar acciones eficaces a implementar para disminuir el riesgo.

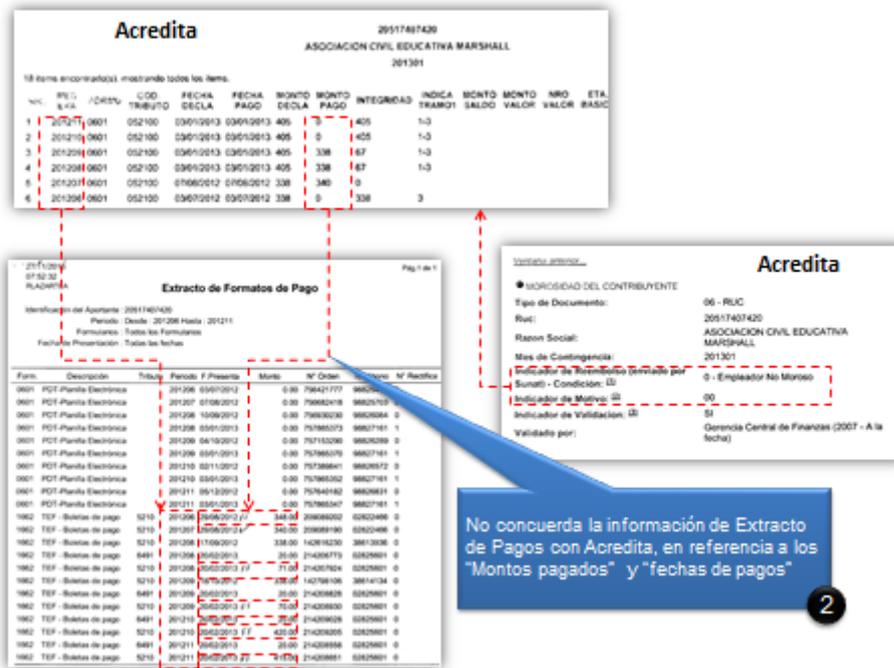
Diferencia de información:
Gráfico N. 38: Diferencia de información



Fuente Prestaciones Económicas

Se observa que al realizar la consulta en el sistema ACREDITA se muestra en la columna de monto pagado en los meses Julio-Noviembre del 2012 como 0. Mientras que en EXTRACTO DE PAGO para el mismo periodo se muestra diversos montos los cuales no coinciden con lo mostrados en ACREDITA. Esto genera confusión en el personal que debe realizar las evaluaciones del estado de cuenta de una empresa antes de otorgar una prestación económica.

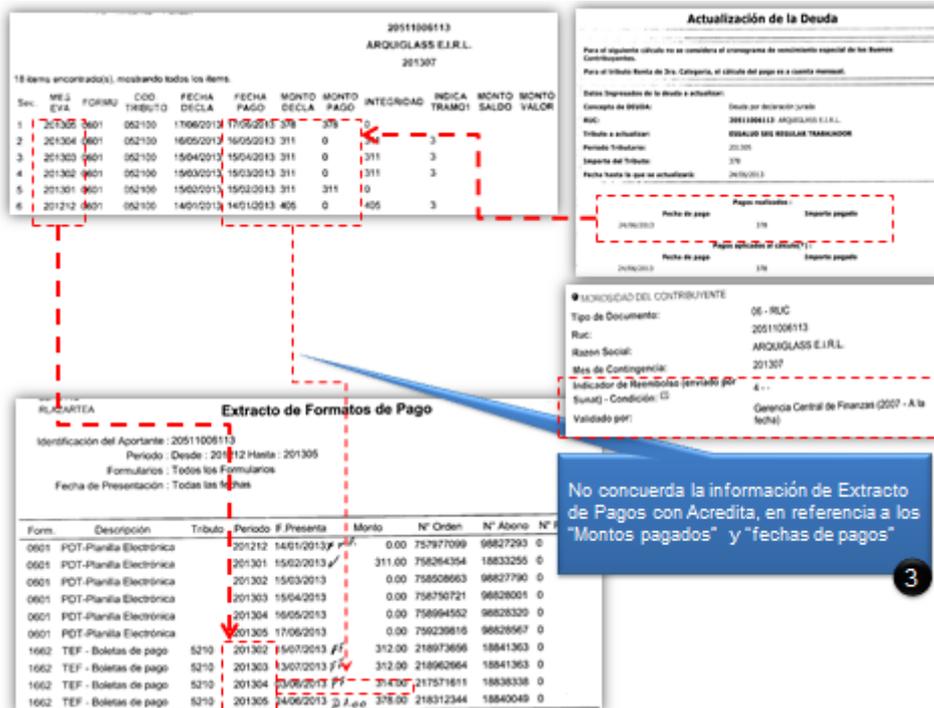
Gráfico N. 39: Diferencia de información



Fuente Prestaciones Económicas

Así también, en el segundo caso presentado se observa la misma situación.

Gráfico N. 40: Diferencia de información

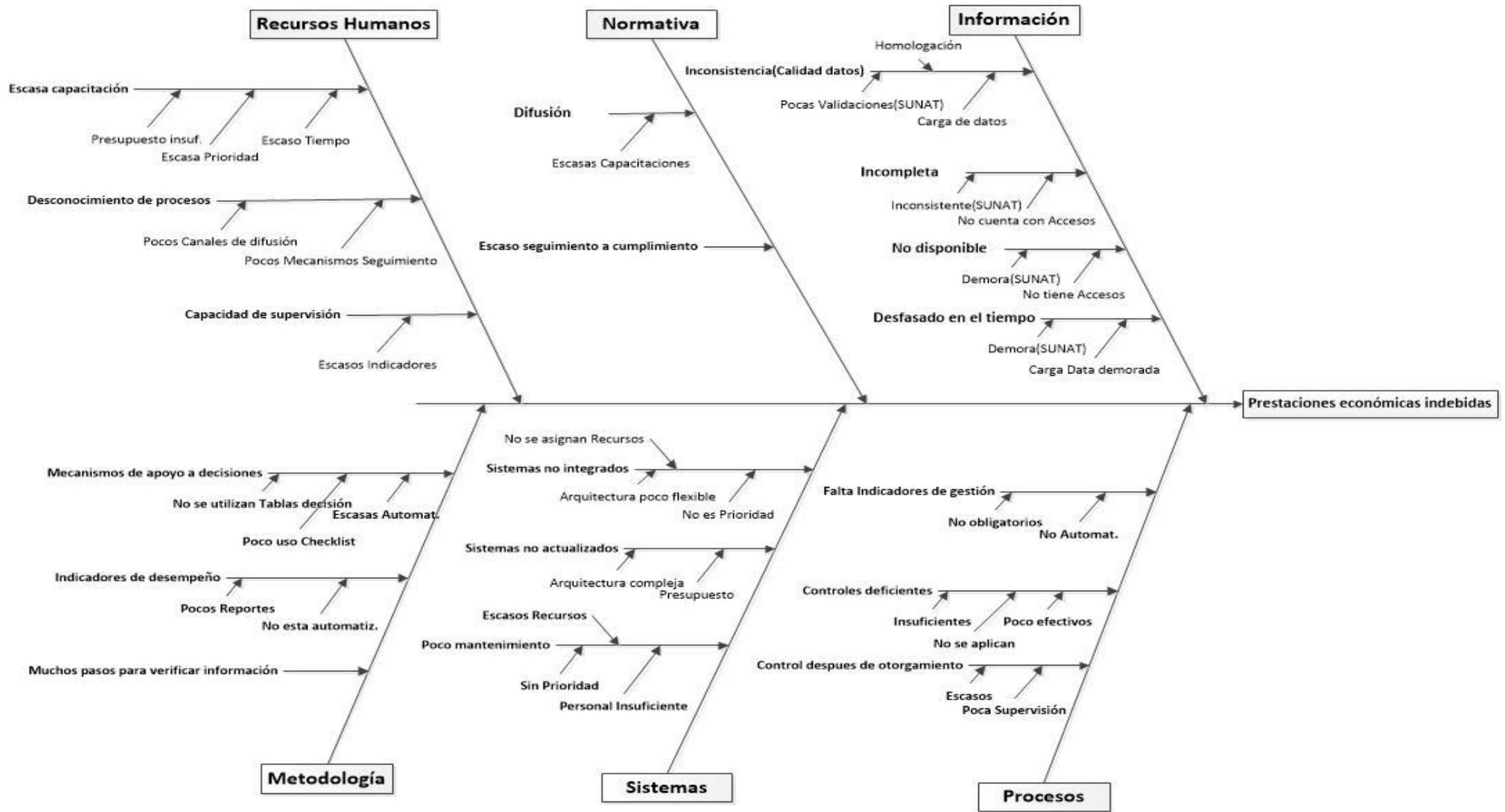


Fuente Prestaciones Económicas

En el tercer caso, se puede apreciar que en EXTRACTO DE PAGO figura un pago por el periodo 201304 realizado el 03/06/2013 por 314.00 nuevos soles. Sin embargo, en el sistema ACREDITA no figura ningún pago realizado en esa fecha y ningún pago por ese monto. Esto genera que al no contar con la misma información en ambos sistemas, los usuarios desconfíen de ellos y tengan que realizar labores manuales de cálculo, generando retrabajos y en consecuencia pérdida de tiempo.

Es así que teniendo en cuenta los casos expuestos, ha sido necesario elaborar los diagramas de causa efecto que nos permitan a encontrar posibles causas para una problemática que es: "Otorgamiento de prestaciones económicas indebidas". El diagrama se presenta a continuación:

Diagrama Causa - Efecto: Prestaciones económicas indebidas
 Gráfico N. 41: Prestaciones Económicas Indebidas



Fuente propia

Descripción del diagrama:

Mediante el análisis realizado al proceso de evaluación de expedientes para el otorgamiento de prestaciones económicas, se ha identificado el riesgo de otorgar una prestación con datos insuficientes o incompletos. Por lo que, es muy importante identificar causas principales y secundarias que puedan llevar a brindar una prestación económica; pero, que permitan minimizar el riesgo de equivocarse en ello. Entre las principales causas están:

1. Recursos Humanos:
 - Escasa capacitación
 - Desconocimiento de procesos
 - Capacidad de supervisión
2. Normativa:
 - Difusión
 - Escaso seguimiento a cumplimiento
3. Información:
 - Inconsistencia (calidad de datos)
 - Incompleta
 - No disponible
 - Desfasado en el tiempo
4. Metodología:
 - Mecanismos de apoyo a decisiones
 - Indicadores de desempeño
 - Muchos pasos para verificar información
5. Sistemas:
 - Sistemas no integrados
 - Sistemas no actualizados
 - Poco mantenimiento
6. Procesos:
 - Falta indicadores de gestión
 - Controles deficientes
 - Controles después de otorgamiento

De acuerdo con los casos analizados, la causa más recurrente es, la inconsistencia en los datos brindados por SUNAT, por lo que esto puede considerarse como prioritario de resolver:

- Inconsistencia (calidad de datos): La inconsistencia es generada por problemas en la data que es puesta a disposición por SUNAT, debido a que no se ha realizado las verificaciones necesarias como validaciones en DNI de derechohabientes, estado civil, nombres, entre otras. Una segunda fuente de inconsistencias es el proceso de homologación que es ejecutado por ESSALUD, dado que no se ha podido verificar que las reglas implementadas en él se encuentren actualizadas y reflejen la normativa a ser aplicada. El proceso de carga de datos desde los archivos planos es otra fuente de inconsistencias, debido a que pueden existir problemas al realizar la carga, demoras en ella, así como archivos incompletos, lo cual puede generar que al momento de consultar un sistema, la información no sea confiable.
- Incompleta: El no contar con la suficiente información generada por una carga desfasada de la información, que puede deberse a que SUNAT no cumplió con el cronograma de envío de información, el operario demoró en la carga a la base de datos o se hizo únicamente una carga parcial. Una segunda causa es que el personal que brinda prestaciones

económicas no cuenta con acceso a sistemas que puede resultar de ayuda para la evaluación de expedientes, como RENIEC, ACREDITA, SIA, SAS.

- No disponible: La información no se encuentra disponible cuando no ha sido cargada en las base de datos por demora en poner a disposición los archivos respectivos (SUNAT) o también por falta de accesos a consultas en sistemas o bases de datos.
- Desfase en el tiempo: Esto se produce por demora de parte de SUNAT o por que no ha sido cargada la data, debido a problemas en el archivo puesto a disposición o por sobrecarga de trabajo del personal encargado.

Recomendación:

Tomando como base la casuística descrita, así como la información relevada en el área, se realizan las siguientes recomendaciones para lograr una mejora de la problemática generada por prestaciones económicas indebidas:

- Es necesario incluir en la agenda del Comité Interinstitucional a formarse entre SUNAT y ESSALUD, la casuística de la problemática generada por la calidad y oportunidad de los datos puestos a disposición de la institución y que son utilizados por el área de prestaciones económicas.
- Se debe coordinar reuniones con OCTIC a fin de que el área tenga acceso a consultas a bases de datos. Es importante contemplar la necesidad de adquirir un servidor alternativo a fin de que las consultas realizadas por las áreas que lo requieran, sean realizadas en este servidor, el mismo que debería ser una réplica del servidor de producción. Esto permitirá que no se afecte el desempeño del servidor principal.
- Así también, deben establecerse políticas y procedimientos estándar, que deben ser aplicados después de haber recibido un programa de capacitaciones. La eficacia de esto podrá ser monitoreado al establecer indicadores adecuados.
- Es necesario, también, que el área cuente con acceso a validar datos con RENIEC, debido a que la información muchas veces llega a destiempo y pierde vigencia. Es importante evaluar si el acceso debe ser permanente, pues al mejorar la calidad y oportunidad de data, ésta debe llegar cada vez con una menor tasa de errores lo que generará cada vez mayor confianza.

Análisis de Acreditación complementaria: Casuística

La acreditación complementaria es un proceso que se realiza de forma paralela a la acreditación regular, la misma que permite que el asegurado obtenga el estado de acreditado y pueda hacer uso de las prestaciones que ESSALUD ofrece.

Actualmente, la acreditación regular se realiza con la información que proporciona SUNAT; sin embargo, esta información es puesta a disposición de ESSALUD con un desfase aproximado a los dos meses, lo cual en muchos casos no permite realizar la acreditación debido a que el requisito para estar acreditado es que el asegurado debe

haber sido declarado por la entidad empleadora (lo cual no implica que esta realice el pago) durante tres (3) meses consecutivos o cuatro (4) meses no consecutivos en un período de seis (6) meses previos al mes en que ocurra una contingencia, según lo indica el Decreto Supremo N° 020-2006-TR del 28 de diciembre del 2006.

Al presentarse este desfase, el record del asegurado titular y sus derechohabientes en los seis (6) meses podría estar incompleto, con lo cual cabe la posibilidad de no cumplir con el requisito en mención. De allí la necesidad de realizar esta acreditación complementaria de forma paralela a la acreditación regular.

Por ello, la acreditación complementaria es realizada por parte de ESSALUD con la finalidad de poder llevar a cabo la acreditación de los titulares y sus derechohabientes a fin de que estos estén aptos de recibir sus prestaciones de salud, económicas y sociales.

Muchos asegurados titulares saben de esta acreditación complementaria y la realizan con alguna regularidad o cuando consideran que podrían necesitar de sus prestaciones.

Tal como se ha mencionado líneas arriba, el principal inconveniente de la acreditación regular es el desfase de tiempo en que ESSALUD obtiene la información para la acreditación, lo que obliga a que los asegurados realicen la acreditación complementaria. En el gráfico siguiente se observa una lista que ejemplifica, para algunos meses, las acreditaciones complementarias realizadas.

Tabla N. 46: Asegurados que han realizado la acreditación complementaria

periodo	fec_emisio	n_document	ap_paterno	ap_materno	p_dombre	sdo_nombre	sunat	of_asg_suc
201301	02/01/2013	70104025	FARRO	CABRERA	NARDIA	CAROLINA		ALMENARA
201301	10/01/2013	40049073	YNGAROCA	SALAS	DAVID	ERNESTO		ALMENARA
201301	15/01/2013	09477123	ORTIZ	ALCARRAZ	RICHARD	ALEJANDRO		ALMENARA
201301	24/01/2013	40226336	SANCHEZ	LOPEZ	MILTON	JAVIER		ALMENARA
201301	31/01/2013	44259942	LEIVA	HUALLPA	MARCOS			ALMENARA
201301	02/01/2013	09532620	QUIJANO	BARRON	MARIA	BLANCA	01/01/2013	ALMENARA
201301	05/01/2013	08101361	CAMPOS	ALVARADO VDA DE NAUP	HORTENCIA		01/01/2013	ALMENARA
201301	14/01/2013	41494198	FERNANDEZ	CIEZA	JUAN		01/01/2013	ALMENARA
201301	23/01/2013	16791123	RAMIREZ	GOMEZ	JULIO	CESAR	01/01/2013	ALMENARA
201301	31/01/2013	19233207	BIMINCHUMO	PALMA	DAVID	ELEODORO	01/01/2013	ALMENARA
201302	01/02/2013	06111061	VILLACORTA	GUERRA DE MEZONES	CARMEN	ISABEL		ALMENARA
201302	04/02/2013	06144521	LLANCCAYA	RUIZ	TERESA			ALMENARA
201302	13/02/2013	06602808	LOO	MENDOZA	FRANCISCO			ALMENARA
201302	21/02/2013	08101575	CONTRERAS	DE LA CRUZ DE RONDON	LUZMILA			ALMENARA
201302	28/02/2013	09037305	ORTEGA	GOMEZ	OSWALDO	CALIXTO		ALMENARA
201302	01/02/2013	42382628	ESPINOZA	GARAY	LUIS	NICANOR	01/02/2013	ALMENARA
201302	04/02/2013	10043225	PALOMINO	ACEVEDO DE CARDENAS	MARCELINA		01/02/2013	ALMENARA
201302	08/02/2013	06564783	ANDIA	GUIA	JOSE		01/02/2013	ALMENARA
201302	21/02/2013	46248613	GARCIA	HUARCAYA	CRISTINA	MAGDALENA	01/02/2013	ALMENARA
201302	25/02/2013	10506708	CCORAHUA	MEZA	JUANA	NOLASCA	01/02/2013	ALMENARA

Fuente: Subgerencia de Sucursales de Aseguramiento

La tabla N° 45 permite observar que en la columna con el encabezado “SUNAT” (color verde) se muestran fechas que corresponden a la acreditación regular. Se aprecia que hay casos en los que a pesar de realizar la acreditación complementaria, la información proveniente de SUNAT no permite corroborar la acreditación del asegurado.

