



Evaluación de la gestión institucional de EsSalud

Estudio de Gestión Institucional de EsSalud

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2020
Primera edición 2020

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a Publicaciones de la OIT (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, o por correo electrónico a rights@ilo.org, solicitudes que serán bien acogidas.

Las bibliotecas, instituciones y otros usuarios registrados ante una organización de derechos de reproducción pueden hacer copias de acuerdo con las licencias que se les hayan expedido con ese fin. En www.ifrro.org puede encontrar la organización de derechos de reproducción de su país.

Estudio de gestión institucional de EsSalud
(EsSalud). Lima: OIT / Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2020. 354 p.

Valuación actuarial, seguridad social, seguro de enfermedad, análisis de costos y beneficios, mercado de trabajo, gestión de prestaciones, asistencia médica, Perú.

ISBN: 978-92-2-1338xx-x (versión impresa)
ISBN: 978-92-2-1338xx-x (versión web pdf)

Datos de catalogación de la OIT

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las sancione.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Las publicaciones y los productos digitales de la OIT pueden obtenerse en las principales librerías y redes de distribución digital, u ordenándose a: ilo@turpin-distribution.com. Para más información, visite nuestro sitio web: ilo.org/publns o escribanos a: biblioteca_regional@ilo.org.

ADVERTENCIA

El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencias entre hombres y mujeres es una de las preocupaciones de nuestra Organización.

Sin embargo, no hay acuerdo entre los lingüistas sobre la manera de hacerlo en nuestro idioma. En tal sentido y con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en español *o/a* para marcar la existencia de ambos sexos, hemos optado por emplear el masculino genérico clásico, en el entendido de que todas las menciones en tal género representan siempre a mujeres y hombres.

Contenido

Siglas y abreviaturas	xxi
Prólogo	xxiii
1. Introducción	1
2. Marco conceptual	2
2.1 Determinantes de la salud	2
2.2 Funciones y objetivos de un sistema de salud	3
2.3 Aseguramiento universal en salud	4
2.4 Aseguramiento universal en salud en Perú	4
2.4.1 Características básicas de EsSalud	5
2.4.2 Análisis de la gestión: macro, meso y micro	6
2.4.3 Áreas para la evaluación	6
3. Aspectos de entorno	7
3.1 Condiciones macroeconómicas	7
3.2 Evolución fiscal	13
3.2.1 Balance global de las finanzas públicas peruanas	13
3.2.2 Ingresos públicos	15
3.2.3 Gasto público	18
3.3 Factores demográficos	21
3.3.1 Consideraciones generales y tendencias	21
3.3.2 Estructura poblacional	25
3.4 Factores sociales	29
3.4.1 Pobreza	30
3.4.2 Desigualdad	41
3.4.3 Servicios básicos	43
3.5 Factores laborales	55
4. Tendencias de mortalidad y carga de enfermedad entre la población peruana	68
4.1 Perfil de mortalidad y patrones epidemiológicos de los asegurados de EsSalud	71
4.1.1 Tendencias de esperanza de vida y mortalidad en la población peruana	71
4.1.2 Principales diagnósticos de consulta externa, hospitalizaciones, emergencias e incapacidad temporal de los asegurados	72
4.1.3 Perfil general de la población atendida por EsSalud y los servicios brindados	76
4.2 Perfil del asegurado de EsSalud	78
4.2.1 Características personales del asegurado	79
4.2.2 Perfil educativo	84
4.2.3 Perfil laboral	86

4.2.4 Condiciones socioeconómicas	89
5. Breve descripción del Seguro Social de Salud (EsSalud)	93
5.1 Marco legal	93
5.1.1 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud - Ley N° 29344	93
5.1.2 Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud) - Ley N° 27056	95
5.1.3 Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud - Ley N° 26790 y sus modificaciones - Ley N° 28791	96
5.1.4 Ley de los Trabajadores del Hogar - Ley N° 27986	98
5.1.5 Decreto Legislativo N° 1160, que modifica el porcentaje que debe pagar el Seguro Social de Salud (EsSalud) a la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT) por la recaudación de sus aportaciones	99
5.2 Estructura orgánica de EsSalud	99
5.3 El asegurado y sus derechohabientes	100
5.4 Cobertura de afiliación por tipo de seguro y asegurado de salud	101
5.4.1 Seguro Regular (+ Seguro)	101
5.4.2 Seguro Agrario (EsSalud)	101
5.4.3 Seguro Potestativo (+ Salud)	102
5.4.4 Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (+ Protección)	104
5.4.5 Seguro de Accidentes (+ Vida)	105
5.5 Proceso de adscripción del asegurado	107
5.6 Las redes asistenciales y los niveles de atención	108
5.7 Cartera de servicios de salud	110
5.8 El Sistema de Referencia y Contrarreferencia	110
5.9 Las prestaciones económicas	111
5.9.1 Subsidio por incapacidad temporal	111
5.9.2 Subsidio por maternidad	112
5.9.3 Subsidio por lactancia	113
5.9.4 Subsidio por sepelio	113
Análisis de la microdimensión	115
6. Presupuesto de EsSalud	116
6.1 Evolución de los ingresos	116
6.2 Tendencias generales en materia de gasto	121
6.3 Costos unitarios: principales características	123
6.4 Características y desempeño del gasto corriente	127
6.4.1 Evolución de los gastos de personal	130
6.4.2 Evolución de servicios prestados por terceros y compra de bienes	134
6.4.3 Medicamentos	136
6.5 Gasto de capital	139

6.5.1 La orientación futura de la política de inversiones	139
6.6 Transferencias	144
6.7 Saldo financiero	145
6.8 Recurso humano	148
6.9 Redes prestacionales y otros recursos físicos	156
6.9.1 Calidad de la infraestructura	159
6.9.2 Uso de consultorios y salas quirúrgicas	161
6.10 Equipamiento biomédico y electromecánico	164
6.11 Situación institucional de los sistemas de información	169
Análisis de la mesodimensión	171
7. Gestión financiera y cobranza de EsSalud	172
7.1 Introducción	172
7.2 Análisis de los estados auditados	173
7.2.1 Estado de situación financiera	173
7.2.2 Cuentas por cobrar en EsSalud	175
7.2.3 Estado de resultados integrales combinados	176
7.2.4 Cambios en el patrimonio neto combinado	177
7.2.5 Flujo de efectivo o equivalente	178
7.2.6 Análisis de índices financieros	179
7.2.7 Razones de liquidez	179
7.2.8 Razones de actividad	180
7.2.9 Razones de apalancamiento	181
7.2.10 Razones de rentabilidad	182
7.2.11 Análisis de la reserva de contingencia y del plan de inversiones de EsSalud	183
7.3 Contrataciones a terceros	187
7.3.1 Aspectos normativos	187
7.3.2 Costo de los servicios asistenciales contratados a terceros	192
8. Afiliación y cobertura	195
8.1 Tendencias generales y perfil del asegurado	195
8.2 Patrones de evolución de la cobertura según seguros de EsSalud	205
9. Estructura y producción hospitalaria	209
10. Organización institucional y desempeño administrativo	226
10.1 Estructura de la Organización	226
10.1.1 Macroprocesos en EsSalud	228
10.1.2 Evaluación de desempeño administrativo	233
11. Gestión de la inversión en infraestructura: pasado reciente y planes a futuro	239
11.1 Alianzas público-privadas	241

12. Provisión de servicios clínicos y auxiliares: otorgamiento de prestaciones	244
12.1 Prestaciones médicas	244
12.1.1 Consultas	244
12.1.2 Consulta externa	246
12.1.3 Hospitalización	249
12.1.4 Emergencias	251
12.1.5 Cirugías	253
12.1.6 Otorgamiento de servicios auxiliares	255
12.1.7 Servicios odontológicos	256
12.1.8 Procedimientos especiales	258
12.1.9 Otros servicios	262
12.2 Prestaciones económicas	262
12.2.1 Datos generales	262
12.2.2 Incapacidad temporal	268
12.2.3 Lactancia	275
12.2.4 Maternidad	277
12.2.5 Sepelio	283
12.2.6 Problemática de las prestaciones económicas	285
13. Políticas de calidad en EsSalud	288
13.1 Medición del grado de satisfacción del usuario de la plataforma de atención de seguros y prestaciones económicas	290
13.2 Informes de evaluación del Plan Operativo	293
Análisis de la macrogestión	298
14. Separación de funciones en EsSalud	299
15. Descentralización	303
15.1. Elementos introductorios	303
15.2. Descentralización en EsSalud	304
16. Nuevos modelos de gestión: mecanismos de pago y resultados	306
17. Estrategias contra la corrupción en los sistemas de salud	307
18. Conclusiones y recomendaciones	309
Referencias bibliográficas	315
Anexos	319
Anexo 1. EsSalud: Proyectos de infraestructura desarrollados o vigentes, 2009-2017	319
Anexo 2. Información presupuestal del Seguro Social de Salud	323
Anexo 3. Distribución de la muestra por red asistencial	325
Anexo 4. Estadísticas hospitalarias	326
Anexo 5. Sumario de mecanismos de pago	334
Anexo 6. Organigrama estructural de EsSalud	336

Gráficos

Gráfico 1	Perú: PIB real y tasa de crecimiento de la economía, 2000-2017	8
Gráfico 2	Estructura del PIB por sector productivo en porcentaje, 2005-2017	9
Gráfico 3	Perú: Composición del PIB por factores de demanda agregada como porcentaje del PIB, 2000-2016	10
Gráfico 4	Tasa de inflación, 2000-2017	11
Gráfico 5	Tasas de interés reales, activas y pasivas, 2003-2016	12
Gráfico 6	Perú: Situación fiscal del Gobierno Central y del Sector Público no Financiero como porcentaje del PIB, 2000-2017	14
Gráfico 7	Perú: Saldo de la deuda pública como porcentaje del PIB, 2000-2017	15
Gráfico 8	Perú: Ingresos totales y tributarios del GG y del GC como porcentaje del PIB, 2000-2017	16
Gráfico 9	Perú: Composición de los ingresos tributarios como porcentaje del total, 2000-2017	17
Gráfico 10	Perú: Ingresos por contribuciones a EsSalud y a la ONP como porcentaje del PIB, 2000-2017	17
Gráfico 11	Perú: Egresos como porcentaje del PIB, 2000-2017	18
Gráfico 12	Perú: Evolución del gasto público por criterio económico como porcentaje del PIB, 2003-2017	19
Gráfico 13	Perú: Evolución del gasto público por objeto del gasto como porcentaje del PIB, 2003-2017	20
Gráfico 14	Perú: Evolución del gasto público en educación y salud, 2000-2015 y 2000-2016	20
Gráfico 15	Perú: Población total y su tasa de crecimiento según censos, 1940-2017	22
Gráfico 16	Tasas brutas de fecundidad, natalidad y mortalidad, 1950-2050	23
Gráfico 17	Pirámides poblacionales de Perú, 2005, 2015 y 2021	26
Gráfico 18	Estructura poblacional por región, 2000, 2010 y 2015	28
Gráfico 19	Evolución de la incidencia de la pobreza monetaria total y extrema en porcentaje, 2007-2017	31
Gráfico 20	Perú: Incidencia de la pobreza según provincia y distrito, 2013	35
Gráfico 21	Perú: Comparación de la incidencia de la pobreza total, según distrito, 2009 y 2013	36
Gráfico 22	Porcentaje de la población con al menos una necesidad básica insatisfecha según distrito, 2007 y 2013	40
Gráfico 23	Evolución del coeficiente de Gini del ingreso, 2007-2017	41
Gráfico 24	Evolución del coeficiente de Gini del ingreso según área de residencia, 2007-2017	42
Gráfico 25	Indicadores de acceso a servicios básicos, tecnologías de la información y de la comunicación como porcentaje de acceso, 2009-2014	44
Gráfico 26	Población en edad de trabajar según área de residencia como porcentaje del total, 2007-2017	56
Gráfico 27	Población económicamente activa según departamento como porcentaje del total, 2017	57

Gráfico 28	Variación porcentual de la población económicamente activa según departamento, 2007-2017	57
Gráfico 29	Población económicamente activa según sexo como porcentaje del total, 2007-2017	58
Gráfico 30	Población ocupada según sexo como porcentaje del total, 2007-2016	59
Gráfico 31	Composición de la población ocupada según ramas de actividad en porcentaje, 2009 y 2017	59
Gráfico 32	Composición de la población ocupada según tamaño de empresa en porcentaje, 2012-2017	61
Gráfico 33	Empleo formal e informal como porcentaje del total, 2008-2017	62
Gráfico 34	Empleo informal según sexo como porcentaje, 2008-2017	62
Gráfico 35	Tasa de actividad según sexo como porcentaje, 2007-2017	63
Gráfico 36	Tasa de desempleo como porcentaje, 2007-2017	64
Gráfico 37	Ingresos laborales promedio en soles corrientes y variación porcentual, 2008-2017	65
Gráfico 38	Ingresos laborales promedio según departamento en soles corrientes, 2017	66
Gráfico 39	Ingresos laborales promedio según sexo en soles corrientes, 2007-2017	67
Gráfico 40	Perú: Tasa bruta de mortalidad y tasa de mortalidad infantil, 1990-2017	68
Gráfico 41	EsSalud: Tasa bruta de mortalidad por red asistencial, 2016	72
Gráfico 42	Distribución porcentual según grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018	79
Gráfico 43	Distribución porcentual del sexo del jefe de hogar por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018	79
Gráfico 44	Porcentaje de hogares a cargo de mujeres solteras según grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018	80
Gráfico 45	Tamaño de hogar promedio por grupo de aseguramiento, 2017	80
Gráfico 46	Zona de residencia por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018	81
Gráfico 47	Distribución porcentual de grupos de aseguramiento por departamento, 1.º trimestre 2018	82
Gráfico 48	Distribución porcentual de edades por grupo de aseguramiento y grupo etario, 1.º trimestre 2018	83
Gráfico 49	Edad promedio de los jefes de hogar por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018	83
Gráfico 50	Distribución porcentual del nivel educativo por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018	85
Gráfico 51	Distribución porcentual del nivel educativo de los jefes de hogar por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018	85
Gráfico 52	Porcentaje de hogares con jefe de hogar desempleado por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018	86
Gráfico 53	Condición de informalidad por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018	87
Gráfico 54	Porcentaje de hogares con jefe de hogar en condición de informalidad por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018	88
Gráfico 55	Ingreso laboral mensual promedio de principal ocupación por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018	88