La acreditación complementaria, si bien implica poder reducir los tiempos de espera para la acreditación de los titulares y derechohabientes, quienes podrían solicitar prestaciones, también implica que ocurra el riesgo de realizar acreditaciones indebidas debido al desfase en tiempo de disponibilidad de la información que permitiría corroborar o no dicha acreditación.

Al presentarse esta posible situación, en ESSALUD se realiza una supervisión mensual de todos los casos en los que SUNAT no ha facilitado información que permita detectar las acreditaciones irregulares y determinar si se incurrieron en gastos por alguna prestación indebida, con el objetivo de realizar las acciones de recupero de los importes de las prestaciones otorgadas de ser el caso.

Tabla N. 47: Casos de Acreditaciones Complementarias no confirmados por SUNAT

fecha emisión	apellidos paterno	apellido materno	primer nombre	04.DERECHO DE COBERTURA								PERIODO SUPERVISION
				4.1.Asegurado cuenta con derecho de cobertura al momento de emitir la Acreditación Complementaria				4.2.El periodo de vigencia de la Acredit. Complement. otorgado al asegurado es el correcto				
				CF	N	CF	N	CF	N	CF	N	
07/01/2013	JULCA	RAMIREZ	ROSA		X			X				2013_03
02/01/2013	CUPE	LUNASCO	FREZIA		X				X			2013_03
08/01/2013	ZACARIAS	ORMEÑO	JHONATAN		X			X				2013_03
09/01/2013	SAYRITUPAC	ARTEAGA	DEYSE		X				X			2013_03
18/01/2013	AURIS	MELGAR	EDWIN		X				X			2013_03
18/01/2013	LOPEZ	COSME	SEGUNDO		X			X				2013_03
28/01/2013	APOLAYA	TRILLO	JOSE		X			X				2013_03
17/01/2013	RODAS	ALEJANDRIA	MANUEL		X				X			2013_03
08/02/2013	COCHA	HINOSTROZA	WALTER		X			X				2013_04
01/02/2013	CHARA	CHANG	JOHON		X				X			2013_04
16/02/2013	CRIBILLEROS	INFANTES DE VILLANUE	ESTELA		X				X			2013_04
25/02/2013	MAGUIÑA	JARA	MARIO		X				X			2013_04
05/02/2013	RIOS	DAVILA	DAVID		X				X			2013_04
06/02/2013	GUTTY	SEGURA	CESAR		X			X				2013_04
31/03/2013	ALBERCA	DUENAS	CINTYA		X				X			2013_05
13/03/2013	HERRERA	PERALTA	GRACIELA		X			X				2013_05
11/04/2013	RAMOS	ESCOBAR	TOMAS		X			X				2013_06

20/04/2013	FLORES	ANCONAYA	MAGDEMIA		X			X		20013_06
05/04/2013	PARADA	RUIZ	LUCY		X		X			20013_06
12/04/2013	CORDOVA	VASQUEZ	ALEXANDER		X					20013_06
01/04/2013	SILVA	DIOSES	TEODOLINDA		X					20013_06
02/04/2013	LOPEZ	SALDIVAR	BETSY		X					20013_06

Fuente: Subgerencia de Sucursales de Aseguramiento

La tabla N° 46 muestra en una columna que el asegurado no contaba con cobertura (no estuvo acreditado) en el momento en que se realizó la acreditación complementaria (columna en color marrón). Para ello, el asegurado debió presentar la documentación física que ESSALUD establece en su procedimiento a fin de realizar la acreditación. Esto podría implicar un riesgo de acreditación indebida si posteriormente SUNAT no logra realizar la acreditación. Por ello, se realiza una auditoría interna para determinar si estas personas, que se acreditaron complementariamente, solicitaron y recibieron prestaciones con la finalidad de determinar acciones a seguir según sea el caso.

Dentro de toda la problemática que surge cuando se realiza la acreditación complementaria existe el siguiente: caso de titular acreditado y derechohabiente no acreditado. Tal situación se puede apreciar en los gráficos N° 42, 43, 44 y 45 por diferentes motivos que se explicarán.

Gráfico N. 42: Caso Estela Ruffran

Datos del Titular	
Autogenerado	: 8308050RFQNE001 Tipo Asegurado : OBLIGATORIO
Apell. y Nombres	: RUFFRAN QUINO ESTELA HAYDEE CUI : 14479941
Periodo Vigencia	: 01/12/2013 31/12/2013 Doc. Identidad : DNI 44220425
Estado	: Homol. por declaración PDT Indicador : 1- Por dcto. Identidad
Parentesco	
Concubino	Fec. Vinc : 19/11/2013
Datos del Familiar	
Autogenerado	: 7603151PIYAJ000 CUI : 8489288
Número de ficha	: 000094 Fecha Inscripción : 14/01/1999
Tipo AsegTit	: OBLIGATORIO Zonal Inscripción : 240 TACNA
Apellido Paterno	: PARI Estado : Activo
Apellido Materno	: YUPANQUI Fecha Nacimiento : 15/03/1976
1er Nombre	: JUAN Edad : 37
2do Nombre	: RICARDO Sexo : Masculino
Doc. Identidad	: DNI 00511807 Estado Civil : Soltero
Dirección Domic.	: Lugar Nacimiento : TACNA - TACNA - TACNA1
Calle	: MODESTO MOLINA Nro. : 845
Int	: Urbanización :
Lugar Domicilio	: TACNA - TACNA - TACNA3
Periodo Vigencia	: 19/11/2013 30/11/2013 C. Asistencial : 448 - CM CONO NORTE
S.C.Trab.Riesgo	: No Afiliado EsSalud Vida : No Afiliado
Ind.Incapacidad	: Inhabilitado Afiliado a : EsSalud
Latencia	: No Afecto
Estado	: Homol. por declaración PDT Indicador : 1- Por dcto. Identidad
F.Fallecimiento	: Nro Partida Defunción :

Fuente: Subgerencia de Sucursales de Aseguramiento

En el gráfico N° 42, se observa que la asegurada titular y acreditada tiene un período de vigencia para la solicitud y atención de sus prestaciones del 1 al 31 de diciembre del 2013, período que difiere con el de su derechohabiente (concubino) que abarca del 19 al 30 de noviembre del mismo año (en rojo). Este es un caso de problema de acreditación presentado cuando se ha realizado la acreditación complementaria. Es posible que se trate de un error humano de la persona que acredita o de un problema informático del sistema.

Gráfico N. 43: Caso Rosa Bacigalupo

Datos del Titular			
Autogenerado	: 5403310BILMR001	Tipo Asegurado	: OBLIGATORIO
Apell. y Nombres	: BACIGALUPO LIENDO DE LOMBARDI ROSA ESTHER	CUI	: 9314564
Periodo Vigencia	: 01/12/2013 31/12/2013	Doc. Identidad	: DNI 00473085
Estado	: Homol. por declaración PDT	Indicador	: 1-Por dcto. Identidad

Parentesco	
Conyugue	Part Matrimonio: 40 Fec. Vinc: 11/11/2013

Datos del Familiar			
Autogenerado	: 5103041LECB1002	CUI	: 1416370
Número de ficha	: 090460	Fecha Inscripción	: 20/08/1982
Tipo AsegTit	: OBLIGATORIO	Zonal Inscripción	: 240 TACNA
Apellido Paterno	: LOMBARDI	Estado	: Activo
Apellido Materno	: CARBAJAL	Fecha Nacimiento	: 04/03/1951
1er Nombre	: LUIS	Edad	: 62
2do Nombre	: ALBERTO	Sexo	: Masculino
Doc. Identidad	: DNI 00401761	Estado Civil	: Casado
Dirección Domic.		Lugar Nacimiento	: TACNA - TACNA - TACNA1
Calle	: SAN MARTIN	Nro.	: 205
Int		Urbanización	: Tacna-Ciudad
Lugar Domicilio	TACNA - TACNA - TACNA2		
Periodo Vigencia	: 11/11/2013 30/11/2013	C. Asistencial	: 430 - CAP III METROP
S.C. Trab. Riesgo	: No Afiliado	EsSalud Vida	: Afiliado
Ind. Incapacidad		Afiliado a	: EsSalud
Latencia	: No Afecto		
Estado	: Homol. por declaración PDT	Indicador	: 2-Por Apellidos y Nombres
F. Fallecimiento		Nro Partida Defunción	

Fuente: Subgerencia de Sucursales de Aseguramiento

En el gráfico N° 43 se puede apreciar que la asegurada titular ha sido acreditada para el período comprendido del 1 al 31 de diciembre del 2013. Sin embargo; su derechohabiente (conyugue) ha sido acreditado para el período comprendido entre el 11 al 30 de noviembre del 2013 (rango de fecha en rojo); período que difiere al período de la asegurada titular. De igual manera, es posible que se trate de un error humano de la persona que acredita o de un problema informático del sistema.

Gráfico N. 44: Caso Adalberto Yufra

Datos del Titular			
Autogenerado	: 6602151YRNAA005	Tipo Asegurado	: CONSTRUCCION CIVIL
Apell. y Nombres	: YUFRA NINA ADALBERTO FAUSTINO	CUI	: 14062592
Periodo Vigencia	: 01/12/2013 31/12/2013	Doc. Identidad	: DNI 00792587
Estado	: Homol. por declaración PDT	Indicador	: 3-Nuevo Asegurado
Parentesco			
Conyugue	Part Matrimonio: 0627	Fec. Vinc.	: 15/11/2013
Datos del Familiar			
Autogenerado	: 7610130MAGLN008	CUI	: 14499832
Número de ficha	: 21487	Fecha Inscripción	: 02/07/2007
Tipo AsegTit	: CONSTRUCCION CIVIL	Zonal Inscripción	: 240 TACNA
Apellido Paterno	: MAMANI	Estado	: Activo
Apellido Materno	: GALEGOS	Fecha Nacimiento	: 13/10/1976
1er Nombre	: NELIDA	Edad	: 37
2do Nombre	:	Sexo	: Femenino
Doc. Identidad	: DNI 00512230	Estado Civil	: Casado
Dirección Domic.	:	Lugar Nacimiento	: TACNA - TACNA - TACNAL
Calle	: CENTRO POBLADO MIRAV	Nro.	: M.N
Int	: L.09	Urbanización	: E MZ N LT 09
Lugar Domicilio	TACNA - JORGE BASADRE - ILABAYA		
Periodo Vigencia	: 15/11/2013 30/11/2013	C. Asistencial	: 435 - CAP I YLABAYA
S.C.Trab.Riesgo	: Afiliado	EsSalud Vida	: No Afiliado
Ind.Incapacidad	: Inhabilitado	Afiliado a	: EsSalud
Latencia	: No Afecto		
Estado	: Homol. por declaración PDT	Indicador	: 3-Nuevo Asegurado
F.Fallecimiento	:	Nro Partida Defunción	:

Fuente: Subgerencia de Sucursales de Aseguramiento

El gráfico N° 44 permite apreciar que el asegurado titular fue acreditado para el período comprendido del 1 al 31 de diciembre del 2013; período que difiere del de su derechohabiente (conyugue) quien figura como acreditada para el período comprendido entre el 15 al 30 de noviembre del 2013 (período en rojo), el mismo que no concuerda con el del asegurado titular.

Al igual que en los dos casos anteriores, es probable que se trate de un error humano cometido sin intención por la persona que acredita o se trate de un problema informático del sistema.

Gráfico N. 45: Caso Israel Pérez

Datos del Titular			
Autogenerado	: 6107151PECNI009	Tipo Asegurado	: OBLIGATORIO
Apell. y Nombres	: PEREZ CHANG ISRAEL	CUI	: 8717223
Periodo Vigencia	: 01/12/2013 31/12/2013	Doc. Identidad	: DNI 19097059
Estado	: Homol. por declaración PDT	Indicador	: 1- Por dcto. Identidad
-Parentesco-			
Concubino		Fec. Vinc	: 21/11/2013
Datos del Familiar			
Autogenerado	: 6403130PEGCN009	CUI	: 8290983
Número de ficha	: 414764	Fecha Inscripción	: 31/08/1998
Tipo AsegTit	: OBLIGATORIO	Zonal Inscripción	: 070 LA LIBERTAD
Apellido Paterno	: PEREZ	Estado	: Activo
Apellido Materno	: GARCIA	Fecha Nacimiento	: 13/03/1964
1er Nombre	: NOEMI	Edad	: 49
2do Nombre	: SILVIA	Sexo	: Femenino
Doc. Identidad	: DNI 18183442	Estado Civil	: Soltero
Dirección Domic.		Lugar Nacimiento	: LA LIBERTAD - TRUJILLO - LA
Calle	: C 25 DE DIC	Nro.	: 1994
Int		Urbanización	: V RAUL
Lugar Domicilio	LA LIBERTAD - TRUJILLO - FLORENCIA DE MORA		
Periodo Vigencia	: 21/11/2013 30/11/2013	C. Asistencial	: 211 - H. I F. DE MORA
S.C. Trab. Riesgo	: No Afiliado	EsSalud Vida	: No Afiliado
Ind. Incapacidad	: Inhabilitado	Afiliado a	: EsSalud
Latencia	: No Afecto		
Estado	: Homol. por declaración PDT	Indicador	: 1- Por dcto. Identidad
F. Fallecimiento		Nro Partida Defunción	

Fuente: Subgerencia de Sucursales de Aseguramiento

El gráfico N° 45, al igual que los tres casos mostrados anteriormente, presenta otra situación, en el que el período de acreditación para el asegurado titular difiere al período para el asegurado derechohabiente.

Otros casos que se presentan en la acreditación complementaria corresponden a los Gráficos N° 46 y 47.

Gráfico N. 46: Caso Hernán Martínez

Datos Generales			
Fecha Inscripción :	02/03/1999	Autogenerado :	7711091MTMUH004
Zonal Inscripción :	240 TACNA	CUI :	8575989
Número de ficha :	000570	Estado Autogenerado :	Titular
Tipo Asegurado :	S.REGULAR - D.LEG.1057(CAS)	Estado :	Cesado
Cod. Autorización :			
Datos Personales			
Apellido Paterno :	MARTINEZ	Fecha Nacimiento :	09/11/1977
Apellido Materno :	MAQUERA	Edad :	36
1er Nombre :	HERNAN	Sexo :	Masculino
2do Nombre :	JAVIER	Estado Civil :	Soltero
Doc. Identidad :	DNI 00515916		
Lugar Nacimiento :	TACNA	CANDARAVE :	CANDARAVE
Dirección Domic. Calle :	CONO SUR	Nro. :	MZ-C
Int :	L-24	Urbanización :	NUEVA TACNA
Ubigeo Domicilio :	TACNA	TACNA :	CORONEL GREGORIO ALBA
Datos de Acreditación			
Periodo Vigencia :	13/11/2013 30/11/2013	Conti. de Cobertura :	
S.Com.Trab.Riesgo :	Afiliado	Centro Asistencial :	150 CAP II LUIS PAL
Ind. Facturación :	No Facturar	EsSalud Vida :	No Afiliado
Estado :	2-Homol. por declaraci:n PDT	Indicador :	1-Por Dcto. Identidad
Latencia :	No Afecto	Afiliado a :	EsSalud
Fec Fallecimiento :		Nro Part. Defunción :	
Usuario :	TAC33	Fecha :	13/11/2013
		Hora :	10:36:29
		Terminal :	ESTAC

Fuente: Subgerencia de Sucursales de Aseguramiento

Gráfico N. 47: Caso Hernán Martínez

RELACION DE ACREDITACIONES - (HISTORICO DESDE OCTUBRE DEL 2002)

MARTINEZ MAQUERA, HERNAN JAVIER

99 ítems encontrado(s), mostrando del 1 al 12.[Prim/Prev] 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 [Sig/Ult]

TD.EMPL	IND.EMPL	RAZON SOCIAL	TRIBUTO	TIP.ACRE	TIP.ATEN	INI.VIG	FIN.VIG	IND.FACT	EMPL
06	20519610214	MUNICIPALIDAD DISTRITAL CORONEL GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA	052100	1		01/12/2013	31/12/2013		1
06	20519610214	MUNICIPALIDAD DISTRITAL CORONEL GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA	052100	1		01/11/2013	30/11/2013		1
06	20113676231	LIVA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LTDA.	052100	1		01/06/2013	30/06/2013		1
06	20519610214	MUNICIPALIDAD DISTRITAL CORONEL GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA	052100	1		01/05/2013	31/05/2013		1
06	20519610214	MUNICIPALIDAD DISTRITAL CORONEL GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA	052100	1		01/04/2013	30/04/2013		1
06	20519610214	MUNICIPALIDAD DISTRITAL CORONEL GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA	052100	1		01/03/2013	31/03/2013		1
06	20519610214	MUNICIPALIDAD DISTRITAL CORONEL GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA	052100	1		01/02/2013	28/02/2013		2
06	20519610214	MUNICIPALIDAD DISTRITAL CORONEL GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA	052100	1		01/01/2013	31/01/2013		1
06	20368365981	PEREZ & NAJAR SERVICIOS GENERALES S.R.L.	052100	1		01/12/2012	31/12/2012		1
06	20368365981	PEREZ & NAJAR SERVICIOS GENERALES S.R.L.	052100	1		01/11/2012	30/11/2012		1
06	20519610214	MUNICIPALIDAD DISTRITAL CORONEL GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA	052100	1		01/10/2012	31/10/2012		1
06	20519610214	MUNICIPALIDAD DISTRITAL CORONEL GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA	052100	1		01/09/2012	30/09/2012		1

Fuente: Subgerencia de Sucursales de Aseguramiento

El gráfico N° 48, presenta el caso del asegurado titular quien según uno de los sistemas indica el estado de cesado y un período de acreditación para el período del 13 al 30 de noviembre del 2013 (resaltados en color rojo). Sin embargo, otro de los sistemas que es utilizado para consulta por los funcionarios de ESSALUD presenta que el asegurado en mención está acreditado para los meses completos para noviembre y diciembre del 2013.

Gráfico N. 48: Caso Felicita Yamamoto

Datos Generales			
Fecha Inscripción :	13/07/1995	Autogenerado :	3806150YAKAF003
Zonal Inscripción :	110 GER. CENTRAL INSC Y CTAS	CUI :	12973686
Número de ficha :	1	Estado Autogenerado :	Titular
Tipo Asegurado :	PENSIONISTA	Estado :	Activo
Cod. Autorización :			
Datos Personales			
Apellido Paterno :	YAMAMOTO	Fecha Nacimiento :	15/06/1938
Apellido Materno :	DE KOGA	Edad :	75
1er Nombre :	FELICITA	Sexo :	Femenino
2do Nombre :		Estado Civil :	Casado
Doc. Identidad :	DNI 07291112		
Lugar Nacimiento :	SIN UBIGEO	SIN UBIGEO	SIN UBIGEO
Dirección Domic. Calle :	AV CANADA 1035 URB S	Nro. :	S/N
Int :		Urbanización :	ANTA CATALINA
Ubigeo Domicilio :	LIMA	LIMA	LA VICTORIA 2
Datos de Acreditación			
Periodo Vigencia :	01/12/2013 30/11/2013	Conti. de Cobertura :	
S.Com.Trab.Riesgo :	No Afiliado	Centro Asistencial :	478 CAP III A. PIAZZ
Ind. Facturación :	No Facturar	EsSalud Vida :	No Afiliado
Estado :	2-Homol. por declaraci;n PDT	Indicador :	3-Nuevo Asegurado
Latencia :	No Afecto	Afiliado a :	EsSalud
Fec Fallecimiento :	13/11/2013	Nro Part. Defunción :	5000217248
Usuario :	26431	Fecha:	30/11/2013
		Hora:	23:00:19
		Terminal:	191.0

Fuente: Subgerencia de Sucursales de Aseguramiento

Gráfico N. 49: Caso Felicit Yamamoto

RELACION DE ACREDITACIONES - (HISTORICO DESDE OCTUBRE DEL 2002)

YAMAMOTO DE KOGA, FELICITA

102 ítems encontrado(s), mostrando del 1 al 12.[PrimPrev] 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 [SigUlt]

TD.EMPL	ID.EMPL	RAZON SOCIAL	TRIBUTO	TIP.ACRE	TIP.ATEN	III.VIG	FIN.VIG	IND.FACT	EMPL
06	20254165035	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP	052402	1		01/12/2013	31/12/2013		1
06	20254165035	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP	052402	1		01/11/2013	30/11/2013		1
06	20254165035	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP	052402	1		01/10/2013	31/10/2013		1
06	20254165035	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP	052402	1		01/09/2013	30/09/2013		1
06	20254165035	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP	052402	1		01/08/2013	31/08/2013		1
06	20254165035	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP	052402	1		01/07/2013	31/07/2013		1
06	20254165035	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP	052402	1		01/06/2013	30/06/2013		1
06	20254165035	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP	052402	1		01/05/2013	31/05/2013		1
06	20254165035	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP	052402	1		01/04/2013	30/04/2013		1
06	20254165035	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP	052402	1		01/03/2013	31/03/2013		1
06	20254165035	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP	052402	1		01/02/2013	28/02/2013		1
06	20254165035	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP	052402	1		01/01/2013	31/01/2013		1

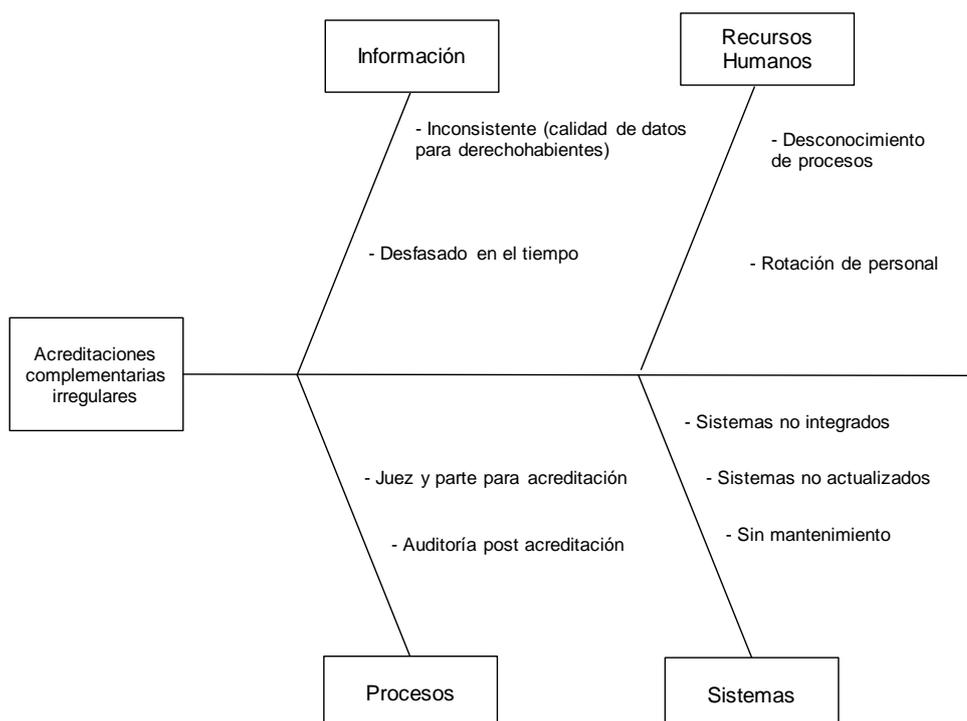
Fuente: Subgerencia de Sucursales de Aseguramiento

El caso correspondiente al gráfico N° 49 presenta para la asegurada titular, en los campos en rojo, un rango inexistente que va del 1 de diciembre del 2013 al 30 de noviembre del mismo año. Además, indica que ha fallecido. Sin embargo, en otro aplicativo que también es utilizado por los funcionarios de ESSALUD se indica que la asegurada está acreditada para todo el mes de diciembre del 2013.

Como se puede apreciar, hay diversas causas que generan problemas para la acreditación complementaria de los asegurados. Sin embargo, también se ha apreciado que debido a estas inconsistencias el asegurado puede ser acreditado, rechazado o acreditado irregularmente. En el caso de la acreditación el asegurado queda listo para recibir sus prestaciones; en el caso del rechazo el asegurado puede insistir y demostrar que realmente tiene derecho a la acreditación. Sin embargo, en el caso de acreditaciones irregulares, esto impacta en ESSALUD directamente en los recursos económicos que dispone, al entregar una prestación que no debió realizarse.

El Gráfico N° 50 presenta el diagrama Ishikawa para la última situación que se menciona: Acreditaciones complementarias indebidas. Este diagrama nos muestra las diferentes causantes de este tipo de acreditación, que si se logra reducir o eliminar permitirá evitar que los recursos económicos con que cuenta la institución se vean comprometidos.

Gráfico N. 50: Diagrama Ishikawa de Acreditaciones Complementarias



Fuente Propia

Análisis del Proceso de Transferencia de Información del Indicador de Reembolso en ESSALUD

El proceso de transferencia de información del indicador de reembolso consta de cinco (5) etapas, las cuales comprenden desde la recepción o extracción de la data que pone a disposición SUNAT, hasta la migración de la información a los aplicativos y seguimiento de data inconsistente. El gráficoNº 51 muestra el proceso en mención.

-

	Recepcionar data	Procesar información	Validar, instruir y monitorear la información	Migrar data a los aplicativos	Reportar data inconsistente
Encargado	OCTICS	OCTICS	Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización	OCTICS	Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización Subgerencia de Administración de Datos
Herramienta	Servidor FTP's			Acredita SGH	
Información	BD	BD	SCCHEMOT BD	SCCHEMOT BD	BD
Áreas de Impacto				Cobranza Prestaciones Económicas Plataforma de Aseguramiento	
Indicadores			% de empresas sin indicador De reembolso y/o data inconsistente		

- **Recibir Data**

El área de OCTIC mediante un servidor en FTP accede ala data que pone a disposición SUNAT.

- **Procesar información**

Consiste en ejecutar el proceso de validación de los datos del archivo IR-SUNAT mediante la herramienta pkg_morosidad_masivo.

Si los datos son inconsistentes serán reportados al área de la Subgerencia de Administración de Datos para que realice las gestiones con SUNAT.

Luego se remite el archivo SCCHEMOT (archivo resultado del proceso) a la Subgerencia de Control de la Recaudación y Fiscalización.

- **Validar, instruir y monitorear la información**

Esta actividad consiste en recibir el archivo SCCHEMOT y validar la calidad de la data del registro del Indicador de Reembolso.

Si los datos son inconsistentes serán reportados y gestionados con SUNAT.

En esta actividad, la Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización otorgará la conformidad de la data que será cargada a los aplicativos. Así mismo, el área en mención se encargará de realizar las publicaciones mediante informes de gestión trimestral.

- **Cargar la data a los aplicativos**

Esta actividad consiste en recibir y migrar los datos al aplicativo ACREDITA y Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH).

- **Reportar la data inconsistente**

La data declarada como inconsistente será reportada a SUNAT por las Subgerencias de Administración de Datos y Control de Recaudación y Fiscalización.

El objetivo principal de este proceso es el de controlar a las entidades empleadoras que se encuentran en estado de morosidad.

Los principales procesos internos afectados son: la atención de prestaciones económicas, la cobranza no tributaria y el control de la recaudación y fiscalización. Asimismo, el impacto a las mismas son las siguientes:

- **Atención de prestaciones económicas**, este trámite consiste en otorgar un importe monetario al asegurado para atender los gastos por: lactancia, maternidad, invalidez temporal o fallecimiento.

Hallazgo:

- **Insatisfacción del asegurado.** Se produce un impacto en la atención al asegurado debido a que sus empleadores figuran con información del indicador de reembolso inconsistente o incompleto. Por ejemplo: Los asegurados que se encuentran con el indicador sin información por ESSALUD y/o se tiene inconsistencia de data, deben brindar evidencia que determine que el empleador se encuentre al día en sus pagos.
- **Reprocesos que impactan en el “time to”.** Si antes de la etapa del proceso de carga de datos a los aplicativos, la información no es consistente, se realiza las validaciones por parte del calificador en el módulo de atención al asegurado con el objetivo de validar la información del asegurado y del empleador en diferentes aplicativos, debido a que no se confía al 100% en la información registrada en el aplicativo Acredita.
- **Cobranza no tributaria;** este trámite consiste en ejecutar la cobranza a las entidades empleadoras que se reportan con retrasos en sus pagos y cuyos empleados han recibido prestaciones.

Hallazgo:

- **Aumento de cartera de cobranza:** Si no se cuenta con el detalle de las reglas implementadas en el aplicativo que genera el Indicador de Reembolso validado por ESSALUD, no se podría determinar las entidades empleadoras con deuda y se produciría inconsistencia en la data reportada para la cobranza.

- **Control de Recaudación y Fiscalización**, este proceso consiste en controlar y monitorear la calidad de la información de deuda de las entidades empleadoras como parte de la transferencia de información utilizada para el Indicador de Reembolso.

Hallazgo:

- **Información Inconsistente.** Al no contar con las definiciones técnico – funcionales del proceso de validación de los datos del archivo IR-SUNAT, no se puede asegurar la consistencia del reporte de gestión del Indicador de Reembolso.
- **Reprocesamiento.** Al efectuar dos áreas las gestiones con SUNAT (Subgerencia Administración de Datos y Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización) debido a la inconsistencia e información incompleta de la data.
- **Tiempo de espera para la migración de datos al sistema.** La Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización es el área que otorga la conformidad para publicar los datos en los sistemas. El tiempo que toma realizar la conformidad se podría reducir siempre que los controles que efectúa puedan ser automatizados.

Objetivo del Proceso de generación del indicador de reembolso

Reportar las entidades empleadoras con condición de reembolso, conforme a la función establecida en el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Aseguramiento.

Base Legal

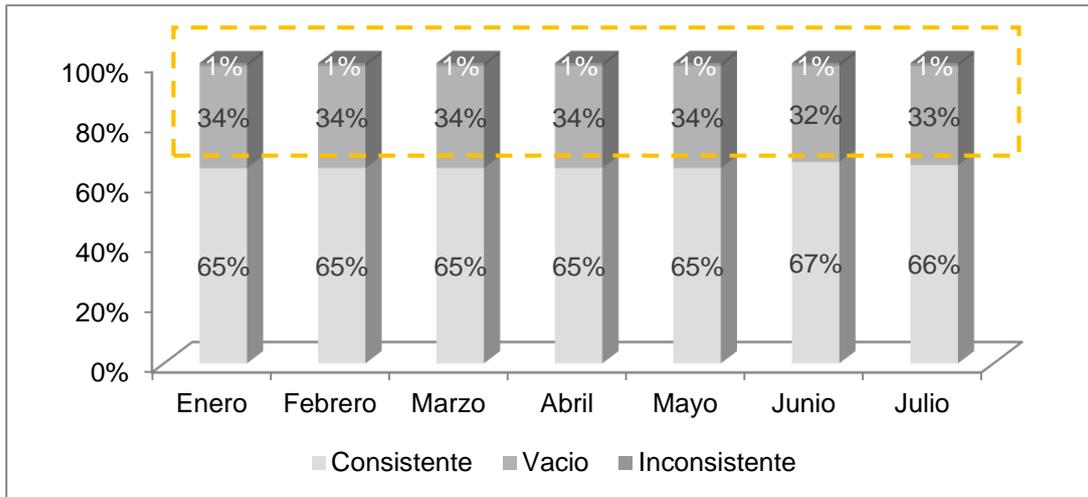
- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Ley N° 28791 (21.07.2006), Ley que establece las modificaciones a la Ley N° 26790.
- Decreto Supremo N° 020-2006-TR, normas reglamentarias de la Ley 28791 (28.12.2006).
- Directiva N° 003-GCF-OGA-ESSALUD-2008, Aplicación de lineamientos generales para no continuar con el procedimiento de cobranza.

Fuente Archivo SCCHEMOT proporcionado por OCTIC

Caso presentado:

De acuerdo a la información proporcionada por la Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización se diagnosticó el hallazgo que muestra el gráfico N° 52.

Gráfico N. 52: Indicador del estatus de consistencia de datos de ESSALUD - Fuente: Reportes de gestión de la Subgerencia de Control de recaudación y fiscalización



Estatus de la data que fue proporcionada por SUNAT y que fue validada por ESSALUD:

Estados de transferencia de información	
Consistente	La data de SUNAT con ESSALUD es conforme.
Vacío	No hay información para validar el indicador proporcionado por SUNAT.
Inconsistente	La información de SUNAT con ESSALUD difiere o discrepa.

- **Riesgo:**

No tener la muestra completa sobre la cantidad de entidades empleadoras que tienen estado consistente, vacío e inconsistente de los meses de enero a junio.

De acuerdo a la información del mes de Julio del 2013, se identifica que el 34% representa 188,105 entidades empleadoras con información incompleta o con inconsistencia entre la data proporcionada por SUNAT y la data generada por ESSALUD:

	Empleadores
Consistentes	372,244
Vacío	188,105

Inconsistentes

2,441

Fuente: Reportes de gestión de la Subgerencia de Control de recaudación y fiscalización.