Gráfico 56	Ingreso laboral promedio de principal ocupación del jefe de hogar por grupo de aseguramiento, 1. ^{er} trimestre 2018	89
Gráfico 57	Ingreso total neto promedio por persona por grupo de aseguramiento, 2017	90
Gráfico 58	Gasto bruto total promedio por persona por grupo de aseguramiento, 2017	90
Gráfico 59	Indicadores de pobreza por grupo de aseguramiento, 2017	91
Gráfico 60	Porcentaje de hogares con NBI por grupo de aseguramiento, 1. ^{er} trimestre 2018	92
Gráfico 61	Evolución de los ingresos y aportaciones en soles, 2005-2017	116
Gráfico 62	Distribución de los ingresos de EsSalud por fuente, promedio 2015-2017	117
Gráfico 63	Ingresos y aportaciones como porcentaje del PIB, 2005, 2009, 2013 y 2017	118
Gráfico 64	Aportaciones nominal y real por asegurado titular, 2005-2017	119
Gráfico 65	Composición de los ingresos por concepto del Seguro Potestativo de EsSalud, en porcentajes	120
Gráfico 66	Composición de los ingresos por concepto de otros seguros, en porcentajes	120
Gráfico 67	Evolución del presupuesto de operación de EsSalud per cápita real y como porcentaje del PIB, 2005-2017	121
Gráfico 68	Evolución de la estructura del gasto de EsSalud, 2005-2017, en porcentajes	122
Gráfico 69	Evolución del presupuesto de operación de EsSalud per cápita real y como porcentaje del PIB, 2005-2017	123
Gráfico 70	Costo unitario promedio de atención por paciente, en soles	124
Gráfico 71	Costo unitario promedio de un procedimiento de parto, en soles	126
Gráfico 72	Costo promedio unitario de algunos exámenes médicos para EsSalud, en soles	126
Gráfico 73	Distribución porcentual del gasto corriente de EsSalud, 2011, 2014 y 2017	128
Gráfico 74	Coeficientes de concentración del gasto corriente en 2011, 2014 y 2017	129
Gráfico 75	Crecimiento y contribución de rubros presupuestarios seleccionados, 2011-2017	130
Gráfico 76	Crecimiento y contribución de rubros presupuestarios seleccionados, 2011, 2014 y 2017	131
Gráfico 77	Participación de cada rubro salarial en la tasa de crecimiento de las remuneraciones	133
Gráfico 78	Estructura salarial por categoría laboral, 2015 y 2017	134
Gráfico 79	Estructura interna de la categoría compra de bienes, 2011, 2014 y 2017	135
Gráfico 80	Estructura interna de la categoría compras a terceros, 2011, 2014 y 2017	136
Gráfico 81	Medicamentos: Peso relativo y gasto per cápita real año base 2010, 2006-2016	137
Gráfico 82	Porcentaje de entrevistados que menciona medicamentos como oportunidad de mejora del sistema, por red asistencial	138
Gráfico 83	Medicamentos consumidos por asegurado en unidades, 2017	139
Gráfico 84	Inversiones en EsSalud: Gasto total y como porcentaje del PIB, 2007-2017	140
Gráfico 85	Composición de las inversiones ejecutadas por EsSalud, 2011-2017	141
Gráfico 86	Composición de las inversiones ejecutadas por EsSalud, 2005-2017	143

Gráfico 87	EsSalud: Tasa de ejecución del presupuesto para formación de capital, 2005-2017	144
Gráfico 88	Transferencias a la ONP como porcentaje del PIB, 2005-2017	145
Gráfico 89	Saldo operativo y económico del seguro de salud, 2005-2017	146
Gráfico 90	EsSalud: Trabajadores totales y ratio por cada 1,000 asegurados, 2010-2017	149
Gráfico 91	EsSalud: Médicos por 1,000 asegurados, 2010-2017	150
Gráfico 92	EsSalud: Productividad por médico, 2010-2016	152
Gráfico 93	Distribución de médicos y enfermeras por 1,000 asegurados y red asistencial, 2017	153
Gráfico 94	Correlación entre asignación de recurso clínico y AVISA	155
Gráfico 95	EsSalud: Establecimientos totales y por cada 100,000 asegurados, 2007-2017	156
Gráfico 96	EsSalud: Composición de los establecimientos por categoría, 2018	157
Gráfico 97	Asegurados por centro de primer nivel, 2017	158
Gráfico 98	Asegurados por centro de segundo nivel, 2017	159
Gráfico 99	Edad promedio de los establecimientos de EsSalud, por nivel de atención	160
Gráfico 100	Porcentaje de instalaciones en buen estado, por rubro evaluado	161
Gráfico 101	Cantidad de consultorios físicos y funcionales, 2002-2015	162
Gráfico 102	Cantidad de intervenciones quirúrgicas según nivel de complejidad, 2000-2015	163
Gráfico 103	Rendimiento diario de los centros quirúrgicos, 2000-2015	164
Gráfico 104	Evolución del equipamiento biomédico y electromecánico obsoleto en EsSalud	165
Gráfico 105	Equipo biomédico y electromecánico en EsSalud total y por cada 1,000 asegurados, 2017	166
Gráfico 106	Porcentaje de los equipos que se encuentran fuera de su vida útil, según red de asistencia, 2017	167
Gráfico 107	Equipo biomédico y electromecánico fuera de su vida útil en porcentajes, 2017	168
Gráfico 108	Cuentas por cobrar en EsSalud en millones de soles, 2013-2017	173
Gráfico 109	Participación relativa de los componentes del pasivo total de EsSalud, 2010-2017	174
Gráfico 110	Componentes de las cuentas por cobrar de EsSalud en porcentajes, 2017	175
Gráfico 111	Resultado operativo y financiero de EsSalud en millones de soles, 2013-2017	177
Gráfico 112	Variación en flujo de efectivo o equivalentes en EsSalud en millones de soles, 2013-2017	179
Gráfico 113	Reserva técnica de EsSalud en millones de soles, 2013-2017	183
Gráfico 114	Composición porcentual de la reserva técnica de EsSalud en porcentajes, 2013-2017	184
Gráfico 115	Rendimiento del portafolio de inversiones de EsSalud en porcentajes, 2010-2017	185
Gráfico 116	Brechas para el precio de contratación de servicios asistenciales de salud entre proveedores externos a EsSalud y proveedores públicos, en porcentajes	193
Gráfico 117	EsSalud: Tasas de cobertura poblacional y de la PEA, 2005-2017	195

Gráfico 118	Ratio de beneficiarios a titulares, 2005-2017	196
Gráfico 119	Tasas de cobertura por sexo, 2014-2017	197
Gráfico 120	Tasas de cobertura con seguro de salud por grupo etario, 2015	198
Gráfico 121	Participación en afiliación y crecimiento medio por departamento, 2014-2017	199
Gráfico 122	Distribución de beneficiarios según sexo, 2017	201
Gráfico 123	Composición de asegurados por departamento y grupo de edad, 2015	202
Gráfico 124	Composición de asegurados por rama de actividad, 2017	204
Gráfico 125	Estructura de la afiliación a EsSalud por tipo de seguro, 2015 y 2017	206
Gráfico 126	Índice de titulares a derechohabientes, 2015 y 2017	208
Gráfico 127	EsSalud: Tasa de camas por 10,000 habitantes por red, 2011 y 2017	212
Gráfico 128	EsSalud: Tasa de camas por 10,000 habitantes por población consultante por red, 2011 y 2017	213
Gráfico 129	EsSalud: Índice de ocupación hospitalaria de las redes, 2011 y 2017	214
Gráfico 130	EsSalud: Estancia promedio e intervalo de sustitución por red, 2011	215
Gráfico 131	EsSalud: Estancia promedio e intervalo de sustitución por red, 2017	216
Gráfico 132	EsSalud: Rendimiento de cama por red, 2011 y 2017	217
Gráfico 133	EsSalud: Tasa de mortalidad en las primeras 48 horas de ingreso por 100 egresos por red, 2011 y 2017	218
Gráfico 134	EsSalud: Tasa de mortalidad luego de 48 horas de ingreso por 100 egresos por red, 2011 y 2017	219
Gráfico 135	EsSalud: Tasa de reingreso hospitalario por 100 egresos por red, 2011 y 2017	220
Gráfico 136	EsSalud: Evolución de consultas por cada 100 asegurados, 2010-2017	245
Gráfico 137	EsSalud: Consultas externas por cada 100 asegurados, 2010-2017	247
Gráfico 138	EsSalud: Principales cinco diagnósticos de consulta externa por cada 100 asegurados, 2010-2017	248
Gráfico 139	EsSalud: Hospitalizaciones por cada 100 asegurados, 2010-2017	249
Gráfico 140	EsSalud: Principales cinco diagnósticos de egresos hospitalarios por cada 1,000 asegurados, 2010-2017	250
Gráfico 141	EsSalud: Emergencias por cada 100 asegurados, 2010-2017	251
Gráfico 142	EsSalud: Principales cinco diagnósticos de atenciones de emergencias por cada 100 asegurados, 2010-2017	252
Gráfico 143	EsSalud: Intervenciones quirúrgicas por cada 100 asegurados, 2007-2016	253
Gráfico 144	EsSalud: Cirugías menores por cada 1,000 asegurados, 2007-2016	254
Gráfico 145	EsSalud: Cirugías mayores por cada 1,000 asegurados, 2007-2016	254
Gráfico 146	EsSalud: Cantidad de cesáreas y nacimientos en miles, 2005-2016	255
Gráfico 147	EsSalud: Recetas de consultas externas por asegurado, 2007-2016	256
Gráfico 148	EsSalud: Consultantes de odontología por cada 100 asegurados, 2007-2016	257

Gráfico 149	EsSalud: Exámenes de laboratorio por asegurado, 2007-2016	257
Gráfico 150	EsSalud: Tomografía multicorte por cada 1,000 asegurados, 2008-2016	258
Gráfico 151	EsSalud: Electromiografía por cada 1,000 asegurados, 2007-2016	259
Gráfico 152	EsSalud: Electrocardiogramas por cada 100 asegurados, 2007-2016	259
Gráfico 153	EsSalud: Ecografías por cada 100 asegurados, 2007-2016	260
Gráfico 154	EsSalud: Inmunoterapia para trasplante por cada 1,000 asegurados, 2007-2016	260
Gráfico 155	EsSalud: Sesiones de hemodiálisis por cada 100 asegurados, 2007-2016	261
Gráfico 156	EsSalud: Control de trabajo social por cada 100 asegurados, 2007-2016	261
Gráfico 157	EsSalud: Evolución de solicitudes atendidas y montos de prestaciones, 2008-2018	262
Gráfico 158	EsSalud: Evolución del gasto operativo y del gasto en prestaciones económicas, 2010-2018	263
Gráfico 159	EsSalud: Beneficiarios de prestaciones económicas por cada 100 asegurados, 2010-2017	263
Gráfico 160	EsSalud: Porcentaje de beneficiarios según sexo, 2010-2017	264
Gráfico 161	EsSalud: Cantidad de beneficiarios por oficina de trámite de expediente, 2010 y 2017	265
Gráfico 162	EsSalud: Composición de las prestaciones económicas según solicitud atendida y monto, 2018	266
Gráfico 163	EsSalud: Montos promedios por subsidio, 2010-2017	266
Gráfico 164	EsSalud: Monto otorgado por incapacidad temporal por asegurado según departamento, 2014	269
Gráfico 165	EsSalud: Monto otorgado por incapacidad temporal por asegurado según departamento, 2017	269
Gráfico 166	EsSalud: Días otorgados por incapacidad temporal por asegurado según departamento, 2014	270
Gráfico 167	EsSalud: Días otorgados por incapacidad temporal por asegurado según departamento, 2017	271
Gráfico 168	EsSalud: Monto otorgado por lactancia por asegurado según departamento, 2014	275
Gráfico 169	EsSalud: Monto otorgado por lactancia por asegurado según departamento, 2017	276
Gráfico 170	EsSalud: Monto otorgado por maternidad por asegurado según departamento, 2014	278
Gráfico 171	EsSalud: Monto otorgado por maternidad por asegurado según departamento, 2017	279
Gráfico 172	EsSalud: Días otorgados por maternidad por asegurado según departamento, 2014	280
Gráfico 173	EsSalud: Días otorgados por maternidad por asegurado según departamento, 2017	280
Gráfico 174	EsSalud: Monto otorgado por sepelio por asegurado según departamento, 2014	283
Gráfico 175	EsSalud: Monto otorgado por sepelio por asegurado según departamento, 2017	284
Gráfico 176	EsSalud: Indicador de satisfacción global de las OSPE por provincia en porcentaje, I trim. 2016-I trim. 2017	293