Tabla N. 48: Definición de los estados del Indicador de Reembolso

CODIGOS EMOIREM SUNAT	
0	Sin deuda, sin saldo, sin valor
1	Con deuda, con saldo y o valor
2	Deuda no exigible(valor impugnado y no resuelto)
3	No presenta declaraciones en rango 6
4	Lineamiento (Deuda onerosa)

Tabla N. 49: Diagnóstico de Transferencia de Información del “Indicador de Reembolso” con “Estatus de la transferencia de data”

Indicador de Reembolso	Estado de la transferencia de información	Enero	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul
0	Datos consistentes	31.39%	31.12%	30.67%	30.53%	30.38%	31.21%	32.48%
0	Datos inconsistentes	0.25%	0.08%	0.09%	0.08%	0.09%	0.11%	0.15%
0	Vacíos	0.00%	0.29%	0.28%	0.32%	0.37%	0.36%	0.48%
1	Datos inconsistentes	0.29%	0.32%	0.39%	0.31%	0.31%	0.37%	0.28%
1	Datos consistentes	9.36%	9.11%	10.02%	10.29%	10.04%	10.52%	9.90%
1	Vacíos	0.00%	0.06%	0.13%	0.15%	0.16%	0.17%	0.22%
2	Datos consistentes	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
2	Vacíos	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
3	Datos consistentes	12.48%	12.59%	12.59%	12.62%	12.74%	13.50%	13.51%
3	Datos inconsistentes	0.07%	0.01%	0.01%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
3	Vacíos	34.02%	34.24%	34.24%	34.10%	34.26%	31.60%	32.57%
4	Datos consistentes	12.14%	12.04%	11.44%	11.47%	11.49%	12.00%	10.26%
4	Vacíos	0.00%	0.14%	0.14%	0.13%	0.16%	0.16%	0.15%

Fuente: Reportes de gestión de la Subgerencia de Control de recaudación y fiscalización

Tabla N. 50: Diagnóstico de Transferencia de Información del “Indicador de Reembolso” con “Estatus de riesgo de data”

Indicador de Reembolso	Estado de la transferencia de información	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Estatus
0	Datos inconsistentes	0.25%	0.08%	0.09%	0.08%	0.09%	0.11%	0.15%	
0	Vacíos	0.00%	0.29%	0.28%	0.32%	0.37%	0.36%	0.48%	
1	Datos inconsistentes	0.29%	0.32%	0.39%	0.31%	0.31%	0.37%	0.28%	
1	Vacíos	0.00%	0.06%	0.13%	0.15%	0.16%	0.17%	0.22%	
3	Datos inconsistentes	0.07%	0.01%	0.01%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	
3	Vacíos	34.02%	34.24%	34.24%	34.10%	34.26%	31.60%	32.57%	
4	Vacíos	0.00%	0.14%	0.14%	0.13%	0.16%	0.16%	0.15%	

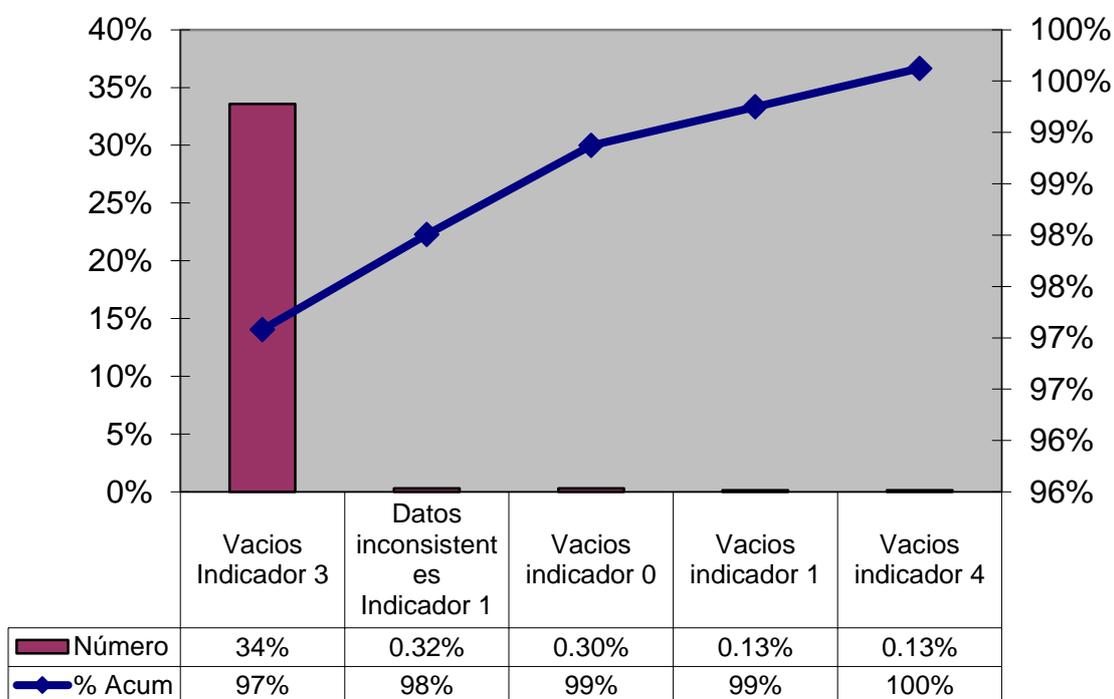
Fuente: Reportes de gestión de la Subgerencia de Control de recaudación y fiscalización

Leyenda:

-  Alto porcentaje de riesgo de datos incompletos
-  Porcentaje mínimo de inconsistencia de data

Gráfico N. 53: Diagnóstico de Transferencia de Información del “Indicador de Reembolso” con “Estatus de riesgo de data”

Diagrama Pareto - Indicador de Reembolso

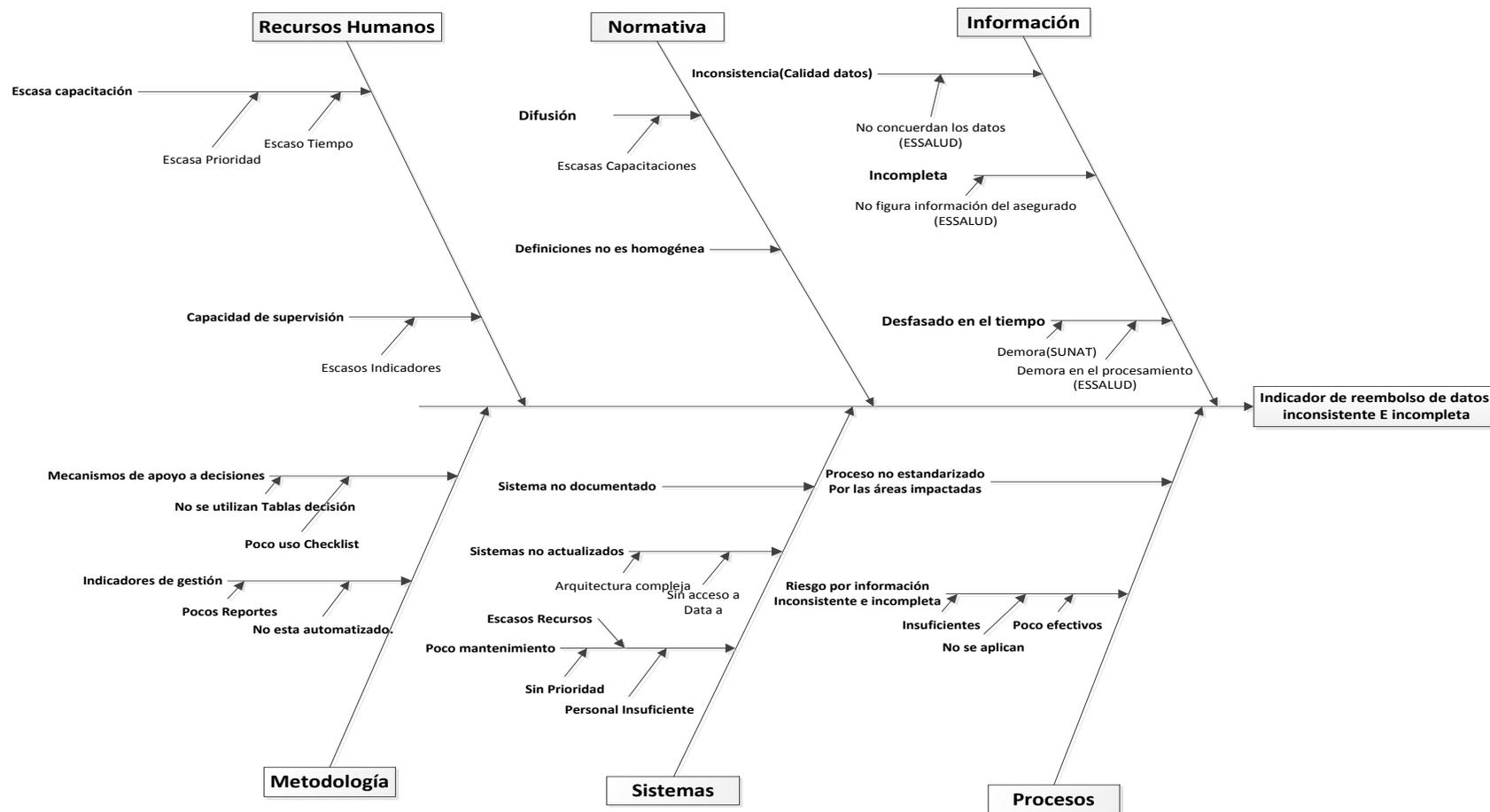


Hallazgo:

Se identifica un alto porcentaje de datos inconsistentes en el “Indicador 3” correspondiente a la no presentación de declaraciones en rango 6 (6 meses anteriores a la prestación) y que por consiguiente no registra información.

Diagrama Causa - Efecto: Indicador de reembolso de datos inconsistentes e incompletos

Gráfico N. 54: Indicador de Reembolso de datos inconsistente e incompletos



Fuente Propia

Descripción del diagrama:

Mediante el análisis de data, realizado al proceso de control y monitoreo del Indicador de Reembolso, se ha identificado el riesgo de data inconsistente e incompleta. Por lo que es muy importante identificar causas principales y secundarias que puedan llevar a tomar decisiones que permitan minimizar este riesgo. Entre las principales causas están:

1. Recursos Humanos:
 - Escasa capacitación
 - Calidad de supervisión
2. Normativa:
 - Difusión
 - Definiciones no homogéneas
3. Información:
 - Inconsistencia (calidad de datos)
 - Incompleta
 - Desfasado en el tiempo
4. Metodología:
 - Mecanismos de apoyo a decisiones
 - Indicadores de desempeño
5. Sistemas:
 - Sistemas no documentados
 - Sistemas no actualizados
 - Poco mantenimiento
6. Procesos:
 - Procesos no estandarizados por las áreas impactadas
 - Riesgo por información inconsistente e incompleta

Recomendaciones:

- 1.-Estructurar un marco normativo para que el procedimiento de la obtención del indicador de reembolso se encuentre estandarizado en todas las áreas impactadas (prestaciones económicas, cobranza, plataforma de aseguramiento, OCTIC, Administración de datos, control de recaudación y fiscalización).
- 2.-Ejecutar un proyecto de mejora continua del proceso automatizado de validación del indicador de reembolso, generando un nuevo modelo de gestión de evaluación y detección de empleadores con morosidad, el cual implementará nuevas condiciones lógicas.
- 3.-Asignar a una sola área, la responsabilidad de gestionar con SUNAT la inconsistencia e información incompleta de data por el indicador de reembolso.
- 4.-Delimitar en el flujo de transferencia de información por Indicador de Reembolso en ESSALUD la responsabilidad de brindar la conformidad de publicación al Área de Controlde Recaudación y fiscalización.

7.2. Las funciones de aseguramiento asignadas a SUNAT:

Luego de realizar el análisis de los procesos que se llevan a cabo en la institución, referentes al proceso de transferencia de información, se considera clave para afrontar la problemática existente en la institución, la implementación de las siguientes medidas:

Formación de un Comité Interinstitucional y multidisciplinario.

Este comité permitirá tomar decisiones a fin de mejorar la problemática referente a:

- Reglas de homologación
- Calidad de datos
- Validación de derechohabientes
- Información referente a la baja de asegurados (titulares)
- Información que permita realizar el cuadro contable a nivel de detalle
- Información de detalle que permita construir la cuenta corriente del trabajador y del empleador
- Información de detalle que permita construir el indicador de reembolso que refleje la posición real de la empresa.

Mejora en la coordinación interinstitucional ESSALUD-SUNAT

Conforme se hace hincapié en la primera parte de la presente consultoría, uno de los temas generales a considerar para la implementación de mejoras en los procesos de transferencia de información desde SUNAT a ESSALUD, es la conformación de un comité interinstitucional como foro que incluya en su agenda proyectos de mejora en los procesos de generación y transferencia de información.

Esta recomendación para la formación de un comité interinstitucional, fue sugerida en reunión con SUNAT a inicios del mes de octubre y según se ha podido evidenciar, se encuentra a nivel de propuesta promovida por SUNAT, dicha institución a fines del mes de octubre ha presentado como iniciativa el Proyecto de Integración de Procesos SUNAT-ESSALUD.

El objetivo principal de este proyecto ha sido declarado de la siguiente manera: Mejorar el servicio brindado al ESSALUD disminuyendo el tiempo de transferencia e integrando la información entre ambas entidades, estableciendo el procedimiento de atención de observaciones, así como implementando medidas de facilitación que contribuyan con el cumplimiento de las obligaciones vinculadas a la seguridad social.

De acuerdo a la declaración de inicio de esta iniciativa, los objetivos específicos que se estima cubrir son los siguientes:

Objetivos específicos del proyecto

OE1: Establecer mejoras en los procesos vinculados al Registro, Cuenta Corriente y Acreditación de acuerdo a lo coordinado con ESSALUD. Así como implementar los nuevos criterios de Acreditación que el ESSALUD defina.
--

OE2: Mejorar la oportunidad de la transferencia de información a través del NETI así como incorporar información complementaria para las funciones que cumple el ESSALUD.
OE3: Implementar el registro en línea del Empleador, Trabajador del Hogar y sus derechohabientes.
OE4: Implementar una consulta web para el control difundido por parte de los asegurados.
OE5: Disponer de un procedimiento de Gestión Integrado de atención de observaciones.
OE6: Adecuaciones en la Planilla Electrónica por cambios normativos.

Luego de realizar el análisis de los procesos de transferencia de información se ha identificado que, algunas de las recomendaciones de mejora se ajustan a los objetivos específicos y generales del Proyecto de Integración de Procesos SUNAT-ESSALUD.

En tal sentido, se ha elaborado un paralelo de objetivos y recomendaciones que se presentan a continuación.

Objetivo específico	Entregable	Beneficio	Recomendación
OE1: Establecer mejoras en los procesos	Mejora de procesos actuales.	<ul style="list-style-type: none"> - Se evaluarán y atenderán las observaciones que reporta ESSALUD. Se considerará las observaciones de la GDC. - Mejora en el servicio de atención – ESSALUD - Optimizar procesos informáticos. 	-Incluir mejoras para lograr la transmisión del detalle de información de pagos efectuados por empleadores, así como información relacionada a los fraccionamientos, detracciones entre otros.
	Implementar nuevas reglas de acreditación	<ul style="list-style-type: none"> - Disponer de una acreditación en base al T-REGISTRO (según lo referido por ESSALUD). - Mejora oportunidad acreditación. - Disminución de acreditación contingente en ESSALUD. - Se minimiza quejas por no acreditación. - Mejora en el servicio de atención – ESSALUD 	<ul style="list-style-type: none"> -Incluir mejoras en proceso de ingreso de derecho habientes en T-REGISTRO que incluya validación en línea con la base de datos RENIEC - Evaluar proceso de renovación mensual

			de acreditación para que se realice de manera automática pero considerando un modelo de predicción estadística (simulación Montecarlo)
OE2: Transferencia de información NETI	NETI Etapa I	<ul style="list-style-type: none"> - Aprobación institucional del Documento de Transferencia (SUNAT- ESSALUD) - Implementación por módulos (RUC, DDJJ y Pagos, Registro, Cuenta Individual y Acreditación) - Mejora de la oportunidad y calidad de la información. - Mejora en el servicio de atención – ESSALUD. 	<p>-Incluir iniciativa de evaluación y análisis para proponer mejoras en los procesos de sistemas con la finalidad de lograr mejoras en tiempo de procesamiento.</p> <p>-Incluir iniciativa de proceso de homologación conjunto ESSALUD-SUNAT (proceso piloto con intervención de ambas instituciones)</p>
	NETI Etapa II	<ul style="list-style-type: none"> - Se atenderá las necesidades complementarias de información de ESSALUD. 	
OE3: Registro virtual del Empleador, Trabajador del Hogar y sus Derechohabientes.	Registro Virtual de TH (Incluye Alta, Modificación y Baja)	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitación para el Registro. - Atención preferente para Activación del empleador y entrega de la Clave SOL. - Virtualización de los trámites. - Se facilitará la carga de derechohabientes para ESSALUD. Se minimizan quejas. - Disminución de acreditación y/o registro contingente en ESSALUD. - Mejora en el servicio de atención – ESSALUD 	
	Módulo para actualización de	<ul style="list-style-type: none"> - Actualmente no existe procedimiento (se da Baja y Alta afectando la acreditación) 	

	documentos de identidad del TH.		
OE4: Consulta web para el control difundido por parte de los asegurados.	Evaluación del mecanismo de autenticación para los asegurados	- Salvaguardar la información de los asegurados.	
	Consulta web de periodos de aportación.	- Herramienta para que el asegurado verifique que fue declarado. - Coadyuvará a la mejora del cumplimiento.	
OE5: Procedimiento de Gestión Integrado de atención de observaciones	Definir el procedimiento para la atención de observaciones.	- Mejora en el servicio de atención - ESSALUD. - Gestionar las observaciones para la mejora del servicio a ESSALUD. - Mejora de procesos informáticos.	-Diseñar proceso de cuadro contable conjunto ESSALUD-SUNAT(proceso integrado con participación de ambas instituciones)
	Adecuar la consulta de información del asegurado.	- Contar con información complementaria para evaluar las observaciones.	
OE6: Adecuación de la Planilla Electrónica por cambios normativos	Ajustes por modificación en norma del Trabajador Independiente – Afiliado Obligatorio (TIO)	- Alinear el PDT PLAME a la normatividad vigente. - Se minimiza quejas por información desactualizada en el PDT PLAME.	
	Ajustes por la inclusión del Régimen Especial de Pensiones del	- Alinear el T-REGISTRO y PDT PLAME a la normatividad vigente.	

	Trabajador Pescador (REP) - Ley 30003.		
	Ajustes por la inclusión de Sistema de Pensiones Sociales (SPS). Proyecto de la Ley de Presupuesto 2014.	- Alinear el T-REGISTRO y PDT PLAME a la normatividad vigente.	
	Ajustes por Nueva Información requerida por el Estado	- Alinear el T-REGISTRO y PDT PLAME a la normatividad vigente.	

Finalmente, cabe señalar que cada una de estas iniciativas recomendadas podrían estar incluidas dentro de la cartera de iniciativas interinstitucionales que se manejen en el comité y se constituyan equipos de trabajo mixtos siguiendo metodología de gestión de proyectos cuyo cronograma de ejecución sea reportado periódicamente al comité.

Formación de un equipo de especialistas que pueda monitorear el proyecto NETI

En el interior de la institución o mediante contratación de nuevo personal, debe asignarse a un conjunto de especialistas que reporte al Comité Interinstitucional. Entre los temas a tratar están:

- Integridad referencial
- Reducción de desfase de tiempo para la acreditación
- Validación en línea de la información
- Adecuaciones de sistemas existentes
- Adecuaciones de bases de datos
- Implementación de mejoras en hardware

Documentación de procesos y actividades

Se recomienda, toda vez que es crítico, el inicio del proceso de documentación cuyo objetivo es el de establecer el status y la acotación de los requerimientos técnicos detallados, los mismos que deben incluir las relaciones con sistemas, procesos y personas.