Cuadros

Cuadro 1	Perú: Crecimiento medio del PIB per cápita por quinquenio en porcentaje, 2000-2017	9
Cuadro 2	Indicadores de dependencia y envejecimiento, 2017	24
Cuadro 3	Estructura poblacional por zona de residencia como porcentaje del total, según quinquenio	29
Cuadro 4	Estructura poblacional por sexo como porcentaje del total, según quinquenio	29
Cuadro 5	Incidencia de la pobreza monetaria y extrema según zona de residencia en porcentaje, 2016-2017	33
Cuadro 6	Incidencia de la pobreza monetaria y extrema según zona de región natural en porcentaje, 2016-2017	33
Cuadro 7	Incidencia de la pobreza monetaria y extrema según zona de dominio geográfico en porcentaje, 2016-2017	34
Cuadro 8	Incidencia de la pobreza monetaria según grupo de edad en porcentaje, 2017	36
Cuadro 9	Nivel de educación alcanzado por la población de 15 años y más edad, 2017	37
Cuadro 10	Población pobre de 3 a 24 años de edad según asistencia neta al sistema educativo, 2017	37
Cuadro 11	Población pobre ocupada de 14 y más años de edad según rama de actividad, 2017	38
Cuadro 12	Población pobre ocupada de 14 y más años de edad según condición de formalidad en el empleo, 2017	38
Cuadro 13	Población pobre ocupada según categoría de ocupación, 2017	38
Cuadro 14	Ingreso real promedio per cápita mensual según deciles, 2017 y variación porcentual periodos seleccionados (soles constantes base = 2017 a precios de Lima Metropolitana)	43
Cuadro 15	Hogares con al menos un miembro que tiene teléfono celular según ámbito geográfico como porcentaje del total de hogares, 2007-2016	45
Cuadro 16	Hogares que tienen al menos una computadora según ámbito geográfico como porcentaje del total de hogares, 2007-2016	46
Cuadro 17	Hogares que acceden al servicio de internet según ámbito geográfico como porcentaje del total de hogares, 2007-2016	48
Cuadro 18	Viviendas particulares propias con título de propiedad según departamento como porcentaje del total de viviendas particulares, 2007-2016	49
Cuadro 19	Viviendas particulares según material predominante en las paredes exteriores y área de residencia como porcentaje del total de viviendas particulares, 2007-2016	50
Cuadro 20	Formas de abastecimiento de agua de los hogares según área de residencia como porcentaje del total de hogares, 2013-2016	51
Cuadro 21	Formas de eliminación de excretas de los hogares según área de residencia como porcentaje del total de hogares, 2013-2016	52
Cuadro 22	Hogares en viviendas particulares que disponen de alumbrado eléctrico por red pública según ámbito geográfico como porcentaje del total de hogares, 2007-2016	54

Cuadro 23	Población en edad de trabajar según grupos de edad como porcentaje, 2007-2017	55
Cuadro 24	Población ocupada según ramas de actividad en miles de personas, 2009-2017	60
Cuadro 25	Tasa de desempleo según grupo de edad en porcentaje, 2007-2017	64
Cuadro 26	Tasa de desempleo según grupo de edad en porcentaje, 2007-2017	65
Cuadro 27	Principales causas de muerte en Perú, 2005 y 2016	69
Cuadro 28	Principales problemas de salud causantes de discapacidad en Perú, 2005 y 2016	70
Cuadro 29	Principales factores de riesgo causantes de muertes y discapacidad combinadas en Perú, 2005 y 2016	71
Cuadro 30	EsSalud: Tasa bruta de mortalidad, tasa de mortalidad infantil y tasa de mortalidad en la niñez, 2010-2016	71
Cuadro 31	EsSalud: Principales cinco diagnósticos de consulta externa, 2010 y 2017	73
Cuadro 32	EsSalud: Principales cinco diagnósticos de egresos hospitalarios, 2010 y 2017	74
Cuadro 33	EsSalud: Principales cinco diagnósticos de atenciones de emergencias, 2010 y 2017	75
Cuadro 34	EsSalud: Principales cinco diagnósticos de incapacidad temporal, cantidad de casos por 1,000 asegurados y días por caso, 2012, 2015 y 2017	76
Cuadro 35	EsSalud: Indicadores seleccionados de AVISA por red asistencial, 2014	77
Cuadro 36	Distribución porcentual del idioma o lengua materna por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018	84
Cuadro 37	Indicadores de la PEA por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018	86
Cuadro 38	Principios y características del aseguramiento universal	93
Cuadro 39	Planes de aseguramiento	95
Cuadro 40	Regímenes de aseguramiento	95
Cuadro 41	Prestaciones que otorga EsSalud	96
Cuadro 42	Aportes por afiliación	97
Cuadro 43	Derecho de cobertura	97
Cuadro 44	Derecho por subsidio	98
Cuadro 45	Descanso semanal, días feriados, vacaciones y gratificaciones	99
Cuadro 46	Cobertura del Seguro Regular y del Seguro Agrario	102
Cuadro 47	Periodo de espera para activar algunas coberturas	104
Cuadro 48	Aportes mensuales del Seguro + Salud	104
Cuadro 49	Aportes mensuales del Seguro + Protección	105
Cuadro 50	Beneficios del Seguro + Vida	106
Cuadro 51	Resumen de los seguros ofrecidos por EsSalud	107
Cuadro 52	Redes asistenciales de EsSalud por tipo o categoría	108

Cuadro 53	Redes prestacionales en Lima	109
Cuadro 54	Contribuciones pagadas por tipo de seguro para poder acceder a prestaciones	112
Cuadro 55	Subsidio por incapacidad temporal según tipo de seguro	112
Cuadro 56	Subsidio por maternidad	113
Cuadro 57	EsSalud: Resumen de las prestaciones económicas	114
Cuadro 58	Recaudación total de EsSalud y sus componentes, en millones de soles y porcentajes	119
Cuadro 59	Costo unitario promedio de un día de internamiento, en soles	125
Cuadro 60	Costo unitario promedio por un paciente atendido en la Unidad de Emergencias, en soles	125
Cuadro 61	Costo unitario promedio de una intervención quirúrgica, en soles	127
Cuadro 62	Inversión promedio en formación de capital, 2005-2017	141
Cuadro 63	Diferencias en ingresos y gastos como porcentaje del PIB, 2010 y 2017	146
Cuadro 64	Direccionalidad de variables claves durante años deficitarios	147
Cuadro 65	Composición laboral de EsSalud, 2011, 2013 y 2016	149
Cuadro 66	Perfil general de los funcionarios de EsSalud	150
Cuadro 67	Requerimientos adicionales de médicos y enfermeras para igualar promedio nacional	154
Cuadro 68	Calidad de la infraestructura de los establecimientos de salud por criterio, 2017	161
Cuadro 69	Provisión de cobranza dudosa en EsSalud en millones de soles, 2014-2017	176
Cuadro 70	Aportaciones por cobrar a la SUNAT y provisiones requeridas en millones de soles, 2014-2017	176
Cuadro 71	Cambios en el patrimonio neto combinado en millones de soles, 2013-2017	178
Cuadro 72	Razones financieras de liquidez, 2013-2017	180
Cuadro 73	Razones financieras de actividad, 2013-2017	181
Cuadro 74	Razones financieras de apalancamiento, 2013-2017	181
Cuadro 75	Razones financieras de rentabilidad, 2013-2017	182
Cuadro 76	Composición y características del portafolio de inversiones de EsSalud, 2013-2017	185
Cuadro 77	Costos unitarios de contratación de servicios externos en el 2016, en soles	192
Cuadro 78	Composición de la afiliación a EsSalud por grupo de edad, 2014 y 2017	197
Cuadro 79	Tasa de cobertura poblacional con seguro de salud por departamento, 2014 y 2017	200
Cuadro 80	Tasa de aseguramiento por grupo de edad, 2015	203
Cuadro 81	Distribución de población asegurada por red asistencial	204
Cuadro 82	Estructura de la afiliación a EsSalud por tipo de seguro, 2015 y 2017	207

Cuadro 83	Ganadores y perdedores en afiliación por seguro entre 2015 y 2017 (crecimiento anual)	208
Cuadro 84	EsSalud: Tipos de hospitales por red , 2017	210
Cuadro 85	MINSA: Detalle de la clasificación hospitalaria por nivel de complejidad, 2004	211
Cuadro 86	EsSalud: Indicadores de utilización de cama del INCOR, 2011 y 2017	220
Cuadro 87	EsSalud: Tasas de mortalidad y de reingresos del INCOR, 2011 y 2017	221
Cuadro 88	EsSalud: Principales diagnósticos de egreso hospitalario y estadísticas de egresos, 2015-2017	221
Cuadro 89	EsSalud: Principales 10 egresos hospitalarios por promedio de días de estancia, 2015-2017	223
Cuadro 90	EsSalud: Total y porcentaje de egresos hospitalarios por grupos de diagnóstico I y C, 2015-2017	224
Cuadro 91	EsSalud: Componentes de los macroprocesos estratégicos	229
Cuadro 92	EsSalud: Componentes de los macroprocesos misionales	230
Cuadro 93	EsSalud: Componentes de los macroprocesos de soporte	230
Cuadro 94	EsSalud: Indicadores seleccionados del proceso de atención al usuario de aseguramiento, 2012-2016	234
Cuadro 95	EsSalud: Indicadores de desempeño según proceso, 2012-2016	238
Cuadro 96	Cantidad de establecimientos por tipo de proveedor, 2016	240
Cuadro 97	Producción asistencial de los principales servicios en el C. H. Barton y el C. H. Kaelin, 2016	243
Cuadro 98	Promoción de inversiones para ser realizadas vía APP	243
Cuadro 99	Cesáreas y nacimientos por cada 100 aseguradas en edad fértil, 2014-2016	255
Cuadro 100	EsSalud: Porcentaje de beneficiarios por tipo de asegurado, 2010 y 2017	267
Cuadro 101	EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio enfermedad, 2010-2017	272
Cuadro 102	EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio accidente de trabajo, 2010-2017	272
Cuadro 103	EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio accidente común, 2013-2017	273
Cuadro 104	EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio enfermedad profesional, 2013-2017	274
Cuadro 105	EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio reintegro de enfermedad, 2013-2017	274
Cuadro 106	EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio lactancia titular, 2010-2017	276
Cuadro 107	EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio lactancia cónyuge, 2010-2017	277
Cuadro 108	EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio maternidad pre y completa (pre y post), 2010-2017	281
Cuadro 109	EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio maternidad post, 2013-2017	282
Cuadro 110	EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio reintegro de maternidad, 2013-2017	282

Cuadro 111	EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio sepelio, 2010-2017	284
Cuadro 112	EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio reintegro de sepelio, 2013-2017	285
Cuadro 113	Políticas de calidad	288
Cuadro 114	Descripción del contenido de las políticas de calidad	289
Cuadro 115	EsSalud: Medición del grado de satisfacción del usuario de la plataforma de atención de seguros y prestaciones económicas, I trim. 2016-I trim. 2017	291
Cuadro 116	EsSalud: Indicadores seleccionados del Informe de Evaluación del Plan Operativo, 2013-2016	296
Cuadro 117	Diversas medidas para mejoramiento de los procesos para atender la problemática de la corrupción	308
Cuadro 118	EsSalud: Camas hospitalarias, tipos de hospitales y relaciones poblacionales, 2017	326
Cuadro 119	EsSalud: Tasas de camas por población adscrita y población consultante por red, 2011	327
Cuadro 120	EsSalud: Tasa de egresos hospitalarios por población total y población consultante por red, 2017	328
Cuadro 121	EsSalud: Indicadores de utilización de la cama hospitalaria por red, 2017	329
Cuadro 122	EsSalud: Indicadores de utilización de la cama hospitalaria por red, 2011	330
Cuadro 123	EsSalud: Tasa de mortalidad hospitalaria antes y después de las 48 horas por red, 2011 y 2017	331
Cuadro 124	EsSalud: Tasa de reingreso hospitalario, 2011 y 2017	332
Cuadro 125	Tipos de métodos de pago y sus características más importantes	335

Siglas y abreviaturas

AFP	Administradoras de Fondos de Pensiones
AVISA	años de vida saludable perdidos
APP	asociaciones público-privadas
BCRP	Banco Central de Reserva del Perú
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAP	Centro de Atención Primaria
CARPE	Centros Asistenciales de Referencia de Prestación Extraintitucional
CAS	Contrato Administrativo de Servicios
CBSSP	Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador
ENAH0	Encuesta Nacional de Hogares
EPS	Entidades Prestadoras de Salud
GC	Gobierno Central
GG	Gobierno General
IAFAS	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
INCOR	Instituto Nacional Cardiovascular
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IPM	Índice de Pobreza Multidimensional
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social
MINSA	Ministerio de Salud del Perú
NBI	necesidades básicas insatisfechas
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONP	Oficina de Normalización Previsional
OSPE	Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas
PEA	población económicamente activa
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PIB	producto interno bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RMV	Remuneración Mínima Vital
SAC	sociedad anónima cerrada

SCTR	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo
SIS	Seguro Integral de Salud
SPNF	Sector Público no Financiero
SPP	Sistema Privado de Pensiones
SUNAFIL	Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral
SUNAT	Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria
UIT	unidad impositiva tributaria

Prólogo

La OIT y EsSalud suscribieron el día 8 de julio de 2011 un Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional con el objeto de “...establecer y desarrollar instrumentos de mutua colaboración y cooperación técnica especializada para la ejecución de diversos proyectos y programas, destinados a mejorar la calidad de la atención, ampliar la cobertura de aseguramiento en salud y establecer mecanismos eficientes que garanticen la sostenibilidad financiera de mediano y largo plazo del sistema de seguridad social en salud”.

En el marco de este Convenio se desarrollaron productos que evaluaron el sistema de salud del Perú, la situación financiera y actuarial de EsSalud, así como otros aspectos relacionados con su operatividad. Precisamente, como parte de las recomendaciones del Estudio Actuarial, se consideró necesario proceder con una evaluación de la gestión de los servicios de EsSalud, en los aspectos administrativos y prestacionales.