Con esta finalidad, se suministrará una secuencia para definir en forma precisa los requerimientos del negocio con lineamientos que permitan generar el documento de relevamiento de la información, partiendo del análisis de la documentación entregada por los usuarios.

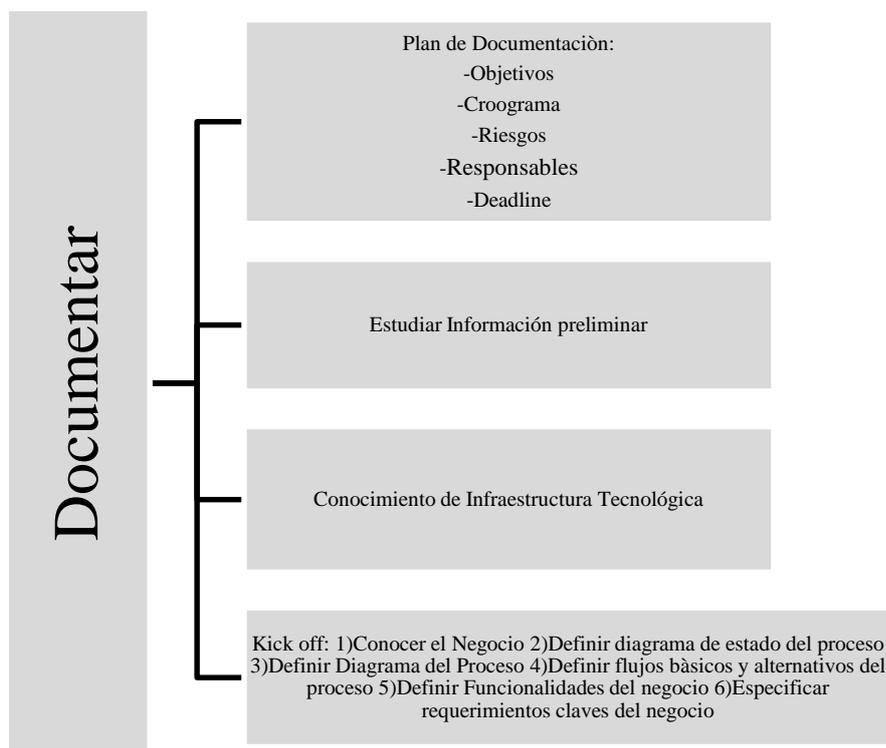
Premisas a considerar:

- El proceso debe estar definido nítidamente
- Los participantes deben estar plenamente identificados
- El conocimiento debe ser compartido

Objetivos:

- Conocer y entender al detalle el negocio del usuario y sobre todo las expectativas relacionadas con el entendimiento final.
- Obtener una definición consistente y clara de las especificaciones correctas que definen el comportamiento del proceso.
- Validar con el usuario final, la definición de los requerimientos la misma que debe tener correspondencia con lo que se espera.
- Entender cómo se interrelaciona el proceso evaluado con el macroproceso, a fin de tener una visión panorámica o ampliada.

Gráfico N. 55: Proceso de documentación



Fuente Propia

Según el modelo, cuyo objetivo es documentar, se inicia con la formulación de un plan de documentación claramente definido. Posteriormente, se pasa a revisar y analizar la información existente en cada proceso; seguidamente se debe explorar acerca de la plataforma tecnológica que debe sostener el proceso y tener una visión integral del mismo. Finalmente, se inicia el proceso con pasos secuencialmente definidos.

Implementación de una cuenta corriente para empleadores y trabajadores

La Cuenta Corriente en ESSALUD está referida a los ingresos y gastos del trabajador y los pagos que debe realizar la entidad empleadora. Por ello, la cuenta corriente se divide en dos: (i) Cuenta Corriente del Empleador y (ii) Cuenta Corriente del Trabajador.

El manejo de las cuentas corrientes mencionadas se hace importante para ESSALUD por que permitiría a esta institución ordenar la información necesaria para poder determinar por un lado si una empresa tiene deudas o pendientes de pago y por el otro cual es el nivel de utilización de las prestaciones por parte de un trabajador.

Actualmente, en ESSALUD no se ha podido evidenciar la existencia de las cuentas corrientes con las características mencionadas, debido a que la información con que cuenta la institución, y que pone a disposición SUNAT, no le es suficiente para construirlos. La problemática que se presenta aquí es que esta información no es completa y oportuna, por lo que se convierte en no confiable para este uso.

La Cuenta Corriente del Empleador tiene importancia porque permitiría hacer seguimiento de los aportes de las entidades empleadoras y con ello determinar si tienen pendientes de pago o no. Esta información es de suma importancia porque serviría para: la coordinación con SUNAT sobre el cobro de entidades empleadoras con deuda tributaria (por no pago de

tributos) y la construcción del Indicador de Reembolso para determinar a las entidades empleadoras con condición de reembolso (realización de cobranza no tributaria por la atención de sus trabajadores).

La Cuenta Corriente del Trabajador es importante porque permitiría conocer el nivel de gastos incurridos por la institución en las prestaciones otorgadas a cada trabajador y cuanto aporta para ello. Esto permitirá establecer el nivel de siniestralidad de grupos de trabajadores según segmentación como sexo, edad, etc. Esta información se puede utilizar para realizar estudios estadísticos y obtener proyecciones y programas de acción.

Actualmente, la información del que disponen es incompleta a nivel de entidades empleadoras: no tienen los aportes completos a través de aplicación de detracciones, fraccionamientos, aplicación de saldos a favor; además, la información tiene un desfase aproximado de dos meses. Sólo se tiene la información disponible de las contribuciones que se efectúan cuando la realizan vía bancos y la información correspondiente a la declaración que se realiza vía PDT PLAME. Es por esto que el Indicador de Reembolso no es confiable al 100%.

En cuanto a la información correspondiente a los trabajadores, no se dispone de los aportes a nivel individual real por lo que no pueden construir indicadores y estudios con mayores detalles.

Diseño de la adecuación de software existente en ESSALUD que permita la implementación del Proyecto NETI

En la actualidad, como ha sido descrito en el informe de diagnóstico, SUNAT pone a disposición de ESSALUD un conjunto de archivos planos los cuales son cargados a las bases de datos con que cuenta la institución. El proyecto NETI busca reemplazar este esquema de transferencia por uno más eficiente que ponga a disposición de ESSALUD la información de manera rápida segura y eficaz, propone además un nuevo esquema de base de datos con integridad referencial lo cual conlleva la necesidad de realizar un proceso de migración masiva de data histórica lo cual es una ardua y delicada tarea que debe contar con la mayor prioridad.

De acuerdo a lo descrito se pueden separar en 3 grandes grupos al conjunto de modificaciones, adecuaciones y funcionalidades nuevas a implementarse antes de la puesta en funcionamiento del nuevo esquema de transferencia de información (NETI):

1. Implementaciones en bases de datos:

Debido a que se está planteando un nuevo esquema de base de datos debe realizarse un análisis comparativo entre este y el esquema anterior para lo cual es muy importante contar con ambas bases de datos completamente documentadas, con esquema grafico de base de datos en un estándar reconocido como IDEF1X, diccionario de datos y documentación de procedimientos almacenados, esto con el fin de evaluar el impacto en la data con que se cuenta y los sistemas de información.

A. Proceso de migración de data

Luego de realizar el análisis comparativo entre esquemas teniendo en cuenta la diferencia entre campos, tablas y procedimientos almacenados, es necesario diseñar

un proceso de migración al nuevo esquema para lo cual debe tenerse identificadas a las tablas padre e hijas y herencias, estableciendo un orden de carga y utilizando tablas auxiliares o intermedias de ser el caso. Este proceso debe realizarse luego de completar un proceso de depuración de data teniendo en cuenta además los acuerdos en integración de bases de datos que se pueda llegar de manera conjunta con SUNAT.

Las implementaciones descritas pueden ser realizadas por un tercero bajo supervisión del personal técnico de ESSALUD contando con un TDR que especifique esto, como por personal de la institución, aunque se ha observado en el transcurso de la consultoría que este se encuentra inmerso en la ejecución de tareas diarias que no les permiten tener mucho tiempo para dedicarle al proyecto.

2. Implementaciones en sistemas de información

Al contar con un análisis de las bases de datos resulta mucho más sencillo realizar las estimaciones pertinentes para adecuar los sistemas existentes al proyecto NETI. Los sistemas principales a ser impactados son los siguientes:

- Acredita
- SIA
- SAS
- Otros sistemas que consultan información de las bases de datos (BD SUNAT, BD SIA, BD Pagos).

Debido a que los sistemas mencionados extraen la data de las bases de datos transaccionales es necesario evaluar el impacto de los cambios planteados en NETI en cada uno de ellos, para lo cual resulta de suma importancia:

A. Documentación de sistemas

Es necesario contar con documentación técnica de cada uno de los módulos desplegados, entre los documentos principales, están:

- Diagramas de arquitectura: Utilizados para tener una idea de cómo se encuentran diseñados los módulos de los sistemas y cómo interactúan entre sí.
- Diagramas de caso de uso: Utilizados para evidenciar la existencia de una secuencia de interacciones y eventos que los actores identificados inician sobre el sistema.
- Diagramas de secuencia: Muestra la interacción de un conjunto de objetos en un sistema a través del tiempo.
- Diagramas de bases de datos: Muestra la relación entre las tablas que conforman la o las bases de datos que son consultadas por el sistema de información.
- Documentación de bases de datos: Adicionalmente al diagrama de base de datos es necesario contar con un diccionario de datos detallándose los campos con que cuenta cada una de las tablas así como los procedimientos almacenados que son utilizados, funciones, trabajos programados y cualquier otro elemento con que cuenten las bases de datos.

- Manuales de usuario: Nos brindan información a nivel de usuario de las funcionalidades desplegadas.

La documentación descrita es mínima, es decir constituye un subconjunto de las herramientas que se dispone en el Lenguaje de modelamiento unificado (UML) que es ampliamente utilizado en la industria del desarrollo de software. De no contar con algunos de los documentos descritos debe realizarse la documentación de los procesos y módulos principales dejando para una etapa posterior la documentación completa.

B. Código fuente de aplicaciones:

En la documentación de los sistemas debe encontrarse especificado el lenguaje de programación utilizado, así como la descripción de los estándares de nombres de variables, nombres de tablas y todos los estándares, abreviaturas, o herramientas de diferenciación de códigos utilizadas al momento de realizar la programación de los sistemas. Es necesario además identificar a las personas que aún permanecen en la institución y que han participado en la elaboración de los módulos, con el fin de contar con personal que conozca su operativa y procesos. Estas personas deben ser necesariamente incluidas en los equipos a formarse para la adecuación de los sistemas.

3. Implementación de mejoras en Hardware y software

Debido a que el nuevo esquema de transferencia de información plantea la instalación de un servidor de propiedad de SUNAT en las instalaciones de ESSALUD, se ha evaluado la necesidad de contar con un servidor que sea una réplica adicional, pero que ESSALUD pueda administrarlo estableciendo históricos e indicadores de calidad de data, los cuales son una herramienta muy útil para realizar la revisión de la evolución de la data durante el tiempo y permite generar reportes que pueden ser derivados al comité interinstitucional.

En ese sentido se ha iniciado el proceso de compra de este servidor réplica y se ha establecido un cronograma para la progresiva puesta en funcionamiento del hardware necesario.

Las adecuaciones necesarias tanto en bases de datos como en los sistemas de información con que cuenta la institución, pueden ser realizadas por personal de la institución o por un tercero mediante una convocatoria pública, pero se debe realizar el seguimiento de los entregables del proyecto bajo el marco proporcionado por el PMBOK en su guía para la dirección de proyectos. Definiéndose a los stakeholders, recursos necesarios, director del proyecto, sponsors, etc. con el fin de que las tareas necesarias para la implementación del NETI en la institución no queden diluidas en la operatividad diaria. Al ser un proyecto con fecha de inicio y fin, así como con un entregable debe encontrarse priorizado en la cartera de proyectos que es manejada en primer lugar por las gerencias asignadas dentro de ESSALUD, las cuales deben encontrarse en coordinaciones frecuentes con el comité interinstitucional.

8. Alcances y Limitaciones en el desarrollo de la Consultoría

Dentro de los alcances y las limitaciones que se presentaron durante el desarrollo de la presente consultoría se han identificado los siguientes:

- **Estimación del impacto en el área de prestaciones económicas**

Se obtuvo el apoyo del personal del área para el relevamiento y el mapeo de procesos operativos internos.

Para realizar la estimación del impacto de la transferencia de información en el área de prestaciones económicas se solicitó datos del presupuesto y personal de la unidad con el fin de determinar una estimación del costo incurrido por la institución al tener que realizar un trámite operativo y no automatizado para otorgar una prestación económica. Este trámite debería otorgarse de manera inmediata basada en consultas automatizadas a la información puesta a disposición por SUNAT y alojada en bases de datos.

Se recibió información de los actuales tiempos de atención, correspondientes al tiempo operativo de duración de la tramitación de las prestaciones económicas. Esta información no contaba con diccionario de datos; sin embargo, se ha realizado una interpretación de la información realizando un análisis estadístico que se incluye en el presente informe.

La estimación del impacto en el área de prestaciones económicas se ajusta a los términos de referencia en relación a la Mejora de Procesos de Gestión de la Información ya que la medición del impacto sirve de base para el planteamiento de cambios que mejoren el desempeño de los procesos.

- **Estimación del impacto en la subgerencia de control de recaudación y fiscalización**

No se brindó data de registros reportados a SUNAT como casuística. Se argumentó confidencialidad. Esta información hubiese permitido analizar la casuística identificada por el área experta.

La estimación del impacto en la subgerencia de control de recaudación y fiscalización se ajusta a los términos de referencia en relación a la Mejora de Procesos de Gestión de la Información debido a que la medición del impacto sirve de base para el planteamiento de cambios que mejoren el desempeño de los procesos.

- **Detalle del proceso informático de homologación**

Se evidenció la no existencia de documentación formal y aprobada, en el que se liste las reglas aplicadas en la homologación de data puesta a disposición por SUNAT. Las reglas se encuentran en el código computacional pero no se contó con acceso a él.

Esta documentación hubiera permitido contrastar dichas reglas de homologación con las aplicadas por SUNAT en sus procesos de recopilación y procesamiento de datos de contribuyentes y asegurados.

El detalle de esta información es el insumo principal para determinar el procesamiento, la validación y la disposición de la información (en ESSALUD) solicitado en los términos de referencia, al no contar con esta documentación se ha observado la casuística de errores en la información recibida y tiempos de acreditación en función a una muestra de asegurados; sin embargo, el contar con las

reglas que actualmente se ejecutan en los sistemas hubiese permitido realizar el contraste y unificación de criterios con SUNAT.

- **Detalle del proceso informático de generación del Indicador de Reembolso**

No se proporcionó detalle de la operatividad del software elaborado (Documentación de Software o código fuente) por el área de finanzas para la generación del Indicador de Reembolso interno (IR ESSALUD).

Esta información hubiera permitido mapear el proceso de cálculo y generación del Indicador de Reembolso interno.

El detalle de esta información es el insumo principal para determinar el Procesamiento de la información (en ESSALUD) solicitado en los términos de referencia, al no contar con esta documentación se ha observado la casuística de errores en la información recibida en función a una muestra de indicadores de reembolso, sin embargo el contar con las reglas que actualmente se ejecutan en los sistemas hubiesen permitido realizar el contraste y unificación de criterios con SUNAT.

- **Detalle del proceso informático de conciliación de pago**

No se obtuvo detalles y/o registros sobre el proceso. Se solicitó información y data sobre el proceso de conciliación de pago, con el objetivo de establecer indicadores de control y de calidad.

El detalle de esta información es el insumo principal para determinar la validación y disposición de la información (en ESSALUD) solicitado en los términos de referencia, al no contar con esta documentación, se ha observado la casuística de importes no conciliados en la información de fondos recibidos; sin embargo, el contar con las reglas que actualmente se ejecutan en los sistemas hubiesen permitido plantear un proceso optimizado de conciliación de fondos.

- **Formación de comité interinstitucional**

Se ha conformado un comité SUNAT- ESSALUD para coordinar trabajos y actividades de despliegue del proyecto NETI. Sin embargo, este comité tiene una agenda específica para este proyecto y no constituye un foro de solución de discrepancias sobre calidad y oportunidad de la información puesta a disposición por SUNAT.

La participación como observadores del equipo consultor en el comité técnico hubiese permitido realizar un planteamiento más detallado de la Propuesta de Mejora del Proceso de Transferencia de Información y de la función de aseguramiento asignada a SUNAT.

Con esta limitación se ha realizado una propuesta de organización y conformación del comité de acuerdo a la experiencia previa de los consultores en otros sectores económicos.

- **Procesos de carga y arquitectura de aplicaciones que usan información transferida por SUNAT**

No se obtuvo la documentación de los sistemas que utilizan la información puesta a disposición por SUNAT. No se brindaron manuales de usuario ni documentación técnica.

Esto hubiese permitido mapear la transferencia interna de información en ESSALUD y poder determinar la necesidad no cubierta de información que soporte los procesos operativos internos.

En tal sentido, según los términos de referencia, la identificación de la brecha de información a nivel de campos faltantes en la base de datos puesta a disposición por SUNAT, se ha realizado de manera agregada según la casuística enviada por las áreas involucradas. El contar con el detalle documentado de las aplicaciones hubiese permitido contar con un inventario mas detallado de necesidades de información.

- **Propuesta de mejora en tiempo de procesamiento y transferencia de información de SUNAT a ESSALUD**

Es necesario realizar un análisis por volúmenes de data para determinar el tiempo de cada fase del proceso, para ello es necesario:

- Contar con acceso a la BD de producción o un espejo.
- Contar con asesoría de un analista de ESSALUD que conozca su estructura.