El producto de dicha evaluación se presenta en este documento, donde se valora la gestión administrativa y prestacional de EsSalud, a la vez que se identifican fortalezas y se plantean retos y recomendaciones que permitan mejorar la cobertura y calidad de los servicios brindados actualmente a su población. El documento evalúa los tres niveles de gestión: la macrogestión, que corresponde a las políticas de salud en el ámbito nacional e institucional; la mesogestión, que evalúa la gestión de los establecimientos de salud de acuerdo con lo que dicta la disciplina de la administración, y la microgestión, que abarca la gestión clínica, e incluye la gestión de la práctica médica y de los involucrados en la atención a los pacientes.

El presente estudio constituye una importante herramienta de gestión institucional, puesto que permitirá fortalecer las estrategias del seguro social para garantizar los derechos de los asegurados, gestionar las prestaciones a cargo de la institución adecuadamente y con transparencia, velar por la sostenibilidad financiera y la eficiencia en el uso de los recursos de los fondos de aseguramiento, y modernizar la gobernanza de la organización.

Asimismo, los resultados del estudio contribuyen en la adopción de estrategias para el cumplimiento de los fines de EsSalud: brindar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales, con el objetivo de mejorar el estado de salud de los asegurados, y responder a sus expectativas y necesidades de manera adecuada y oportuna.

La elaboración del informe estuvo a cargo de José Francisco Pacheco. El trabajo fue coordinado inicialmente por Sergio Velasco y luego por Pablo Casalí, ambos especialistas en seguridad social de la OIT, y Patricia Contreras, Jefa de la Oficina de Estudios y Gestión de Riesgos de Seguros. La coordinación del trabajo expresa un agradecimiento especial a Fabio Durán y Andrés Acuña, ambos funcionarios del Departamento de Protección Social de la OIT (Ginebra, Suiza), al Dr. Hernán Ramos, Gerente Central de Seguros y Prestaciones Económicas de EsSalud, y a los distintos funcionarios de esta última Institución que de una manera u otra colaboraron en la realización del informe.

Fiorella Molinelli
Presidenta Ejecutiva
EsSalud

Philippe Vanhuynegem
Director de la Oficina de la OIT
para los Países Andinos

1.

Introducción

La Oficina para los Países Andinos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Seguro Social de Salud (EsSalud) firmaron, en el 2011, un convenio marco para la provisión de asistencia técnica de la primera al segundo. Asimismo, en el 2014 se firmó otro acuerdo para la elaboración de la valuación actuarial que EsSalud, según la normativa vigente, tiene que preparar cada dos años. El último ejercicio actuarial fue preparado por la OIT en el 2019.

Como parte de las recomendaciones emanadas del *Estudio financiero actuarial* de 2015 se consideró necesario proceder con una evaluación de la gestión de los servicios de EsSalud, tanto los de naturaleza administrativa como aquellos de origen prestacional. Dada la concordancia temporal entre dicha recomendación y la actualización del estudio actuarial, se propuso incorporar en este último ejercicio un acápite dedicado a valorar la gestión de EsSalud como insumo crítico para que los tomadores de decisiones tengan un mejor panorama sobre la evolución reciente de algunos procesos y sus respectivos resultados. En ese sentido, el ejercicio actuarial del presente año se expande en su alcance para contemplar tanto la perspectiva financiera como aquella enfocada en la administración y provisión de servicios.

El presente documento desarrolla el plan de trabajo de la consultoría denominada “Estudio de gestión institucional” que se inserta en el marco antes descrito. Su alcance contempla la evaluación de la gestión, los resultados del modelo actuarial, el desarrollo de un *software* específico para EsSalud que permita generar proyecciones necesarias y la capacitación respectiva, siendo estas últimas actividades coordinadas con el equipo técnico actuarial de la OIT en Ginebra, Suiza.

El objetivo general de la consultoría es valorar la gestión administrativa y prestacional de EsSalud de forma que se identifiquen fortalezas y retos que permitan mejorar la cobertura y calidad de los servicios brindados actualmente a la población.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Analizar las condiciones de entorno (macroeconómicas, demográficas, sanitarias, laborales) y sus potenciales efectos en la operación actual y futura de EsSalud.
2. Evaluar los macrocomponentes de la gestión del seguro de salud tales como separación de funciones, descentralización y modelo de asignación de recursos, entre otros.
3. Valorar mesocomponentes del modelo actual en áreas como administración general, cobertura, recaudación, gestión financiera y gestión de la red, ya sea a nivel central o regional.
4. Estudiar los microcomponentes de la gestión del seguro de salud relacionados con recurso humano, infraestructura, equipo y sistemas de información, ya sea a nivel central o regional.
5. Apoyar el desarrollo de un modelo actuarial específico para EsSalud que permita aproximar aspectos de sostenibilidad del seguro a partir de proyecciones financieras y demográficas relevantes.
6. Desarrollar material de capacitación y apoyo a la formación en temas asociados a la gestión de EsSalud.
7. Preparar, a partir de los capítulos anteriores, un conjunto de recomendaciones de política y mejoras en materia de gestión.

2.

Marco conceptual

La finalidad de este apartado es enumerar los principales conceptos que se aplicarán en la evaluación de la gestión de EsSalud. De los conceptos revisados se derivan las áreas que serán parte de la evaluación que se llevará a cabo a partir de la información suministrada por la contraparte de EsSalud.

Si bien el análisis se enfocará en la gestión de EsSalud, debe considerarse que esta institución es parte del sistema de salud peruano y que da respuesta a las necesidades de salud a cerca de un tercio de la población del país, que corresponde a la población afiliada.

Los conceptos que se considerarán son los siguientes:

- Determinantes de la salud.
- Funciones y objetivos del sistema de salud.
- Aseguramiento universal.
- Aseguramiento universal en Perú.
- El Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud).
- Enfoque para el análisis de la gestión: macro, meso y micro.

2.1 Determinantes de la salud

Si bien el análisis de los determinantes de la salud comprende la totalidad del sistema de salud, conviene introducir el concepto en el entendido de que EsSalud es un componente del sistema de salud peruano y la población que atiende tiene factores de riesgo particulares debido a sus características sociales y económicas dado que trabaja en el sector formal de la economía.

El concepto de determinantes de la salud se introdujo en Canadá por su Ministro de Salud en la década de 1970, el Dr. Marc Lalonde, quien propuso la teoría de que la buena o mala salud está condicionada por distintos factores como el ambiente, el estilo de vida, los factores biológicos y el sistema de salud. Se incorporó entonces el concepto de “campo de salud” basado en la influencia de cada uno de los cuatro elementos en la aparición de las distintas enfermedades (Lalonde, 1981). Posteriormente se incluyeron nuevos elementos en el análisis y se estableció, por ejemplo, que los estilos de vida están a su vez condicionados por factores sociales y económicos, además de los determinantes demográficos, lo que da lugar al concepto de determinantes sociales de la salud. Asimismo, los factores biológicos se focalizan en la actualidad en la genética como condicionante y como área de intervención para la prevención y el tratamiento de enfermedades. A partir del 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) formó un grupo de trabajo que enfatizó el estudio de los determinantes sociales, en los que de forma clara expuso que la pobreza y las malas condiciones de vivienda y entorno, educación, condiciones de trabajo, así como el bajo ingreso son determinantes de una mala salud y de una mortalidad prematura (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

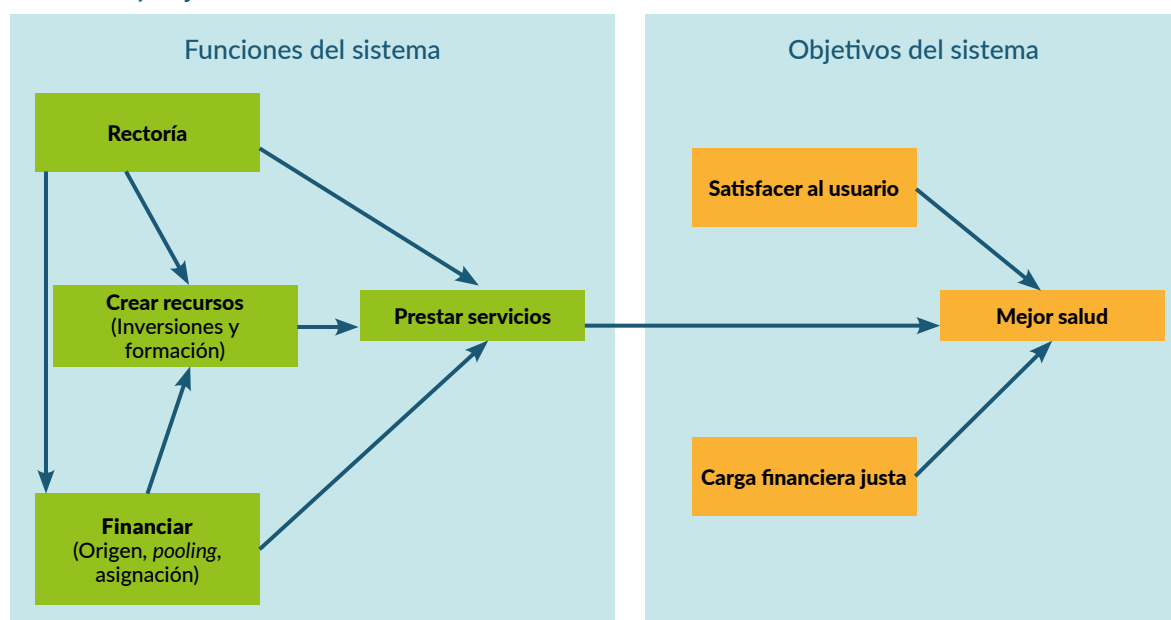
Hay que considerar que la situación macroeconómica condiciona en gran medida los determinantes, pues refleja la situación productiva y el desarrollo, así como la dinámica fiscal y el mercado laboral.

En el sistema de salud peruano, el seguro social EsSalud es el subsistema de atención pública para la población asalariada que se financia por medio de la contribución directa y da atención al 34% de la población total del país (EsSalud, 2017b). La población asalariada del sector formal tiene ventajas desde el punto de vista de los determinantes de la salud, en especial los sociales, ya que agrupa a trabajadores de alto ingreso, comparativamente. Aunque también corresponde a la población de riesgo elevado debido a sus estilos de vida no saludables que condicionan el padecimiento de enfermedades crónicas.

2.2 Funciones y objetivos de un sistema de salud

Según la OMS, el sistema de salud tiene que cumplir tres objetivos fundamentales: i) mejorar la salud de la población, ii) satisfacer al usuario por medio de adecuadas relaciones humanas y buen trato, y que la atención represente una iii) carga financiera justa en especial con una mínima erogación de pago directo (gasto de bolsillo). Para alcanzar estos objetivos, el sistema de salud tiene que llevar a cabo una serie de funciones, como son la rectoría para la regulación y la conducción; la creación de recursos para la atención a la salud mediante inversiones en infraestructura, equipo y formación del recurso humano; la función de prestación de los servicios en distintos niveles de atención, y la función de financiamiento que se lleva a cabo mediante la recolección de fondos, mancomunación y asignación. Si bien la función de rectoría es netamente pública, las otras tres funciones pueden tener componentes tanto públicos como no públicos (OMS, 2000).

Figura 1.
Funciones y objetivos del sistema de salud



Fuente: OMS, 2000.

La disponibilidad de fondos se origina en la existencia de un espacio fiscal, lo cual se logra mediante impuestos y buena administración de los recursos, reacomodo de prioridades en la asignación de los impuestos, préstamos internos o del exterior, así como ayuda por medio de fuentes de cooperación externa. Es importante considerar que el financiamiento requiere sostenibilidad en el tiempo.

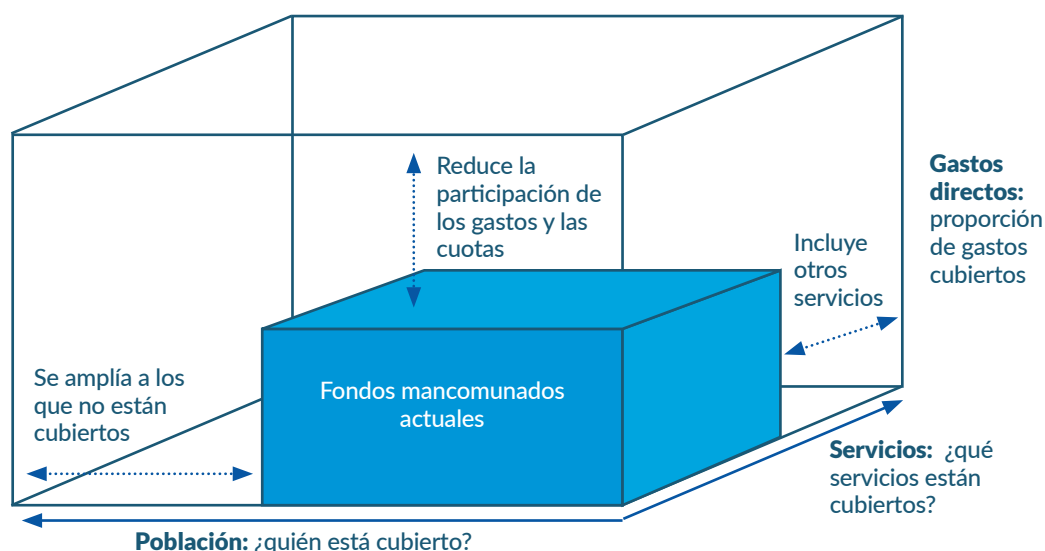
Para el caso de los impuestos, deben valorarse los efectos sobre los demás sectores de la economía, los aspectos macroeconómicos y la sostenibilidad a futuro, según lo arriba anotado. Ante un incremento de ingresos del sistema de salud, hay que asegurarse de que este se traduzca en un mejoramiento de los servicios, en cuanto a cobertura, acceso, infraestructura e insumos (Gottret y Schieber, 2006). En el caso del sistema de salud peruano, EsSalud lleva a cabo las funciones de financiamiento, prestación y creación de recursos para inversiones, formación y capacitación. Como parte de la evaluación, se analizará cómo la gestión de EsSalud logra el cumplimiento de los objetivos.