La explotación y el análisis de esta información constituyen un proyecto en sí, debido al esfuerzo que se estima para el procesamiento de grandes volúmenes de información.

En tal sentido, según los términos de referencia de la mejora de los procesos de gestión de la información de aseguramiento de ESSALUD, se evidenciaría en un indicador estadístico de tiempos de atención actuales, que refuerce las propuestas de reducción de tiempos como oportunidad clave para la mejora percibida por el asegurado, referidas al desempeño del proceso.

- **Mejoras operacionales en las áreas impactadas por la transferencia de información**

Se plantean mejoras en la operatividad de algunas áreas contemplando el flujo actual de la información. Debido a que este flujo puede cambiar de manera drástica ante la puesta en funcionamiento del esquema NETI, las mejoras podrían perder efectividad.

Si bien no se incluye en los términos de referencia propuestas de mejora operativa para las áreas impactadas por la transferencia de la información, el equipo consultor ha realizado presentaciones con propuestas de mejora que han sido bien acogidas por la Subgerencia de Normalización y Control y la Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización.

- **Comunicación y cultura organizacional**

Se ha evidenciado la formación de grupos funcionales aislados en algunas áreas, al interior de la organización, que administran información la cual no es compartida ni comunicada dentro de la institución.

Así mismo, se ha evidenciado que hay solicitudes de información cuya respuesta genera entrapamiento en su gestión para su disponibilidad.

Además, los planteamientos dentro de la institución, para la solución de la problemática en el proceso de transferencia de la información, se enfocan solamente al nivel operativo.

Al realizar entrevistas con diversas áreas se pudo advertir la dificultad para obtener información sobre la performance de los procesos operativos, lo cual no permite la fácil gestión por procesos e indicadores en las diversas áreas.

El acceso a la información requiere de tramitarla en diversas instancias de la institución, lo cual impide la gestión ágil de un proyecto de carácter transversal.

En relación a los términos de referencia como propuesta de mejora para la implementación del proyecto NETI, el contar con documentación técnica disponible de las aplicaciones hubiese permitido determinar la información faltante e involucrar a las unidades usuarias de la información.

Es importante resaltar también, que la implementación del proyecto NETI debido a su envergadura debe estar acompañado por un proyecto de gestión del cambio el cual permitiría un mayor involucramiento y aceptación de los cambios que esta iniciativa debe implementar.

- **Detalle de proceso de generación de información en SUNAT**

Una limitación para el análisis en detalle del proceso de generación de información en SUNAT, ha sido la canalización de reuniones de trabajo a través de ESSALUD. Bajo este contexto la frecuencia necesaria para relevar detalles de procesos no fue la ideal.

El contar con mayor detalle de los procesos internos, hubiese permitido poder ahondar en las propuestas de mejora con miras a reducir el tiempo de procesamiento que es el objetivo principal de cara al asegurado.

- **Acceso a reuniones con niveles gerenciales**

Una limitante en la realización de la presente consultoría ha sido el no contar con reuniones a nivel gerencial después de la presentación del diagnóstico. Desde esa presentación no se ha podido tener el contacto esperado que permitiese afinar el alcance de la consultoría.

En tal sentido, y en relación a los términos de referencia de la consultoría, no se pudo contar con las sugerencias y observaciones puntuales planteadas de manera oficial por parte de la institución y dentro de los plazos de la consultoría, por este motivo se tuvo que concretar en un acta de alcances luego de casi tres meses posteriores a la presentación del informe parcial, los entregables a presentar sujetos a la disponibilidad de información.

- **Acceso a procesos e información manejada por OCTIC**

Una gran limitante en el desarrollo de la presente consultoría fue el acceso a la información y a los procesos operativos que se manejan en la Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones (OCTIC). No se ha tenido un acceso total a la información y a los procesos informáticos por la falta de disponibilidad del personal para la atención de los requerimientos y por la falta de información solicitada en su momento.

En tal sentido, las propuestas de mejora y diagnóstico se han realizado basándose en la casuística recopilada en reuniones con las áreas impactadas por la transferencia de información; sin embargo, el contar con documentación y el involucramiento de la gerencia de OCTIC en las reuniones de diagnóstico hubiesen permitido no solo contar con la perspectiva a nivel operativo del funcionamiento del área responsable del procesamiento de información.

- **Receptividad para propuestas de mejora**

Se pudo observar que la receptividad para las propuestas de mejora contaba con una pre-concepción de cuáles deberían ser las soluciones por parte de ESSALUD. En este sentido, debido a que el alcance de la consultoría se circunscribe al planteamiento de propuestas de mejora basadas en la información recogida por el equipo consultor y en la experiencia de sus integrantes gestionando procesos en diversos sectores económicos del ámbito privado y gubernamental, se considera que la aceptación e incorporación de las propuestas de cambio corresponde a todo un proceso de gestión del cambio que se encuentra fuera del alcance de esta consultoría.

En este sentido, debido a que el alcance de la consultoría se circunscribe al planteamiento de propuestas de mejora basadas en la información recogida por el equipo consultor y en la experiencia de sus integrantes gestionando procesos en diversos sectores económicos del ámbito privado y gubernamental, se considera que la aceptación e incorporación de las propuestas de cambio corresponde a todo un proceso de gestión del cambio que se encuentra fuera del alcance de esta consultoría.

9. Conclusiones y Recomendaciones

El presente capítulo presentará la consolidación de la lista de hallazgos y recomendaciones de acuerdo al relevamiento y análisis de la información obtenida, así como de las entrevistas realizadas a los funcionarios y personal de ESSALUD en la etapa de diagnóstico.

9.1. Principales hallazgos y conclusiones por cada proceso analizado

Nro.	<i>Detalle del proceso de carga de archivos planos</i>
	Hallazgos
1	Para la carga de archivos planos se ha establecido un cronograma, el cual muchas veces no puede ser cumplido porque: (i) los archivos puestos a disposición en el servidor FTP no están completos (se detectan los archivos incompletos basándose en un rango del número de registros que cada archivo históricamente siempre contiene), (ii) porque el operario se encuentra muy atareado y con poca disposición de tiempo, o (iii) por circunstancias especiales.
2	Al tratarse de archivos planos, estos pueden contener errores de sintaxis en sentencias de base de datos o también pueden contener un encabezado erróneo al declararse como una actualización cuando aún no se ha realizado la inserción del registro correspondiente. Esto genera inconsistencia de data dado que el esquema de tablas con que ha sido construido no cuenta con integridad referencial, por lo que, por ejemplo, puede permitir que existan trabajadores sin una empresa registrada en la tabla respectiva.
	Conclusiones:
	El nuevo esquema de transferencia de información (NETI) es un mecanismo que mejora sustancialmente el proceso de transferencia dejando de lado la carga de archivos planos. Es necesario adecuar las bases de datos y los sistemas existentes para su puesta en operación.

Nro.	Recepción, validación estructural y calidad de la información en ESSALUD
	Hallazgos
1	El diseño de base de datos que actualmente se viene utilizando es no estructurado, de la forma: Tabla-Archivo. Es decir, se cuenta con un conjunto de tablas cuyas columnas son reflejo de la estructura de columnas que tiene el archivo respectivo que va a ser cargado en ella. Por lo que, el modelo está mayormente conformado por tablas sueltas que no tienen relación entre sí, esto genera que no exista integridad referencial, es decir, es posible insertar datos en la tabla de empleados sin ingresar el registro respectivo en una tabla de empresas, por ejemplo si se utiliza el sistema Acredita buscando un empleado, se puede encontrar el registro pero no se muestra el empleador dado que no ha sido registrado oportunamente, lo que refleja inconsistencia de datos.
2	Se ha diseñado el proceso de homologación de data, que aplica un conjunto de validaciones y reglas de negocio a los registros que son enviados por SUNAT para evitar que se registre o dar de baja empleados cuyo estatus no ha sido validado según las reglas de aseguramiento en ESSALUD. El proceso diseñado puede generar inconsistencia de datos dado que los sistemas Acredita y SIA pueden mostrar detalles diferentes para una misma persona.
3	Un problema adicional es el desfase, en tiempo, existente entre el registro de empleados por parte del empleador en SUNAT mediante T-REGISTRO y PLAME y el envío de información a ESSALUD, lo cual genera reprocesamientos y validaciones

Nro.	Recepción, validación estructural y calidad de la información en ESSALUD
	Hallazgos
	adicionales.
4	SUNAT, como lo se menciona anteriormente, ha implementado las aplicaciones PLAME y T-REGISTRO, las cuales realizan las validaciones necesarias para no permitir el registro de empleados con datos que no sean correctos pues ellos son validados con los registros de RENIEC. Por lo que, es posible inferir que la data enviada a ESSALUD no debe contener errores de ese tipo; sin embargo, debido a que muchas veces se produce un retraso de meses para que la información se encuentre disponible en ESSALUD, es necesario reprocesarla ya que, por ejemplo, el asegurado puede haber cambiado el estado civil o haber fallecido. Este retraso también origina que sea necesario contar con un mecanismo alternativo de acreditaciones (acreditación complementaria) debido a que los asegurados al solicitar la atención médica muchas veces constatan que no están acreditados y por lo tanto tienen problemas para recibir la prestación.
	Conclusiones:
	Las reglas aplicadas en el proceso de homologación no se encuentran listadas en un documento formal con registro de versiones. No se cuenta con un mecanismo entre ambas instituciones para la solución de controversias en cuanto a la calidad y oportunidad de información.

Nro.	Afiliación de asegurados y derechohabientes
	Hallazgos
1	No todas las altas llegan a ESSALUD en forma oportuna, lo cual incide en la afiliación del asegurado y sus derechohabientes.
2	Existen inconsistencias en la información que SUNAT pone a disposición para ESSALUD: duplicados de DNI, empleadores no activos que siguen declarando entre otros.
	Conclusiones:
	No se cuenta con indicadores de calidad de data que se encuentren difundidos y se utilicen para su constante monitoreo.

Nro.	Acreditación de asegurados y derechohabientes
	Hallazgo
1	No todas las declaraciones realizadas por los empleadores llegan a ESSALUD en forma oportuna, lo cual incidirá en el proceso de acreditación del asegurado y sus derechohabientes (desfase cercano a los dos meses).
2	Existen inconsistencias en la información que SUNAT pone a disposición para ESSALUD: duplicados de DNI, empleadores no activos que siguen declarando entre otros.
	Conclusiones:
	No se cuenta con indicadores de calidad de data que se encuentren difundidos y se utilicen para su constante monitoreo. No se cuenta con un mecanismo formal de solución de controversias entre ambas instituciones.

Nro.	Acreditación complementaria de asegurados y derechohabientes
	Hallazgos
1	El proceso de acreditación complementaria conlleva un riesgo de acreditación irregular debido a los procesos manuales para ingresar la acreditación en los sistemas de ESSALUD.

Nro.	Acreditación complementaria de asegurados y derechohabientes
2	El seguimiento de los casos con indicios de acreditación irregular no se encuentra centralizado.
	Conclusiones:
	El proceso de acreditación complementaria se inicia con problemas en la acreditación regular que es un proceso automatizado. No se cuenta con un sistema de información que contemple todas las fases con que cuenta el proceso de acreditación complementaria.

Nro.	Servicio al cliente y centros de atención
	Hallazgos
1	Se observó que existe una oportunidad de mejora en lo que concierne al trato al cliente. El cual puede ser mejorado mediante la implementación de un análisis programado de perfiles y talleres de desarrollo de habilidades en el servicio al cliente.
2	Producto del desfase en tiempo de la información que SUNAT pone a disposición para ser consultada en los sistemas de ESSALUD, se tiene que realizar la acreditación complementaria cuyo riesgo operacional es mitigado por los controles de calidad y auditorías que la institución realiza
	Conclusiones:
	El servicio al cliente debe ser mejorado de manera sustancial con la finalidad de que la percepción que los asegurados tienen de la institución, no sea negativa. Resultan necesarios planes de capacitación en mejora de atención y liderazgo.
Nro.	Trámite de baja de asegurados
	Hallazgos
1	No todas las bajas llegan a ESSALUD en forma oportuna, esto podría generar prestaciones médicas a personas que no cuentan con derecho de atención.
2	Existen inconsistencias en la información que SUNAT pone a disposición de ESSALUD: se detectan fallecidos que deberían haber sido declarados como baja en el registro.
	Conclusiones:
	Muchas empresas no declaran las bajas de empleados a tiempo lo que genera problemas en la consistencia de la información y puede producir gastos en atenciones a personas que no cuentan con los requisitos establecidos.

Nro.	Procesos de reserva para prestaciones médicas
	Hallazgo
1	El proceso actual de otorgamiento de citas requiere que se asigne infraestructura tecnológica a cada módulo de otorgamiento de citas y exige el desplazamiento de los usuarios de aseguramiento e incluso demanda hacer colas para su atención presencial.
	Conclusiones:
	Muchas empresas no declaran las bajas de empleados a tiempo lo que genera problemas en la disponibilidad de la información y puede producir gastos en atenciones a personas que no cuentan con los requisitos establecidos.

Nro.	Diagnóstico de la gestión de la recaudación y fiscalización (Tesorería, Contabilidad, Control de Recaudación y Fiscalización, OGR, Cobranzas)
	Hallazgos
1	El reporte EPRO carece de detalle a nivel de asegurado y empleador, además de tener una demora en ser remitido a ESSALUD de 5 días útiles.
2	El procesamiento de la información de manera manual usando archivos Excel

	conlleva el riesgo de pérdida de la misma.
3	El reporte de reclamos a SUNAT tiene retrasos en el tiempo de atención, además de no contar con un acuerdo formal del nivel de servicio (no tiene plazos de atención definidos).
4	El procedimiento de cuadro contable se realiza manualmente en archivos Excel con el consiguiente riesgo de pérdida de información
5	El registro de afectaciones contables en SAP se realiza manualmente cada quince días con el consiguiente riesgo de ingresos errados.
6	La información recibida por SUNAT presenta inconsistencias y falta de detalle lo cual no permite que se le explote a fin de gestionar eficientemente las acciones que lleven a una mejora en la recaudación: no permite generar las cuentas corrientes del empleador y del trabajador. Además, presenta un desfase de la información aprox. de 2 meses.
7	Existe una deuda de aproximadamente 3,600 millones de soles histórica en la recaudación. Necesidad de que SUNAT detalle la deuda generada por contribuciones a ESSALUD durante su gestión y los resultados de su gestión de cobranza sobre dicha deuda.
8	No se ha evidenciado un proceso de control de información de cobranza tributaria nivel de detalle (no se transfiere el 100% de fraccionamientos y detracciones).
9	Se comparan IR SUNAT con IR ESSALUD para determinar el nivel de inconsistencias sobre las entidades empleadoras omisas o en condición de reembolso (calidad/inconsistencia de la información).
	Conclusiones:
	Existen muchos procesos de cuadro contable que se realizan de manera manual lo cual aumenta el riesgo de errores. No existe una definición única del indicador de reembolso sino que tiene diferentes interpretaciones de acuerdo al criterio de cada área. No se ha implementado un mecanismo formal de solución de controversias interinstitucional.

Nro.	Proyecto NETI
	Necesidades de ESSALUD relacionadas con sistemas informáticos (adecuación de software o necesidad de nuevo software) para implementación del proyecto NETI
	Hallazgo
1	Necesidad de adecuar sistemas existentes o desarrollar nuevas aplicaciones debido a cambios en las bases de datos por la implementación de NETI.
2	Necesidad de establecer de manera conjunta con SUNAT un nuevo diseño de base de datos relacional.
3	Impacto en base de datos SUNAT pagos, modelo SUNAT, SIA y SAS.
	Conclusiones:
	Es necesario implementar adecuaciones de sistemas, bases de datos y la adquisición de hardware para la implementación del proyecto NETI. Debe establecerse un mecanismo de coordinación a nivel gerencial para la coordinación de las acciones conjuntas entre SUNAT y ESSALUD:

Teniendo en cuenta lo descrito en los capítulos anteriores y con el fin de establecer procesos que ayuden a que los hallazgos y los riesgos asociados a ellos sean mínimos, se realizan las siguientes recomendaciones que permitirán una mejora en la calidad de atención al asegurado.

9.2. *Recomendaciones generales*

1. Establecimiento de un comité interinstitucional SUNAT-ESSALUD con el fin de ser un foro permanente de resolución de conflictos, implementación de mejoras, mejora normativa, calidad de datos y cualquier planteamiento que se tenga a bien llevar a cabo entre ambas instituciones.

Es necesario implementar un comité interinstitucional para administrar las iniciativas y proyectos relacionados a los procesos transversales de transferencia de información para la afiliación/acreditación de los usuarios de aseguramiento y el de transferencia de información de fondos.

El mencionado comité debe gestionar las iniciativas y proyectos en función a una visión transversal del proceso que involucra tanto a ESSALUD como a SUNAT, este enfoque es importante ya que permite alinear las propuestas de mejora y solución de problemas operativos en función al impacto que tendrán en el usuario de aseguramiento.

En un inicio los principales temas en agenda a ser tratados deben conducir a uniformizar los criterios en el tratamiento de la información relacionado a la generación del derecho de atención del usuario de aseguramiento.

En cuanto a la organización del comité este debe contar con un líder que convoque con una frecuencia determinada y que haga de este una práctica permanente que se mantenga mientras se mantenga el convenio de recaudación entre ambas instituciones.

Un punto importante es lo referido a la metodología de manejo del portafolio de proyectos el cual como recomendación debería realizarse según mejores prácticas consolidadas en la guía de proyectos PMBOK.

- En un inicio los temas a tratar deberían ser los relacionados a lo siguiente:
 - Calidad de información de usuarios de aseguramiento y derecho habientes
 - Mejora en el tiempo de procesamiento de la acreditación y afiliación de cara al asegurado.
 - Unificación de criterios para acreditación y afiliación
 - Unificación de criterios para el procesamiento y conciliación en detalle de la recaudación de fondos.