2.3 Aseguramiento universal en salud

El concepto de cobertura universal tiene tres dimensiones, que se presentan en el siguiente diagrama y que comprenden: i) la población beneficiada, ii) los servicios ofrecidos y iii) el gasto directo de los pacientes (gasto de bolsillo) (OMS, 2010).

Figura 2.

Dimensiones a considerar para alcanzar la cobertura universal



Fuente: OMS, 2010.

Para el caso de Perú, el primer aspecto se refiere a cuál es la población que cubre el sistema de salud en los distintos subsistemas: subsidiado, no subsidiado; público y privado. La otra dimensión es la de los servicios que se cubren, y cómo se define el conjunto de las prestaciones, desde servicios básicos de alto impacto hasta servicios de alta complejidad. En Perú se cuenta con un sistema de salud cuya finalidad es cubrir a la totalidad de la población mediante distintos regímenes, que se enumerarán más adelante. Existe un marco legal que ofrece opciones de cobertura financiera y también un conjunto de servicios de salud, así como modalidades de copago.

2.4 Aseguramiento universal en salud en Perú

Durante los últimos diez años se han promulgado una serie de leyes y decretos supremos que sientan las bases para el aseguramiento universal de la población residente en el país (peruana o extranjera). El aseguramiento se basa en tres regímenes: i) contributivo, ii) semicontributivo y iii) subsidiado.

Estos regímenes comprenden un plan esencial de prestaciones en los ámbitos preventivo, curativo y de rehabilitación (planes esenciales, complementarios y específicos). El seguro contributivo está dirigido a los trabajadores y profesionales dependientes, es financiado por los aportes pagados por sus empleadores a EsSalud; adicionalmente, están los seguros privados y de las Fuerzas Armadas y de la Policía.

El SIS semicontributivo está dirigido a los dueños de microempresas que quieran inscribir a sus trabajadores, a los emprendedores que no tengan empleados a cargo y, en general, a cualquier ciudadano que pueda pagarlo y que no cuente con otro seguro. El SIS subsidiado está dirigido a las personas que no cuentan con otra cobertura de salud y estén en condiciones de pobreza o pobreza extrema. Su financiamiento corre íntegramente por el Estado.

Las organizaciones encargadas de la prestación de los servicios son entidades públicas, privadas y mixtas, respectivamente acreditadas. Para la supervisión del sistema se cuenta con la Superintendencia Nacional de Salud, que se encarga de registrar, autorizar, supervisar y regular a las entidades de financiamiento y supervisar a los prestadores de servicios de salud (MINSA, 2011).

2.4.1 Características básicas de EsSalud

EsSalud es un organismo público descentralizado y autónomo en el ámbito financiero y de gestión. Además, es una Entidad Administradora de Fondos Intangibles de la Seguridad Social, conforme lo establece el artículo 39° de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo. Su finalidad es brindar servicios a los asegurados y a sus derechohabientes, por medio de prestaciones de promoción de la salud, prevención, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y sociales.

Al igual que otros sistemas de seguridad social de la región de América Latina, EsSalud está regido por los siguientes principios:

- Solidaridad: aportar según la capacidad y recibir según la necesidad.
- Universalidad: todas las personas deben participar de los beneficios sin distinción ni limitación alguna.
- Igualdad: la seguridad social ampara igualitariamente a todas las personas, sin ningún tipo de discriminación.
- Unidad: todas las prestaciones deben ser suministradas por una sola entidad o por un sistema de entidades entrelazadas orgánicamente y vinculadas a un sistema único de financiamiento.
- Integralidad: el sistema cubre en forma plena y oportuna las contingencias a las que están expuestas las personas.
- Autonomía: la seguridad social tiene autonomía administrativa, técnica y financiera.

Estos principios se aplican a la población asegurada, es decir al 34%, según se anotó arriba. Para el resto de la población se aplican los principios planteados en las políticas de cobertura universal que comprende a otros regímenes.

Durante los últimos cinco años se ha promulgado legislación y normativa para la separación de funciones de financiamiento y prestación en EsSalud. Con esta separación se espera que, por medio de la función de financiamiento, se fortalezcan el aseguramiento y los planes de prestaciones y, por medio de la función de prestación, se logre una mayor eficiencia y control de costos en los servicios. La independencia en estas dos funciones permitirá mayor transparencia en la gestión de la seguridad social.

2.4.2 Análisis de la gestión: macro, meso y micro

La separación de los tipos de gestión permite contar con un marco de referencia sistemático para profundizar en los distintos estratos del sistema de salud. También permite, cuando sea el caso, comparar con otros sistemas de salud, así como identificar problemas y plantear soluciones para cada uno de los estratos de forma separada, aunque debe tenerse en cuenta, como se señalará más adelante, que hay una interacción entre ellos. Los tres niveles de gestión son los siguientes: la macrogestión, que corresponde al ámbito de las políticas de salud, en este caso a las políticas nacionales para el aseguramiento y la organización de los servicios fiscalizados por la Superintendencia y también las políticas internas de EsSalud, para lograr sus fines en cuanto a cobertura de aseguramiento y prestación de servicios de calidad. En segundo lugar está la mesogestión, que corresponde a la gestión de los establecimientos de salud de acuerdo con lo que dicta la disciplina de la administración y de la gestión. El tercer ámbito corresponde a la microgestión, que abarca la gestión clínica, e incluye la gestión de la práctica médica y de los involucrados en la atención a los pacientes. Se relaciona con la evidencia, el costo de oportunidad de las intervenciones y el beneficio que representan para el usuario (Ortún, 1998; Tobar, 2002).

Hay que considerar también que se da una interacción entre las tres esferas de la gestión: la macrogestión condiciona tanto la microgestión, por la oferta disponible, como la mesogestión, por lo que se presupuesta o se compra. La microgestión afecta la macrogestión, dado que el 70% de los recursos se asignan a la práctica clínica diaria. La mesogestión influye en la macrogestión, dada la presencia de grupos de interés, según ha señalado Ortún (1998).

2.4.3 Áreas para la evaluación

Según los conceptos enumerados, la evaluación de la gestión de EsSalud en las tres esferas seguirá las siguientes líneas de trabajo:

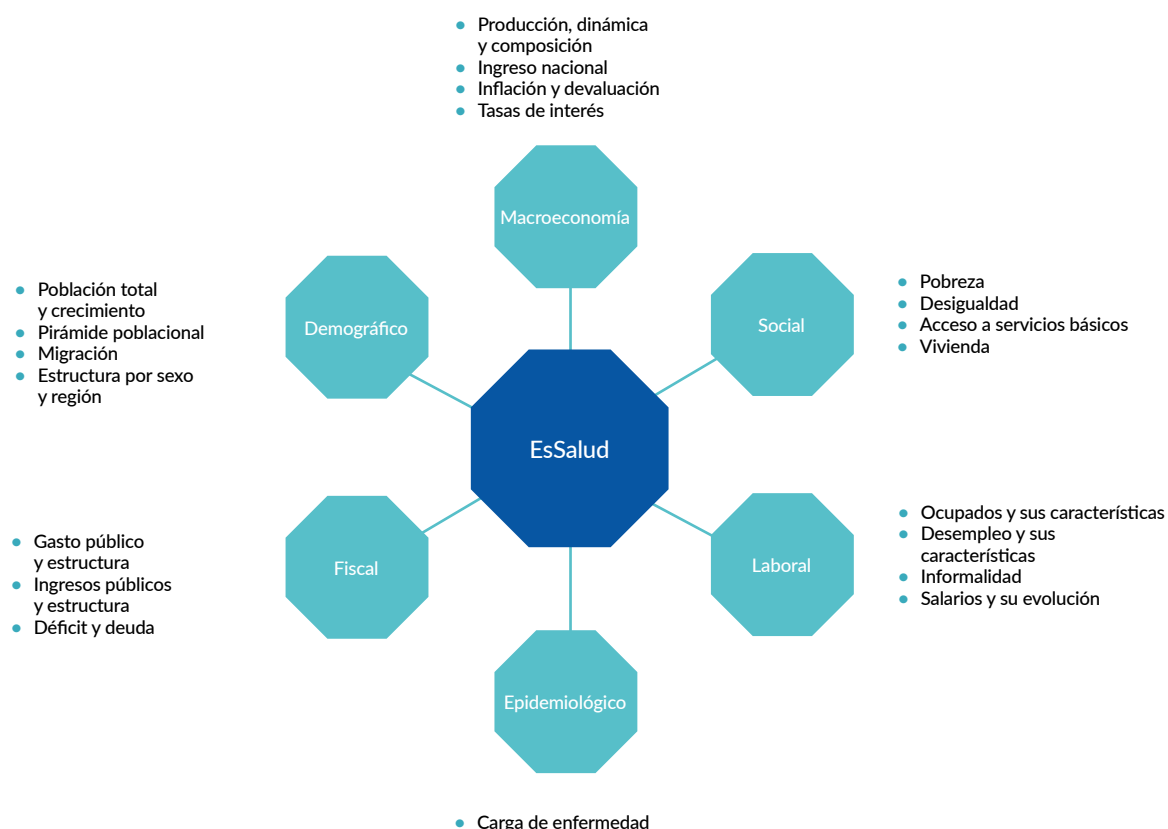
- a. Evaluación de la macrogestión: i) EsSalud en el sistema de salud de Perú; ii) políticas y estrategias de EsSalud para la atención de los problemas de salud de los afiliados (necesidades-demanda-utilización); iii) características del origen y el destino del financiamiento y su eficiencia; iv) modelo de atención; v) modalidad y nivel de descentralización de EsSalud en cuanto a la gestión; vi) regulación de EsSalud en el contexto del sistema de salud; vii) grado de separación de las funciones (financiamiento, prestación) acorde con lo definido por la normativa vigente.
- b. Evaluación de la mesogestión: i) gobierno de EsSalud; ii) políticas de aseguramiento; iii) políticas de recursos humanos; iv) políticas de adopción tecnológica; v) políticas de infraestructura; vi) políticas de evaluación de calidad; vii) políticas de gestión de la red de servicios de salud; viii) comentarios a la estructura organizativa del nivel central.
- c. Evaluación de la microgestión: i) organización de la práctica clínica; ii) protocolos y guías de atención; iii) evaluación de la práctica clínica e incentivos; iv) calidad de la atención y la gestión de los servicios; v) canales de comunicación para eventos adversos y complicaciones clínicas; vi) sistema de información de pacientes y acciones clínicas; vii) mecanismos de asignación de recursos para el primer nivel y los hospitales y mecanismos de pago para la compra de servicios a terceros.

3.

Aspectos de entorno

El presente apartado tiene como objetivo analizar aquellas condiciones de entorno en las que se desenvuelve el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud). Para esto, los determinantes respectivos se han estructurado alrededor de seis categorías: aspectos macroeconómicos, factores sociales, mercado laboral, situación epidemiológica, evolución fiscal y características demográficas. Cada uno de ellos transmite de diferente forma sus efectos sobre el Seguro y además presentan diversos grados de incidencia e impacto. Todos ellos, en mayor o menor grado, inciden sobre el funcionamiento de EsSalud, ya sea sobre las condiciones de financiamiento o sobre los modelos de gestión y provisión de servicios. La siguiente figura muestra las seis categorías y ejemplos de variables que podrían incidir en el desempeño de EsSalud.

Figura 3.
Factores de entorno y su incidencia sobre EsSalud



Fuente: elaboración propia.

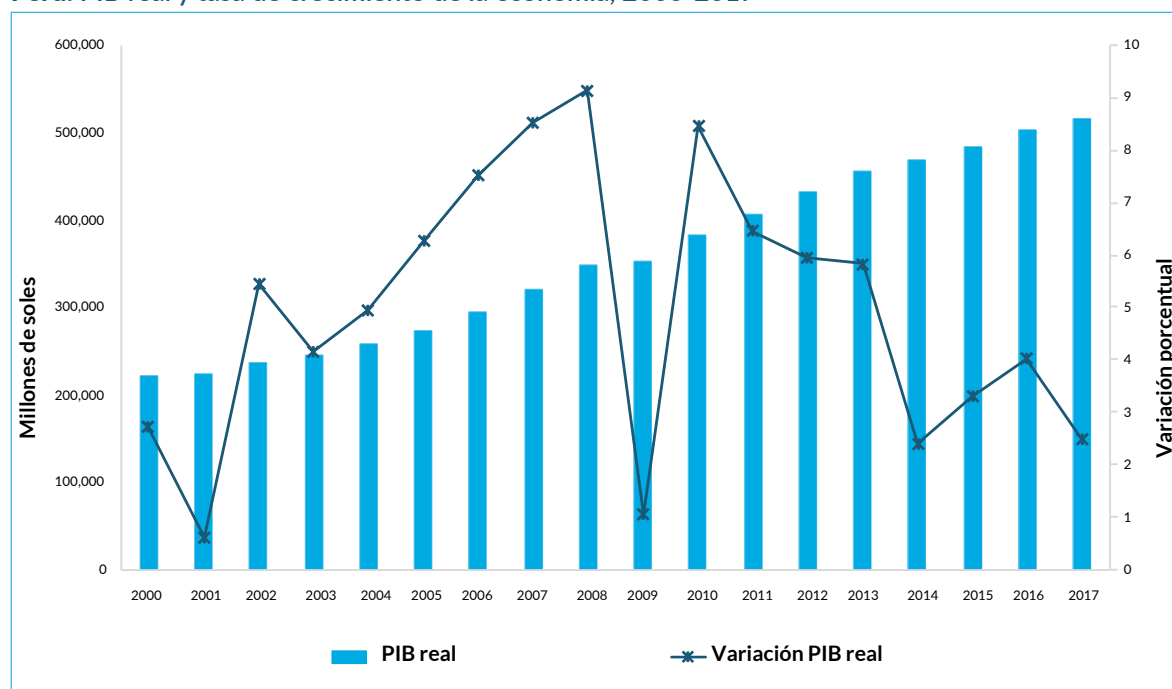
3.1 Condiciones macroeconómicas

Las condiciones macroeconómicas de un país tienen tanto efectos directos como indirectos sobre el desempeño de los seguros de salud. Esto se advierte especialmente en las variaciones en el nivel de empleo, los cambios en los ingresos laborales, la alternación de los niveles de informalidad y los movimientos en precios y tasas de interés.

Los datos del siguiente gráfico muestran una economía peruana con dos fases claramente diferenciadas mediadas por la crisis internacional del 2008. De esta forma, si bien entre 2000 y 2017 el producto interno bruto (PIB) real creció un 5.0% por año, durante la primera fase (2000-2008) la tasa de crecimiento económico persistentemente se elevó del 3.6% (2000-2004) al 9.1% (2005-2009) para un promedio general del subperiodo del 5.5% anual. Esto convirtió a la economía peruana en la de mayor crecimiento de América Latina.

Según el Banco Mundial (2018)¹, el acelerado crecimiento económico de Perú durante la primera década del siglo se debe a la importante cantidad de reformas estructurales aprobadas en el país, aunado a un manejo macroeconómico prudente y a un entorno internacional favorable. Se reconocen, tal y como lo documenta el Oxford Business Group (2016), las mejoras en materia de competitividad y clima de negocios, especialmente en temas como obtención de crédito, desarrollo del mercado financiero, registro de propiedades y permisos de construcción. Sin embargo, el fomento de la innovación, la calidad de las instituciones y los limitados resultados en salud y educación se contemplan dentro de los mayores retos por delante.

Gráfico 1.
Perú: PIB real y tasa de crecimiento de la economía, 2000-2017



Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial.

El segundo periodo comprende los años 2010-2017. A partir de ese primer año se observa la tendencia contraria, es decir, una producción que crece a tasas elevadas, pero con tendencia a caer a lo largo de los años, de forma que su crecimiento bajó del 5.8% en 2010-2014 al 3.3% en el 2014-2017. Así las cosas, el PIB real de Perú creció 2.3 veces durante el periodo de estudio. La desaceleración observada en estos años se explica, sobre todo, por la reducción en las exportaciones de cobre, principal producto peruano de exportación. Tal contracción ha generado impactos negativos sobre inversiones, consumo e ingresos fiscales que redundan en la dinámica antes descrita.

¹ Ver <http://www.bancomundial.org/es/country/peru/overview>

En línea con lo anterior, el PIB per cápita real también mostró importantes avances, al punto que, entre 2000 y 2016, pasó de 8,574 soles (US\$ 3,311) a 15,771 soles (US\$ 6,089). En otras palabras, el PIB per cápita proyecta duplicarse al cabo de los primeros veinte años del siglo XXI. En consecuencia, se espera que este incremento acelerado haya afectado positivamente el nivel de ingresos de la población, con el correspondiente impacto en los niveles de pobreza.

Cuadro 1.

Perú: Crecimiento medio del PIB per cápita por quinquenio en porcentaje, 2000-2017

Años	Quinquenio
2000 - 2004	2.24%
2005 - 2009	5.21%
2010 - 2014	4.42%
2015 - 2017	2.25%

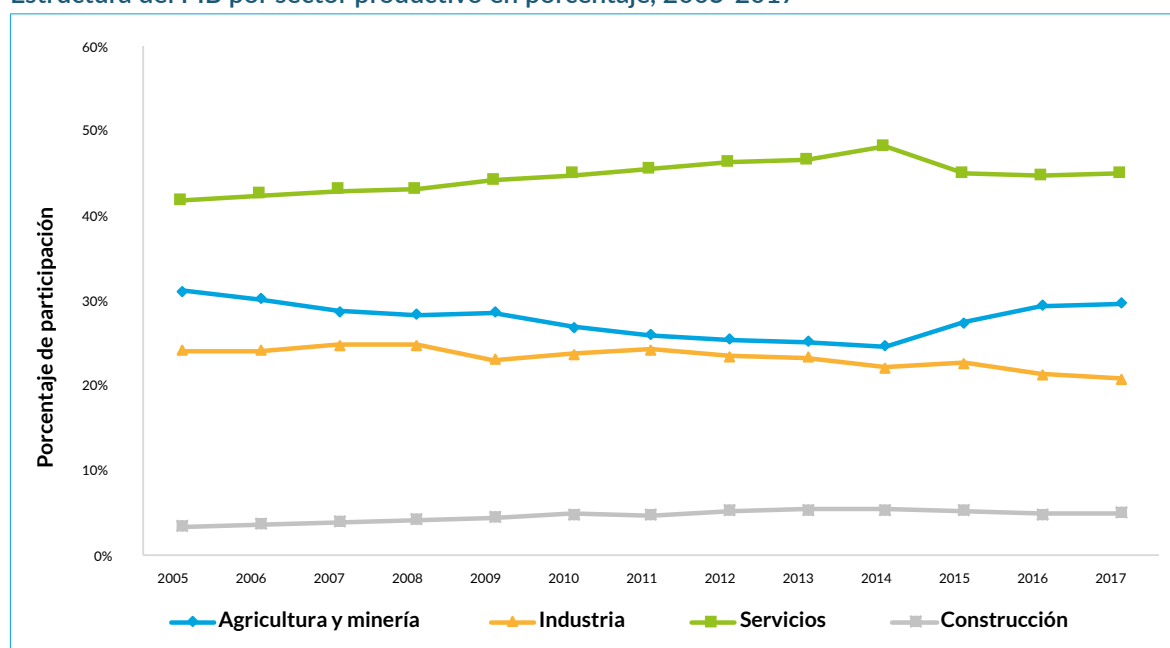
Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial.

La composición de la producción nacional es otro elemento relevante para el desempeño del seguro de salud, por cuanto la prevalencia de determinados sectores como el agrícola suele ir acompañada de un mayor nivel de informalidad y menores remuneraciones.

En el caso peruano, en los últimos cinco años el sector servicios ha representado un 45.8% de la estructura productiva, porcentaje que lo convierte en el segmento de mayor participación a nivel local, aunque distante de otras economías como las islas del Caribe, Panamá, Costa Rica y Brasil, donde el sector servicios cuenta con más del 60% del PIB. En esa misma línea, agricultura, con un 27.2%, se ubica en segundo lugar. Interesantemente, mientras a nivel mundial el peso del sector agrícola cayó (del 7.9% del PIB mundial en 1995 al 4.6% en el 2016, según el Banco Mundial²), en Perú ganó 4.6 puntos porcentuales (p.p.) de participación desde el 2013.

Gráfico 2.

Estructura del PIB por sector productivo en porcentaje, 2005-2017



Fuente: Banco Central de Reserva del Perú (BCRP).

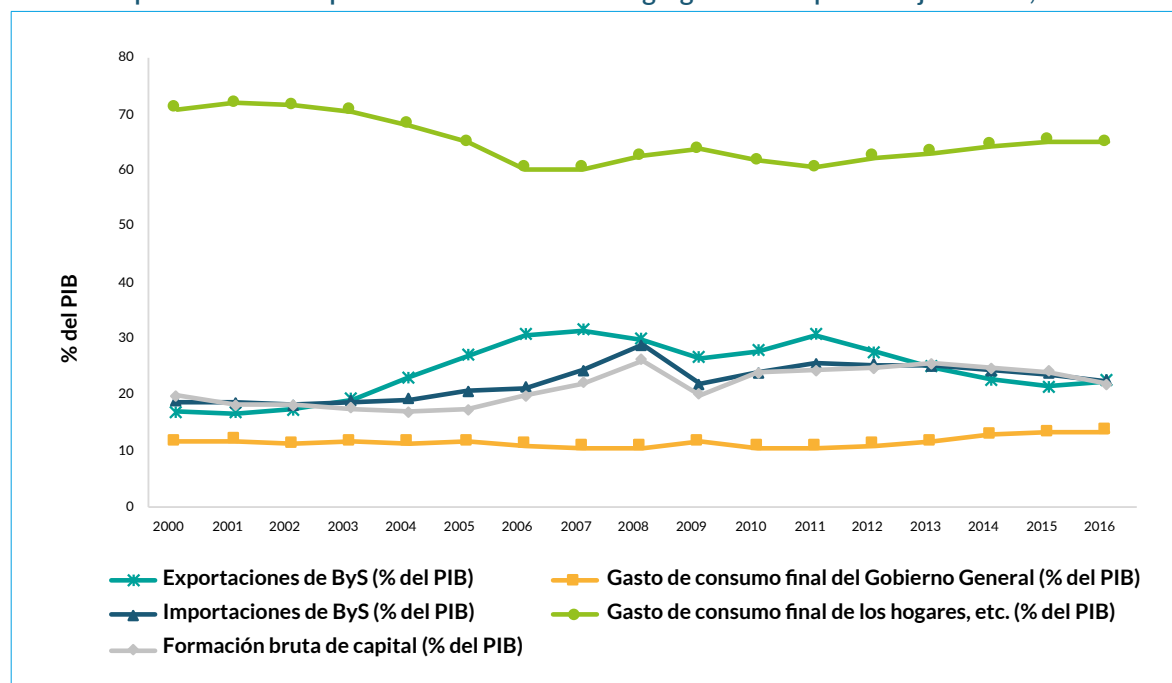
² Ver <https://datos.bancomundial.org/indicador/NV.AGR.TOTL.ZS>

Una segunda forma de analizar la estructura productiva es bajo el denominado “enfoque de la demanda agregada”, que comprende aquellas variables relacionadas con el consumo de las familias, la inversión privada, el gasto estatal y el comercio internacional. Según los datos del siguiente gráfico, las dos terceras partes de la producción peruana se transforman en consumo de las familias, mientras las exportaciones aportan uno de cada cuatro soles del PIB. A la zaga de todos ellos se ubica el gasto del Gobierno. Los factores asociados al comercio, importaciones y exportaciones, sumaron cerca del 47% del PIB durante el periodo de análisis.

Si bien la estructura productiva es un insumo importante, de igual manera la dinámica observada en los distintos componentes nos permite conocer los motores del crecimiento del PIB a lo largo de los últimos diecisiete años. Varios aspectos sobresalen. El primero es que fueron la inversión privada (8.0%) y el gasto gubernamental (5.5%) los dos factores responsables de acelerar el crecimiento global de la economía peruana y posicionarla como la de más crecimiento en América Latina. Segundo, si bien las exportaciones crecieron muy cerca del gasto público, su tasa promedio cayó en la segunda década del siglo en contraposición a los primeros diez años (3.1% versus 7.0%), producto principalmente del declive en las ventas de cobre en línea con el mercado mundial de dicho producto minero. En general, el comercio internacional peruano se desaceleró después de la crisis, mientras el consumo interno tuvo un repunte importante. La inversión privada, motor del crecimiento, prácticamente mantuvo la misma tasa. Por último, la coyuntura más reciente (es decir, lo que pasó entre 2014 y 2016) muestra un gasto público convirtiéndose en el motor del crecimiento (tasa promedio del 6.3%), mientras las importaciones y la inversión privada experimentaron tasas negativas. Esto podría complicar futuros esfuerzos de recuperación económica y poner al sector público en una situación fiscal vulnerable si continuase la misma tendencia que se ha venido observando. En cambio, las exportaciones podrían estar mostrando un periodo de recuperación.

Gráfico 3.

Perú: Composición del PIB por factores de demanda agregada como porcentaje del PIB, 2000-2016



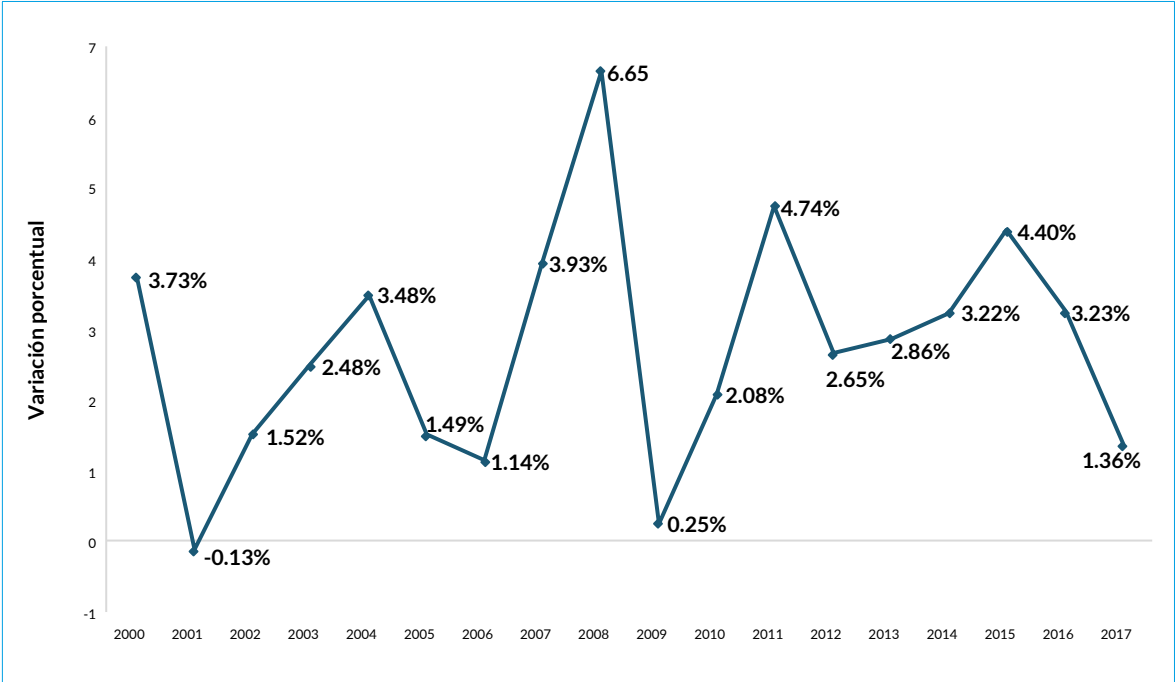
Fuente: BCRP.