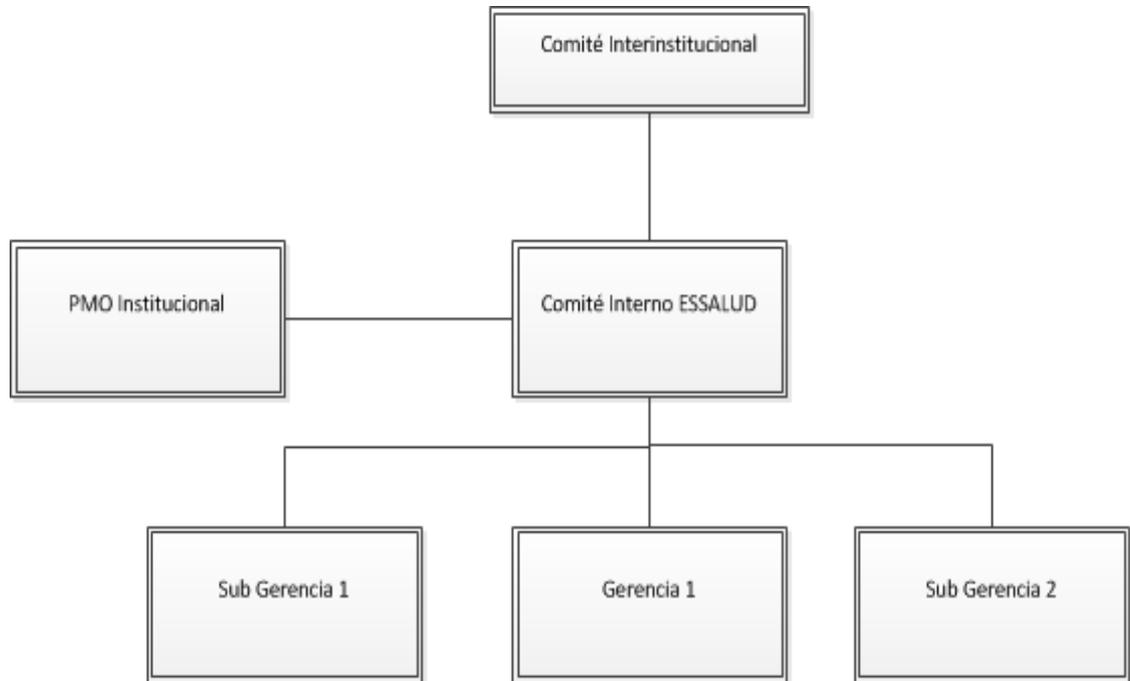
En cuanto a los roles que debería tener el comité se pueden identificar los siguientes:

- Gerente de proyectos y manejo de portafolio
- Dueño del proceso transversal
- Equipo representante por parte de SUNAT
- Equipo represente por parte de ESSALUD

Cabe precisar que los equipos representantes de ambas instituciones deberán contar con comités internos de coordinación entre todas las áreas involucradas en los

procesos mencionados para consolidar y evaluar las iniciativas y propuestas de ambas instituciones antes de ser planteadas en el comité interinstitucional.

Gráfico N. 56: Estructura del comité interinstitucional



2. Implementar un comité interno en ESSALUD que permita que los colaboradores de las diversas áreas involucradas conozcan de manera directa los procedimientos que las afectan y el rol que cumple cada una de ellas en los procesos macro. Así también tendrá entre sus principales funciones la solución de problemática que afecte a la institución.

El Comité Interno de ESSALUD es un foro que debe institucionalizarse a fin de que sea una instancia interna que permita trabajar a nivel agregado temas comunes, importantes y transversales, cuyo resultado generará impactos en los procesos que se desarrollan en las diversas áreas dentro de la organización. En este sentido, el Comité en mención será un foro permanente de:

- Implementación de políticas y procedimientos para mejora de comunicación entre diferentes áreas.
- Centralización y análisis de problemas de Información
- Socialización de procesos y procedimientos
- Establecimiento de soluciones con objetivos comunes
- Establecimiento de cartera de proyectos a ser tratados en el ámbito del comité interinstitucional.

Además, permitirá ofrecer las siguientes características principales:

- Proporcionar representantes para el foro interinstitucional.

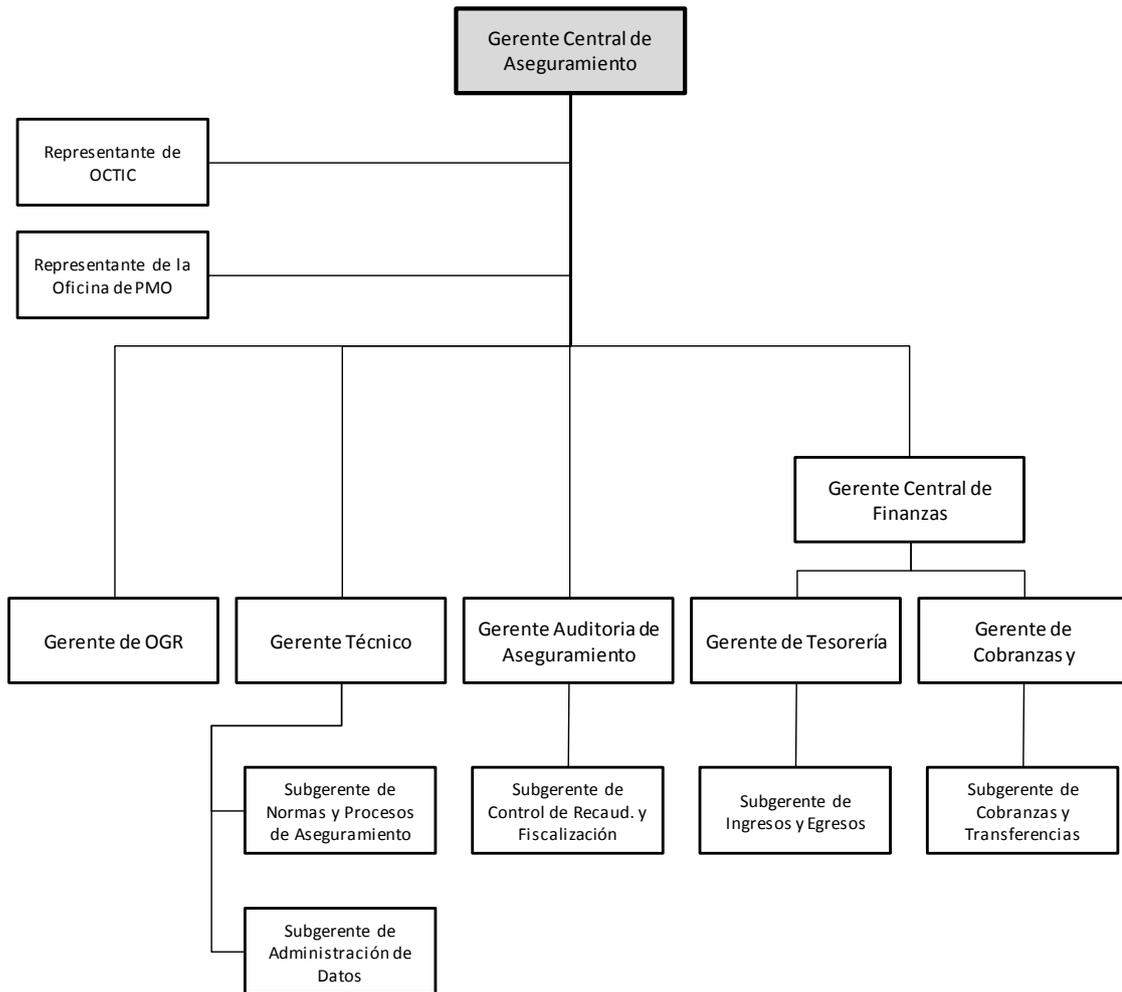
- Brindar soporte técnico a los representantes del foro interinstitucional.

Para tal efecto, se propone a las siguientes posiciones o responsables de áreas como integrantes del Comité Interno ESSALUD:

- Gerencia Central de Aseguramiento, como responsable de la gestión de la información que transfiere SUNAT a ESSALUD, así como representante del manejo de la gestión interinstitucional por parte de ESSALUD. Dentro de esta Gerencia Central, se considera a las siguientes posiciones, como integrantes del Comité en mención:
 - Gerencia Técnica, como responsable de la normatividad, los procesos y la administración de la información orientado al aseguramiento. Reemplaza a la Gerencia Central de Aseguramiento cuando no pueda asistir a las reuniones del Comité.
 - Subgerencia de Normas y Procesos de Aseguramiento, responsable de la normatividad de los procesos de aseguramiento.
 - Subgerencia de Administración de Datos, responsable de la coordinación con SUNAT por la calidad e integridad de la información que se pone a disposición de ESSALUD.
 - Gerencia de la Oficina de Gestión de Riesgos, responsable de la explotación de la información de ESSALUD para los diversos estudios que es requerida en la institución.
 - Gerencia de Auditoría de Aseguramiento/ Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización como responsable del monitoreo referido al cumplimiento de metas de recaudación, cobranzas y fiscalización realizado por SUNAT.
- Gerencia Central de Finanzas, como responsable del control y manejo de los importes recaudados por SUNAT y transferidos a ESSALUD; así como su registro en los sistemas contables, entre otros.
 - Gerencia de Tesorería/ Subgerencia de Ingresos y Egresos, como responsable del control de la recaudación realizada y transferida por SUNAT a ESSALUD.
 - Gerencia de Cobranzas y Recuperaciones/ Subgerencia de Cobranzas y Transferencias, como responsables de la cobranza no tributaria debidos al estado de deuda de las entidades empleadoras.
- Representante de OCTIC para la asesoría en temas de tecnología y manejo de la información.
- Representante de la Oficina de PMO que permita implementar el manejo de proyectos con metodología de gestión de proyectos.
- Otros, que pueden ser invitados según la necesidad de información, uso de la misma o por la problemática que se presente para brindar los servicios:
 - Gerencia de Prestaciones Económicas/ Subgerencia de Normalización y Control, como responsable de la entrega de prestaciones económicas.

La siguiente figura nos muestra la propuesta de conformación de la Estructura del Comité Interno de ESSALUD:

Gráfico N. 57: Propuesta de conformación de la Estructura del Comité Interno de ESSALUD



La formalización de este comité implicará un cambio en el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y en el Manual de Organización y Funciones (MOF) para que pueda incluirse las actividades de los integrantes del comité en mención.

La implementación de este comité debería ser inmediata en la práctica (corto plazo) para orientarse a la identificación de la problemática que afecte a la institución y poder asignar la priorización de los proyectos a tratar. La formalización en documentos dependerá del accionar del departamento legal de la institución así como de las gerencias respectivas.

3. Implementar una oficina de gestión de proyectos (PMO por sus siglas en inglés) la cual será la encargada de mantener estándares, lecciones aprendidas, banco de proyectos exitosos, casos de errores, etc. Roles asignados para una oficina de este tipo en el PMBOK (guía metodológica de gestión de proyectos).
La oficina a ser implementada debe ser institucional, es decir debe cumplir las funciones de una PMO en todos los proyectos dentro de la institución y no ser un esfuerzo aislado en una sola gerencia pues solo se obtendrían beneficios en la

gerencia involucrada quedando las demás gerencias y/o áreas sin aplicar metodologías que pueden elevar la productividad en los proyectos que llevan a cabo. Es así que algunas de las funciones de esta oficina pueden ser realizadas por un tercero, mediante la contratación de una empresa externa que cuente con profesionales con experiencia en manejo de proyectos y que cuenten con certificación (Certified Project Management Profesional) aunque también será necesario contar con profesionales de la institución que conformen la PMO con conocimiento de los procesos principales que se llevan a cabo en ella.

Aunque no es la única forma de constituir una PMO puede evaluarse esta alternativa como una opción de aplicación rápida.

4. Implementar indicadores de calidad de data para realizar el seguimiento de la información transferida por SUNAT. Estos deben ser discutidos en el foro del comité interinstitucional, a fin de lograr los acuerdos que permitan su establecimiento.
5. Realizar el seguimiento de los proyectos utilizando la guía PMBOK con el fin de contar con un marco de referencia común. Es necesario que los proyectos sean gestionados por una persona con conocimiento y experiencia en el marco descrito.
6. Realizar la documentación de los sistemas de información principales que no cuenten con documentación básica de acuerdo al lenguaje de modelamiento unificado (UML), para lo cual es necesario asignar personal que conozca la operativa de éstos como integrantes del proyecto.
7. Realizar adquisiciones para la mejora del parque de hardware y software especial con el fin de que las áreas cuenten con mejores herramientas para la evaluación de casos y tomas de decisiones. Un ejemplo de ello, es la necesidad de comprar servidores y aplicativos que permitan realizar minería de datos, reportes y consultas sin afectar la performance del servidor de producción.
8. Implementar un sistema de gestión de seguridad de información (SGSI) en el proceso de transferencia de información SUNAT-ESSALUD, con el fin de garantizar la integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información. Esta implementación también podrá ser utilizada para revisar los procesos existentes y plantear mejoras mediante un Ciclo de Deming de mejora continua.
9. Utilizar modelos matemático-estadísticos con el fin de minimizar riesgos en la toma de decisiones. Un ejemplo de ello, es la utilización de la simulación Montecarlo para determinar, basándose en data histórica, el posible comportamiento de un empleador al declarar a sus trabajadores. Esto puede ser implementado para agilizar la acreditación de un usuario de aseguramiento pudiendo generar este esquema un importante ahorro para ESSALUD ya que llegaría a eliminar la necesidad de una acreditación complementaria y mejoraría la percepción de los asegurados.
10. Resulta necesario que SUNAT realice la validación de los contribuyentes que nunca han declarado trabajadores. Esto implica a personas naturales con negocio que no declaran trabajadores (aprox. 19.0 %) y a las empresas que nunca han contratado personal (este es el caso de las MYPEs y otras que sólo son creadas pero nunca

entran en operaciones) con el fin de determinar de manera conjunta con ESSALUD si resulta necesario el envío de esta información.

La implementación de estas recomendaciones implica la utilización de recursos: económicos, personas y tiempo; siendo el más importante el último de ellos.

En la tabla N° 50, se presenta las recomendaciones generales y como estas impactan en los procesos de ESSALUD: afiliación, acreditación, recaudación y fiscalización. Así mismo, se presenta el tiempo estimado recomendado para realizar la implementación de las recomendaciones en la institución.

Tabla N. 51: Matriz de Recomendaciones y Procesos de ESSALUD

N°	Recomendación	Afiliación	Acreditación	Recaudación	Fiscalización	Tiempo Estimado para Implementar
1	Establecimiento de un Comité Interinstitucional ESSALUD - SUNAT	Si	Si	Si	Si	Mediano Plazo (1 año)
2	Establecimiento de un Comité Interno en ESSALUD	Si	Si	Si	Si	Corto Plazo (3 meses)
3	Implementación de una Oficina de Gestión de proyectos (PMO)	No	No	No	No	Corto Plazo (3 meses)
4	Implementación de Indicadores de Calidad de Data	Si	Si	Si	Si	Corto Plazo (3 meses)
5	Establecimiento de la metodología de PMBOK en el seguimiento de los proyectos	No	No	No	No	Mediano Plazo (1 año)
6	Documentación de los principales Sistemas de Información sin documentación básica de acuerdo al lenguaje de modelamiento unificado (UML)	No	No	No	No	Mediano Plazo (1 año)
7	Mejoramiento del parque de hardware y software especial	Si	Si	Si	Si	Corto Plazo (6 meses)
8	implementación de un Sistema de Gestión de Seguridad se Información (SGSI) en el proceso de transferencia de información de SUNAT a ESSALUD	Si	Si	Si	Si	Largo Plazo (2 años)
9	Empleo de modelos matemático-estadísticos para la minimización de riesgos en la toma de decisiones	Si	Si	No	No	Corto Plazo (6 meses)

9.3. Recomendaciones para la mejora de la operatividad

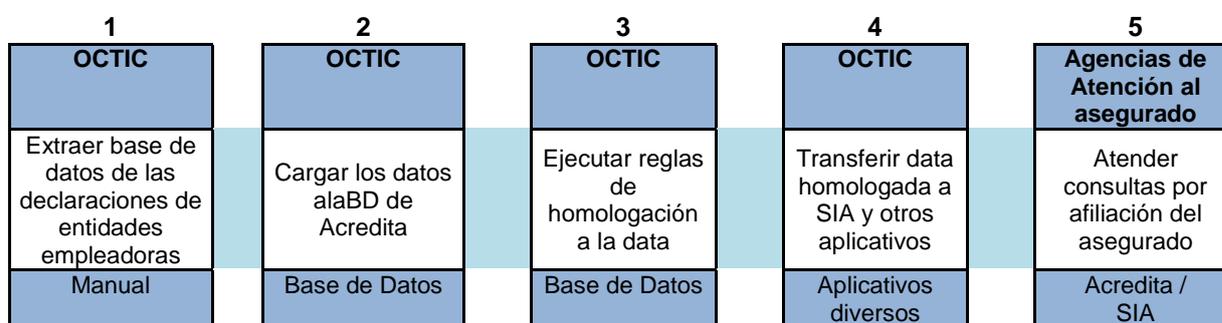
Seguidamente se exponen algunas recomendaciones a fin de mejorar la operatividad de los procesos implicados en: Afiliación, Acreditación, Recaudación y Fiscalización.

9.3.1 Proceso de Afiliación

La afiliación de los asegurados y/o derechohabientes se inicia con la declaración de los trabajadores por parte del empleador.

El siguiente gráfico presenta el macroproceso de afiliación de asegurados.