El análisis de los macroprecios a través de variables como la inflación y las tasas de interés es también de interés para EsSalud. Una inflación acelerada, por ejemplo, podría afectar negativamente las proyecciones presupuestarias y el volumen de compras del Seguro. Asimismo, el nivel y la evolución de las tasas de interés tienen implicaciones sobre decisiones relacionadas con inversiones financieras del esquema.

La tasa de inflación en el largo plazo (2000-2017) muestra un promedio del 2.7% por año. Eso sí, en la primera década del siglo dicho indicador fue menor que en la segunda (2.4% versus 3.1%) con una marcada desaceleración en los últimos tres años (1.3% en 2017). Esta característica se vio compensada por una menor inestabilidad en la segunda década. De esta forma, la volatilidad de la inflación (medida por su desviación estándar) entre 2000 y 2009 fue del 2.1 en contraposición al 1.1 entre 2010 y 2017. Esto podría estar íntimamente vinculado con la baja volatilidad de precios internacionales y una mayor capacidad del Banco Central de Reserva del Perú (BCRP) de aplicar su política monetaria bajo el esquema de metas de inflación. Tal y como lo comenta Roca Garay (2013: 161): “Desde el 2002 el BCRP aplica el esquema de metas explícitas de inflación, la cual consiste en anunciar una meta de inflación que el BCRP se compromete a alcanzar. Inicialmente dicha meta estaba entre el 1.5% y el 3.5% anual. En el 2006 se modificó y desde el nuevo rango meta se ubica entre el 1% y el 3%”.

En resumen, la inflación en Perú se encuentra bajo control, e incluso en tres de los últimos cinco años el porcentaje de incremento superó las expectativas y metas del BCRP, ya que se ubicaron en el rango del 1%-3%. En los últimos años, los vaivenes en precios han estado influenciados por múltiples factores. Así, las tasas observadas en 2015 y 2016 (ambas por encima del rango meta) estuvieron influenciadas por aumentos en alimentos y energía (residencial) principalmente. Luego, la inflación del 2017 (la más baja de la década) se explicó sobre todo por la desaceleración del consumo interno, el declive en precios de ciertos productos agrícolas y la estabilidad del sol. Las condiciones internacionales también contribuyen a mantener las tasas bajo control.

Gráfico 4.
Tasa de inflación, 2000-2017

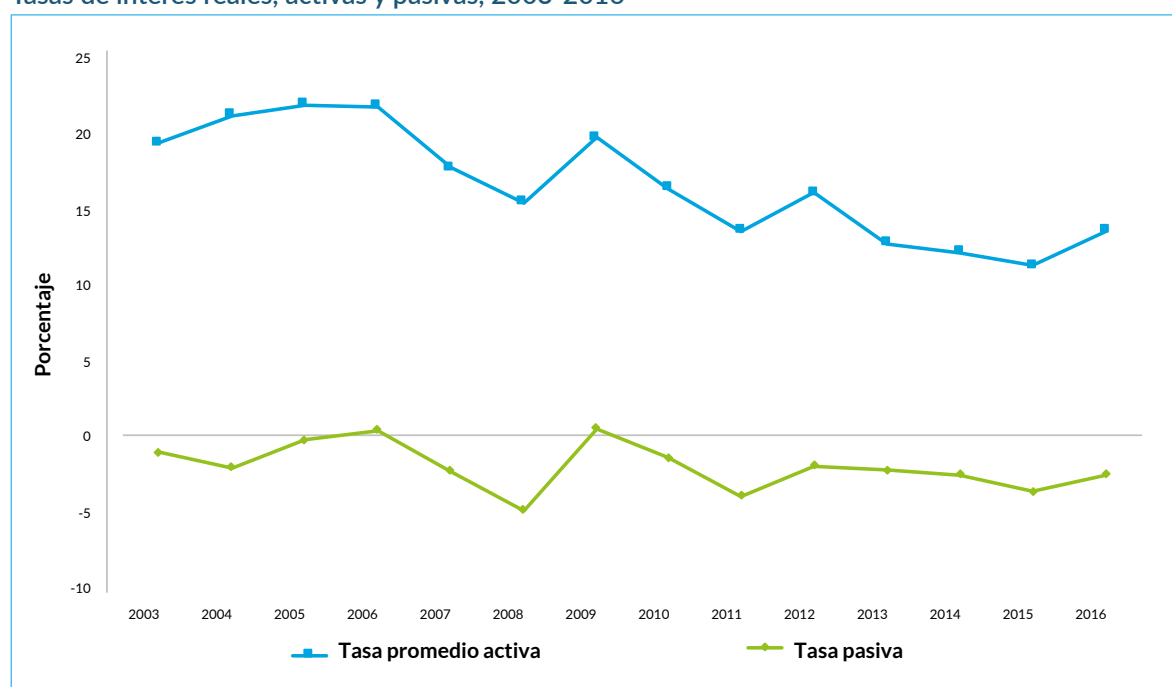


Fuente: BCRP.

En materia de tasas de interés, dos características sobresalen desde el 2003. La primera es la tendencia decreciente en las tasas activas, es decir, en aquellas que se pagan por los préstamos que se adquieren con entidades financieras. Así, mientras entre 2003-2009 la tasa activa real promedió el 19.5%, entre 2010 y 2016 se ubicó en el 13.6%. No obstante este patrón decreciente, las tasas activas siguen siendo elevadas, ya que están unos 10 p.p. por encima de la inflación media.

En el caso de las tasas pasivas (aquellas que se pagan a los ahorristas), la principal característica es la persistencia de valores negativos a lo largo de la década. Según el BCRP, la tasa real de ahorros en moneda nacional ha sido negativa y del orden del -2.7% a lo largo del periodo 2010-2016. Se espera que tasas pasivas bajas o negativas se asocien con igualmente reducidos niveles de ahorro, dado que, al pagarse un interés poco atractivo, los inversionistas preferirían utilizar sus recursos de manera alternativa. En un caso como EsSalud, es claro que tasas pasivas negativas afectan el rendimiento de sus inversiones o alternatively lo obligan a buscar opciones más riesgosas para elevar su rentabilidad global.

Gráfico 5.
Tasas de interés reales, activas y pasivas, 2003-2016



Fuente: BCRP.

3.2 Evolución fiscal

La situación fiscal de un país desempeña un papel preponderante en el financiamiento sostenible del sector sanitario debido a múltiples razones. Primero, porque la forma en que está asignado el gasto público refleja las prioridades políticas del país y la ubicación relativa del sector salud al momento de distribuir recursos. Segundo, podría existir una especie de competencia por recursos entre una entidad como EsSalud (que depende de contribuciones a la seguridad social) y el resto del Gobierno (que depende de fuentes impositivas). De esta forma, si el balance fiscal en determinado momento obliga a una reforma tributaria, esto se convierte en una barrera complicada de superar si el seguro de salud requiere, por alguna razón, incrementar las cotizaciones. Tercero, déficits fiscales pronunciados con deudas crecientes podrían afectar los requerimientos financieros del sector público y, por ende, los niveles de tasas de interés y las asignaciones presupuestarias a entidades como el Ministerio de Salud. Así, la deuda estatal podría encarecer el costo de financiamiento vía mayores tasas de interés, lo cual, paradójicamente, podría resultar en un efecto positivo para las inversiones de EsSalud. El efecto complementario de las acciones entre el Ministerio de Salud y EsSalud también podrían dañarse en caso de saldos fiscales adversos que promuevan austeridad.

3.2.1 Balance global de las finanzas públicas peruanas

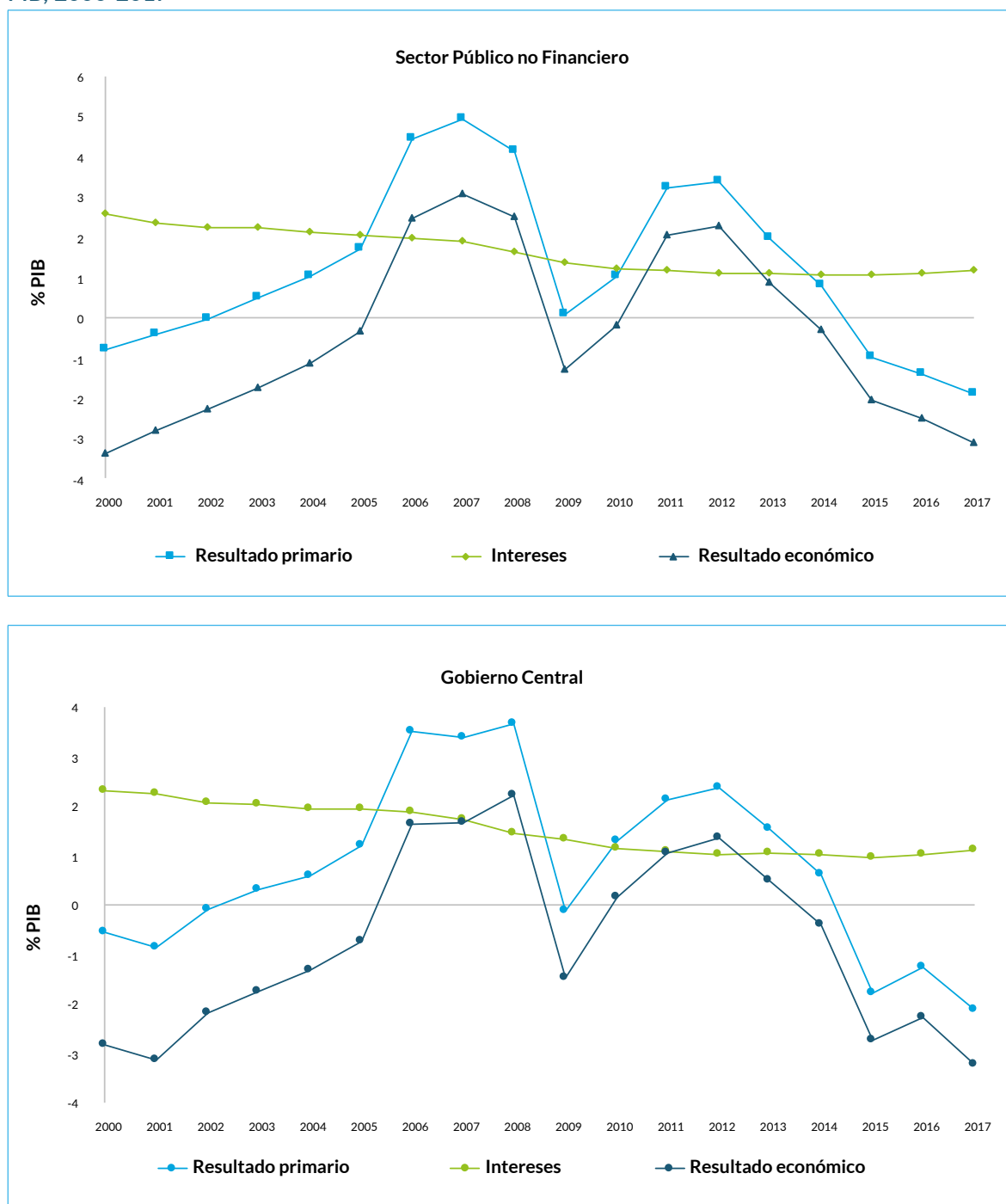
Los datos disponibles muestran que, en el largo plazo, el resultado fiscal del Sector Público no Financiero (SPNF) suele ser mejor que el del Gobierno Central (GC). Entre 2000 y 2017, el déficit promedio del SPNF ascendió al -0.44% del PIB en contraposición al -0.75% del GC. En ambos casos se puede decir que el manejo histórico de las finanzas públicas ha sido prudente, con poquísimas excepciones en las que el faltante ha estado por encima del 3.5% del PIB. Como efecto continuo y acumulativo, el déficit fiscal no representa una amenaza a la estabilidad macroeconómica del país. De hecho, en seis de los dieciocho años bajo estudio, el saldo del SPNF fue superavitario, con un nivel promedio del 2.2% del PIB. Incluso el mismo GC experimentó siete años de superávit fiscal que promediaron el 1.2% del PIB.

La raíz de este comportamiento se halla en dos factores estrechamente relacionados. En primer lugar, el saldo primario (es decir, la diferencia entre ingresos menos gasto sin contar el pago de intereses) ha mostrado un promedio histórico del 1.2% del PIB en el SPNF y del 0.7% del PIB en el GC. La existencia de superávits primarios evita incurrir en nueva deuda y, por el contrario, permite obtener recursos, ya sea para cancelar deuda existente o bien para fortalecer determinados programas públicos. En el caso de Perú, este comportamiento se observa en la tendencia decreciente que tienen los intereses de la deuda pública (ver gráficos a continuación) y en donde este rubro pasó de representar el 2.3% del PIB en el 2000 al 1.1% del PIB en el 2017 en el GC, el mayor contribuyente al pago de intereses. La misma tendencia se observa en el SPNF.