Gráfico N. 58: Diagrama del proceso de afiliación en ESSALUD



Hallazgos y recomendaciones para el proceso de Afiliación

Nro.	Hallazgo	Impacto	Recomendaciones
1	Información inconsistente mostrada en los sistemas Acredita y SIA, en el proceso de atención de consultas por afiliación.	Alto	Generar un proyecto para hacer un análisis de seguimiento de data según la casuística presentada, con el objetivo de validar la causa raíz (de ser necesario) que origina la inconsistencia de información.
2	Tiempo de espera para la transferencia de datos y ponerlos disponibles para las áreas usuarias.	Alto	Desarrollar un proyecto de integración de sistemas para evitar la consulta a múltiples sistemas aislados entre sí.
3	Demora en presentación de declaración por parte de las entidades empleadoras.	Alto	Gestionar con SUNAT, el seguimiento y control de la aplicación de los plazos (24 horas del inicio de labores) establecidos en la normatividad. Se debe realizar fiscalizaciones mensuales haciendo uso de evaluaciones históricas de declaraciones, con el fin de determinar patrones de comportamiento para las entidades empleadoras.

4	No se cuenta con proceso normado para el reporte de incidencias de calidad de información.	Alto	<p>Desarrollar un proceso de reporte de inconsistencia de calidad de datos, el cual tenga indicadores que permita detectar la problemática.</p> <p>Incorporar una política en la normatividad que rige cada área usuaria que permita el reporte de la data inconsistente por medio del proceso de reporte de inconsistencias en mención.</p>
---	--	------	--

Indicadores de gestión para el proceso de Afiliación

Proceso		Afiliación de asegurados
Indicador		Nivel de calidad de data en el proceso de homologación
Descripción del Indicador		Determinar el nivel de calidad de la data reportada de SUNAT a ESSALUD
Fórmula		# de data consistente / total de data procesada
Frecuencia		Mensual
Meta		Se precisará de acuerdo a la tendencia de data histórica
Responsable		Subgerencia de Administración de Datos / OCTIC
Observaciones		<ul style="list-style-type: none"> Al cierre de mes se debe obtener el ratio de éxito de data consistente. Tener un control por tipo de resultado del proceso de homologación para llevar un indicador de Pareto.

Proceso		Afiliación de asegurados
Indicador		Nivel de calidad de data utilizadas por áreas usuarias
Descripción del Indicador		Determinar la inconsistencia de data reportada por las áreas usuarias
Fórmula		# de data inconsistente reportada por las áreas / total de data procesada
Frecuencia		Mensual

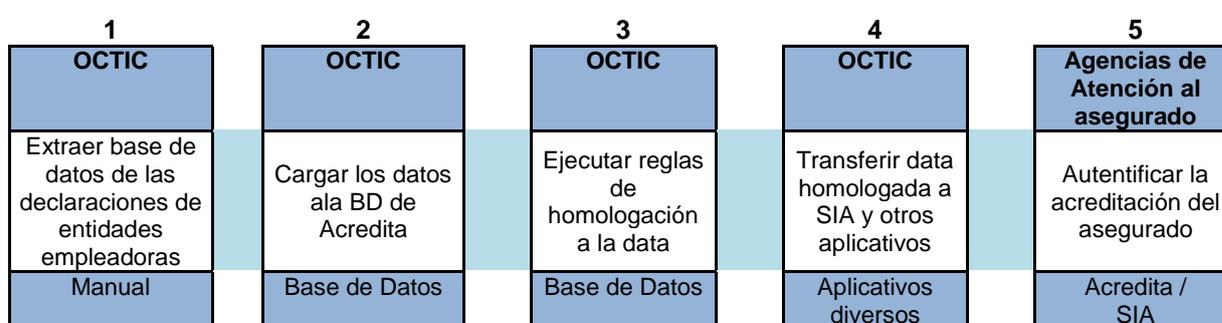
Meta	Se definirá de acuerdo a los 3 primeros meses de data reportada
Responsable	Subgerencia de Administración de Datos
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> Al cierre de mes se debe obtener el ratio de inconsistencia de data.

9.3.2 Proceso de Acreditación:

El requisito para que un asegurado se encuentre acreditado es que el trabajador debe mantener tres (3) meses consecutivos de aporte o tener cuatro (4) aportes en el transcurso de seis (6) meses para el asegurado regular y doce meses (12) para el asegurado agrario.

El siguiente gráfico presenta el macroproceso de acreditación de asegurados.

Gráfico N. 59: Diagrama del proceso de acreditación en ESSALUD



Hallazgos y recomendaciones para el proceso de Acreditación

Nro.	Hallazgo	Impacto	Recomendaciones
1	Información inconsistente mostrada en los sistemas Acredita y SIA, en el proceso de acreditación.	Alto	Generar un proyecto para hacer un análisis de seguimiento de data según la casuística presentada, con el objetivo de validar la causa raíz (de ser necesario) que origina la inconsistencia de información.
2	Tiempo de espera para la transferencia de datos y ponerlos disponibles para las áreas usuarias.	Alto	Desarrollar un proyecto de integración de sistemas para evitar la consulta a múltiples sistemas aislados entre sí.
3	Demora en presentación de declaración de planillas por parte de las entidades empleadoras.	Alto	Gestionar con SUNAT, el seguimiento y control de la aplicación de los plazos para la presentación PDT PLAME de acuerdo al cronograma establecido por SUNAT según el último dígito del RUC. Se debe realizar fiscalizaciones mensuales haciendo uso de evaluaciones históricas de declaraciones, con el fin de determinar patrones de comportamiento para las entidades empleadoras.

4	No se cuenta con proceso normado para el reporte de incidencias de calidad de información.	Alto	<p>Desarrollar un proceso de reporte de inconsistencia de calidad de datos, el cual tenga indicadores que permita detectar la problemática.</p> <p>Incorporar una política en la normatividad que rige cada área usuaria que permita el reporte de la data inconsistente por medio del proceso de reporte de inconsistencias en mención.</p>
---	--	------	--

Indicadores de Gestión para el proceso de Acreditación

Proceso	Acreditación del asegurado
Indicador	Nivel de calidad de data en el proceso de homologación
Descripción del Indicador	Determinar el nivel de calidad de la data reportada de SUNAT a ESSALUD
Fórmula	# de data consistente / total de data procesada
Frecuencia	Mensual
Meta	Se precisará de acuerdo a la tendencia de data histórica
Responsable	Subgerencia de Administración de Datos / OCTIC
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> Al cierre de mes se debe obtener el ratio de éxito de data consistente.

Proceso	Acreditación del asegurado
Indicador	Nivel de calidad de data utilizada por áreas usuarias
Descripción del Indicador	Determinar el nivel de inconsistencia de la data reportada por las áreas usuarias
Fórmula	# de data inconsistente reportada por las áreas / total de data procesada
Frecuencia	Mensual
Meta	Se definirá de acuerdo a los 3 primeros meses de data reportada

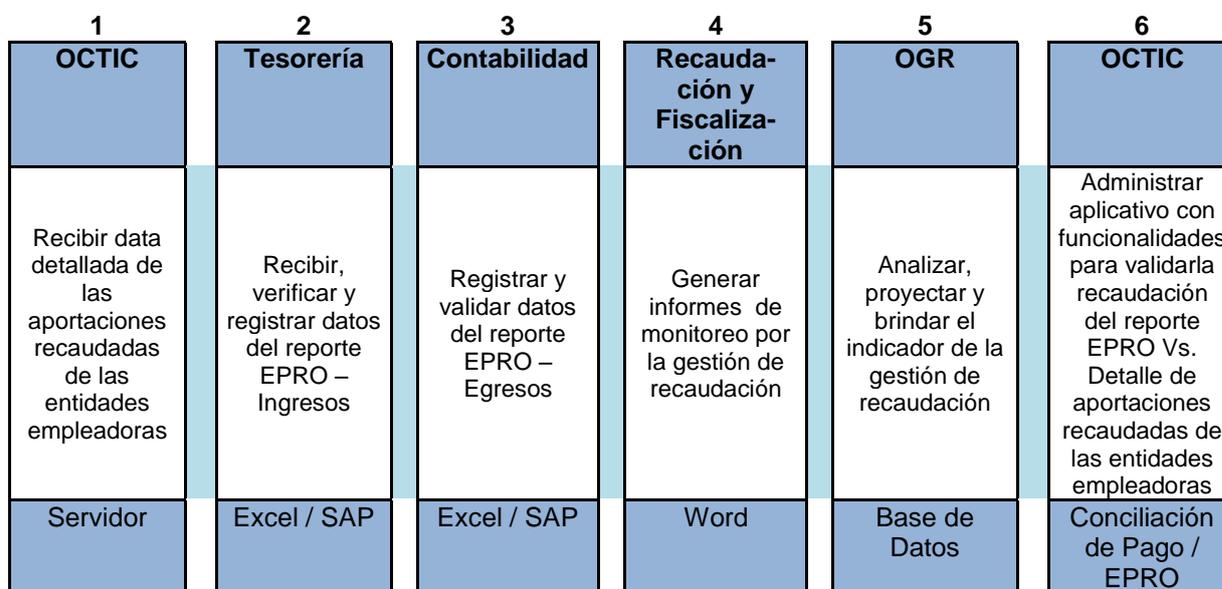
Responsable	Subgerencia de Administración de Datos
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> Al cierre de mes se debe obtener el ratio de éxito de data consistente. Tener un control por tipo de resultado del proceso de homologación para llevar un indicador de Pareto.

9.3.3 Proceso de Recaudación

Está referida a la gestión de la recaudación de las aportaciones efectuadas por las entidades empleadoras para ESSALUD.

El siguiente gráfico presenta el macroproceso de gestión de la recaudación.

Gráfico N. 60: Diagrama del proceso de gestión de la recaudación



Hallazgos y recomendaciones para el proceso de Recaudación

Nro.	Hallazgo	Impacto	Recomendaciones
1	El proceso consta de procedimientos aislados, los cuales no usan la misma fuente (BD), por lo que no existe un flujo de datos que pueda ser evaluado a través de la sucesión de procedimientos.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> Establecer un proceso integrado evitando contar con procedimientos aislados.

3	No se realiza el cuadro del reporte EPRO a nivel de detalle de información.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar a SUNAT (mediante el comité interinstitucional) que proporcione toda la información necesaria (detracciones, fraccionamiento, aplicación de saldos a favor, etc.) de pago de las entidades empleadoras para poder realizar el cuadro del reporte EPRO. Utilizar aplicativo Conciliación de Pago, para realizar los cuadros contables entre el reporte EPRO y el detalle de la información de aportaciones de entidades empleadoras. Habilitar el aplicativo Conciliación de Pago (En caso no cuente con acceso) a Tesorería.
4	No se registra la evidencia del detalle por los abonos que se ingresan a la Cta. Cte. De ESSALUD.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar un aplicativo donde se registre el detalle del reporte EPRO y se adjunte la data de las aportaciones de entidades empleadoras como evidencia de la afectación contable.
5	No existe un área que realice la auditoria o control del cuadro contable de lo reportado por SUNAT a ESSALUD	Alto	<ul style="list-style-type: none"> Incorporar dentro de las funciones de la Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización, el control y/o auditoria del cuadro contable que realiza la Subgerencia de Ingresos y Egresos, con los datos registrados en el reporte EPRO vs. la información de las aportaciones de las entidades empleadoras como evidencia de la afectación contable.

Indicadores de gestión para el proceso derecaudación

Proceso	Recaudación de aportaciones de Entidades Empleadoras
Indicador	Cumplimiento de conformidad y exactitud de data de detalle de aportaciones.
Descripción del Indicador	Determinar el porcentaje de la diferencia monetaria que existe entre los montos registrados por cada ley en el reporte EPRO vs. la información de la recaudación por aportaciones de Entidades Empleadoras.
Fórmula	Importe dediferencia del cuadro / importes del EPRO (Importe total)
Frecuencia	Diaria
Meta	Se precisará de acuerdo a la tendencia de data histórica
Responsable	Subgerencia de Ingresos y Egresos / Subgerencia de Control de

	Recaudación y Fiscalización
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> Al cierre de mes se debe obtener el ratio de error.

9.3.4 Proceso de Fiscalización

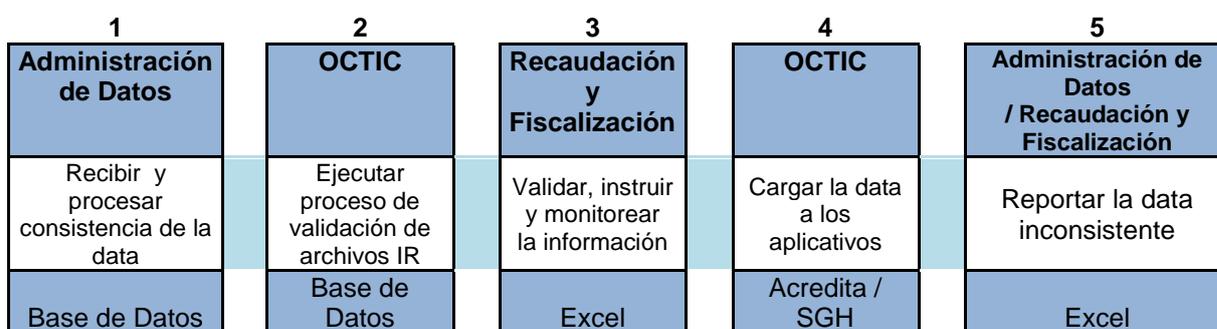
Como es conocido, SUNAT realiza acciones de fiscalización en todo el país sobre la tributación de las entidades empleadoras. Estas acciones de fiscalización pueden ser:

- Inspecciones: primer nivel de fiscalización que permite verificar el cumplimiento de las obligaciones tributarias.
- Acciones Inductivas: segundo nivel de fiscalización que busca subsanar la detección de inconsistencias de poco interés fiscal de manera voluntaria por parte de los contribuyentes.
- Verificaciones Generales: tercer nivel de fiscalización que permite la revisión de una o más inconsistencias detectadas.
- Auditorías: último nivel utilizado para verificar la correcta determinación de la base imponible declarada por el empleador. Implica mayor tiempo para la intervención.

Para la aplicación de las acciones de fiscalización, un insumo importante debe ser el Indicador de Reembolso (IR). Este es un instrumento que permite determinar el estado en el que se encuentran las entidades empleadoras con respecto a ESSALUD, y puede convertirse en una fuente importante de información que permitiría reducir la cantidad de entidades empleadoras con deuda a la institución a través de acciones de fiscalización.

A continuación se presenta macroproceso de gestión de la fiscalización.

Gráfico N. 61: Diagrama del proceso de fiscalización



Hallazgos y recomendaciones para el proceso de fiscalización

Nro.	Hallazgo	Impacto	Recomendaciones
1	Aumento de cartera de cobranza	Alto	Ejecutar un proyecto de mejora continua del proceso automatizado de validación del indicador de reembolso, generando un nuevo

2	Reprocesos que impactan en el "time to"	Alto	modelo de gestión de evaluación y detección de empleadores con morosidad, el cual implementará nuevas condiciones lógicas.
4	<ul style="list-style-type: none"> - Información inconsistente para la autenticación del asegurado y la fiscalización de las empresas. - Data incompleta puesta a disposición por la SUNAT para ESSALUD: caso de detracciones, fraccionamientos, aplicación de saldos contables y pagos regularizados por la entidad empleadora. 	Alto	Generar un proyecto para hacer un análisis de seguimiento de data según la casuística presentada, con el objetivo de validar la causa raíz (de ser necesario) que origina la inconsistencia de información.
5	La definición de los estados del indicador de reembolso en las diversas áreas no se encuentra estandarizada.	Alto	Estandarizar con las áreas usuarias del Indicador de Reembolso el significado de sus estados a fin de tener una sola definición y uso: prestaciones económicas, cobranza, plataforma de aseguramiento, OCTIC, Administración de datos, control de recaudación y fiscalización.

Recomendación de Indicadores de Gestión

Proceso	Indicador de Reembolso
Indicador	Nivel de Calidad de data en la condición de reembolso
Descripción del Indicador	Determinar la calidad de la data puesta a disposición de SUNAT para ESSALUD por las condiciones de reembolso
Fórmula	Cantidad de data inconsistente determinada por la condición de reembolso/ total de data reportada por SUNAT para el indicador de reembolso
Frecuencia	Mensual
Meta	Se precisará de acuerdo a la tendencia de data histórica
Responsable	Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Al cierre de mes se debe obtener el ratio de error.

10. Bibliografía

- Lean Thinking : Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation
Womack, James P.
- The Machine That Changed the World: The Story of Lean Production-- Toyota's Secret Weapon in the Global Car Wars That Is Now Revolutionizing World Ind
Womack, James P.
- Building High Performance Government Through Lean Six Sigma: A Leader's Guide to Creating Speed, Agility, and Efficiency
Price, Mark
- La seguridad social en salud: Situación y posibilidades
Juan Carlos Carbajal y Pedro Francke
Octubre, 2000
- Convenio específico OIT-ESSALUD Colaboración técnica sobre gestión de la información y fiscalización del Seguro Social de Salud
Informe OIT
- Guía de los Fundamentos de la Dirección de Proyectos (Guía del PMBOK®)
Cuarta Edición IV □ 2004 Project Management Institute,
- Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD).
Informe OIT.
- <http://obamacarefacts.com/obamacare-facts.php>
- http://en.wikipedia.org/wiki/Patient_Protection_and_Affordable_Care_Act
- Semejanzas y diferencias entre los sistemas de seguridad social en México y Europa- Gabriela Mendizábal Bermúdez.
- Seguridad social en México –Gonzalo Rojas Arreola, Odilia Ulloa Padilla.
- <http://es.scribd.com/doc/84774712/MAPAS-DE-PROCESOS>
- <http://jcfmetodologia.ohlog.com/>
- http://es.wikipedia.org/wiki/Diagrama_de_Pareto
- http://es.wikipedia.org/wiki/Diagrama_de_Ishikawa
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Indicador>
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Estad%C3%ADstica>
- <http://incorreccion.blogspot.com/2013/04/quick-wins.html>

- <http://josemanuelcastro.wordpress.com/2009/01/06/consejos-para-evitar-decisiones-precipitadas/>
- http://es.wikipedia.org/wiki/Entrevista_period%C3%ADstica
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Cuestionario>