No obstante el comportamiento positivo de las finanzas estatales en Perú, en los pasados tres años (2015-2017) el resultado económico del GC (y por ende del SPNF) ha desmejorado de manera importante en relación con el promedio histórico antes analizado. Así, el déficit promedio del pasado trienio ascendió al 2.7% del PIB gracias a un saldo primario del -1.7% de este. Este último detalle rompe el patrón mostrado entre 2010 y 2014, cuando de manera consecutiva el GC tuvo superávits primarios del orden del 1.6% del PIB.

Gráfico 6.

Perú: Situación fiscal del Gobierno Central y del Sector Público no Financiero como porcentaje del PIB, 2000-2017



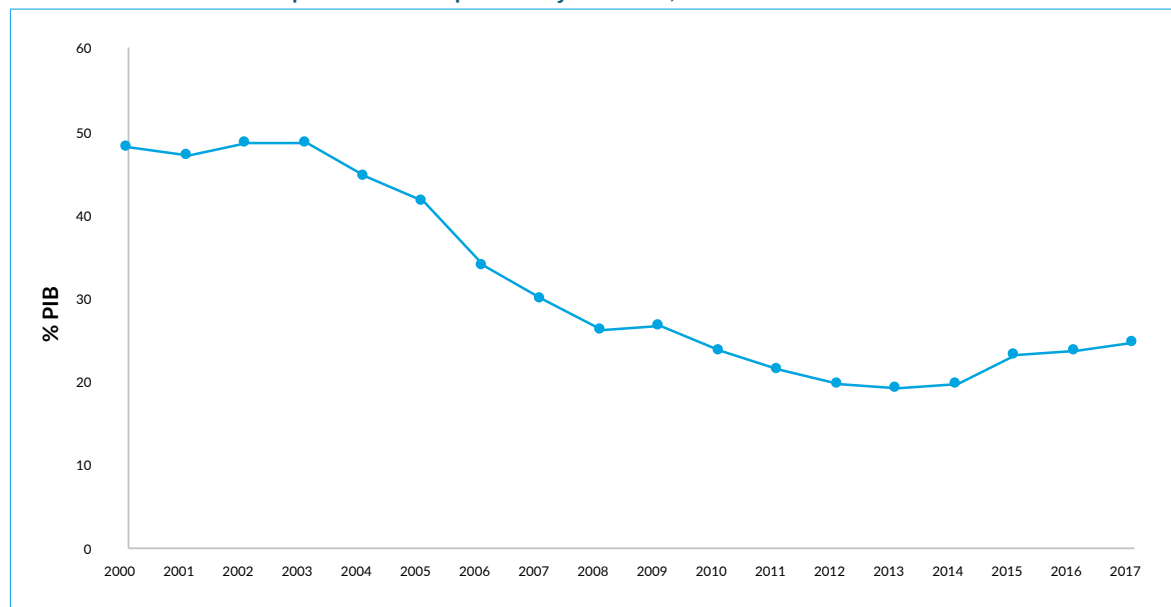
Fuente: BCRP.

En forma paralela al tema del resultado fiscal, la evolución de la deuda pública también es un tópico que precisa su análisis. De manera general, una deuda pública que crece de manera acelerada (alimentada por déficits fiscales elevados) tiene dos consecuencias directas. La primera es que potencia el riesgo de fallo fiscal en el mediano plazo y así afecta la estabilidad macroeconómica del país. La segunda consecuencia es que el pago de deuda (y sus intereses) desvía recursos en contra de programas con mayor impacto socioeconómico.

El comportamiento mostrado por la deuda pública no proyecta, al menos en el corto plazo, problemas sustantivos para la macroeconomía peruana. El peso de la deuda, que ascendía al 48% del PIB en 2000-2002, llegó a un nivel mínimo del 19.5% en 2012-2013. A partir de entonces, la deuda ha repuntado a un 23.9% del PIB en el último trienio, esto en concordancia con el deterioro mostrado por el saldo del GC en ese mismo periodo. Sin embargo, el bajo punto de partida hace que la deuda estatal no sea considerada un problema mayor en el corto plazo ni en el transcurso de los siguientes años.

Gráfico 7.

Perú: Saldo de la deuda pública como porcentaje del PIB, 2000-2017



Fuente: BCRP.

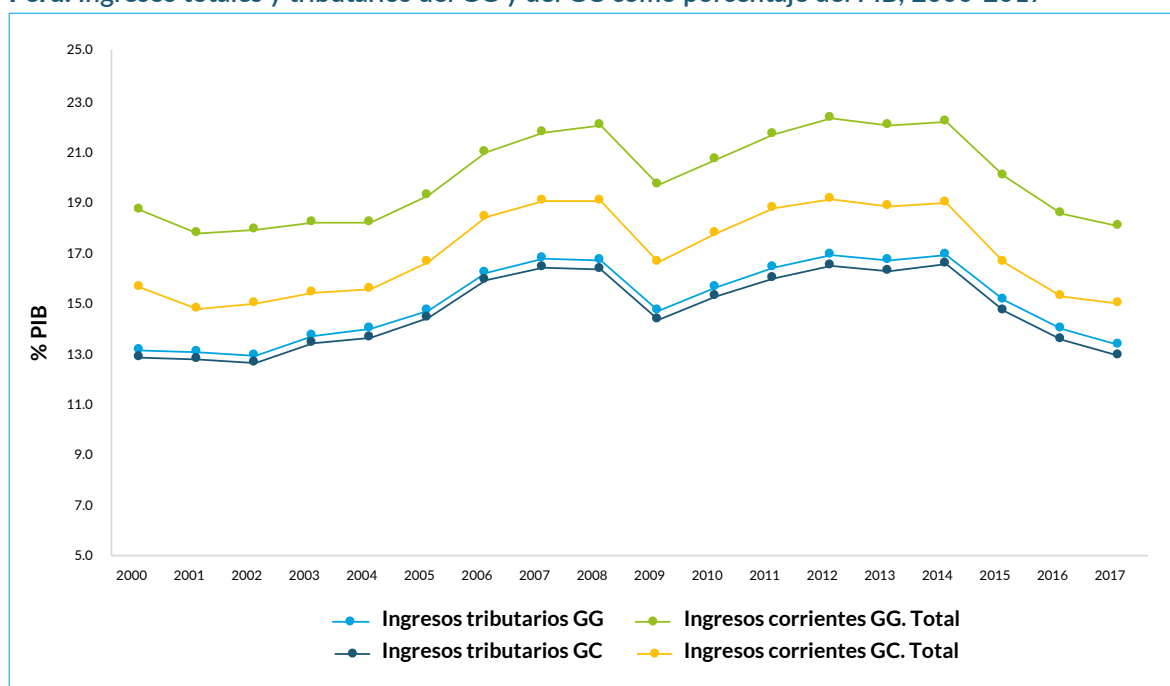
En aras de entender con mayor precisión los motores del comportamiento histórico y coyuntural de las finanzas públicas peruanas, las siguientes dos secciones analizan en detalle la dinámica tanto de los ingresos como de los gastos. De esta forma, se busca no solo comprender las tendencias generales de estos dos agregados, sino también las particularidades de sus componentes.

3.2.2 Ingresos públicos

Los ingresos totales del Gobierno General (GG) representaron un 19.4% del PIB desde el 2000, con una tendencia a crecer en el tiempo y con fluctuaciones recaudatorias en línea con el ciclo económico. Según se muestra en el siguiente gráfico, durante la primera década del siglo tales ingresos promediaron el 19.4% del PIB, mientras que durante la segunda década alcanzaron el 20.7% del PIB. El Gobierno Central representa el 85% de los ingresos del Gobierno General, aunque en los últimos años tal participación ha caído levemente. Los ingresos tributarios, por su lado, representan un 85% del total de ingresos del GG con una participación relativamente estable a lo largo de los años. Esto significa, en términos del PIB, un promedio histórico del 15%. Del total de impuestos recaudados por el GG, un 97.7% van a parar a la administración del GC.

Gráfico 8.

Perú: Ingresos totales y tributarios del GG y del GC como porcentaje del PIB, 2000-2017



Fuente: BCRP.

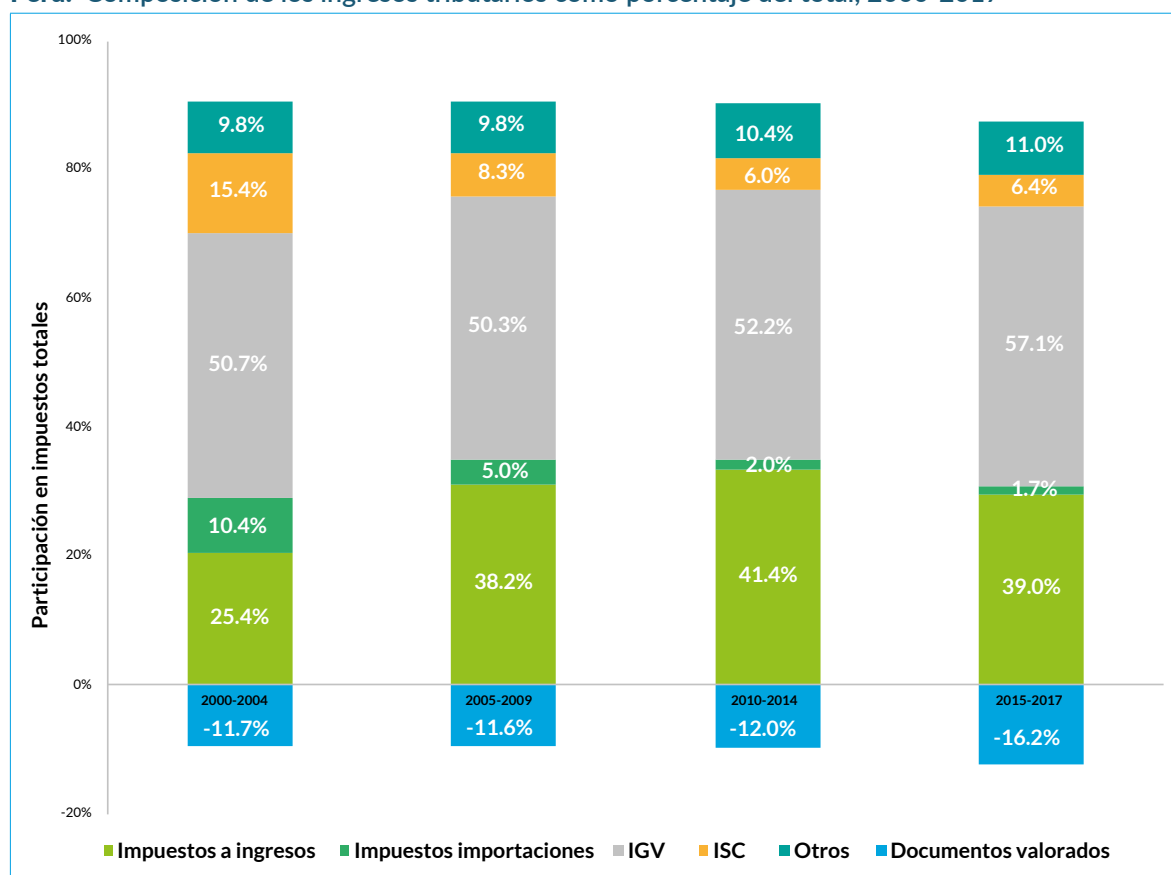
Un apartado especial merece la evolución de la carga fiscal. Al ser el mayor grupo contribuyente a los ingresos del GC (86.4%), su dinámica define en gran medida la posibilidad de financiar las operaciones y los proyectos estratégicos del Gobierno, así como el presente y el futuro del déficit fiscal. La carga tributaria del GC promedió el 14.7% desde el 2000 y estuvo en seis oportunidades por encima del 16% del PIB, mostrando una tendencia creciente a lo largo de la segunda década del siglo. No obstante, en los últimos tres años la recaudación tributaria ha caído 3.6 p.p. del PIB y es el factor más importante en la explicación del déficit creciente de estos años.

En cuanto a la composición de la carga tributaria del GG, la principal fuente de financiamiento es el impuesto general a las ventas (IGV), tributo que no solo ha representado más de la mitad de los ingresos, sino que muestra una participación creciente en el tiempo. El impuesto a los ingresos, sin embargo, ha tenido el mayor crecimiento con un salto participativo: del 25% en 2000-2004 al 39% en 2015-2017. Por el contrario, dos impuestos, el impuesto selectivo al consumo (ISC) y los gravámenes a las importaciones, mostraron un aporte cada vez menor. Hoy día, el ISC tiene una participación que representa apenas un 40% de la que tenía a principios de siglo. En cuanto a los impuestos a las importaciones, y en línea con los procesos de desgravación arancelaria y apertura comercial, estas pasaron de aportar uno de cada diez soles a apenas dos de cada cien soles, con tendencia a caer en el tiempo. Nótese asimismo el patrón de la denominada partida “Documentos valorados”, que representan los reintegros tributarios que hace el Gobierno a los contribuyentes y reducen la carga tributaria efectiva recibida.

Un aspecto interesante de la estructura de ingresos peruana es la significativa cantidad de recursos de índole no tributario percibidos por el GG, tales como “la explotación de recursos naturales (regalías, gravamen minero), recursos directamente recaudados, utilidades del Banco de la Nación, BCRP e intereses del Tesoro Público, entre otros” (MEF, 2013: 1). En promedio, uno de cada cuatro soles de ingresos tiene naturaleza no tributaria, porcentaje que se mantiene prácticamente igual a lo largo de los años.

Gráfico 9.

Perú: Composición de los ingresos tributarios como porcentaje del total, 2000-2017

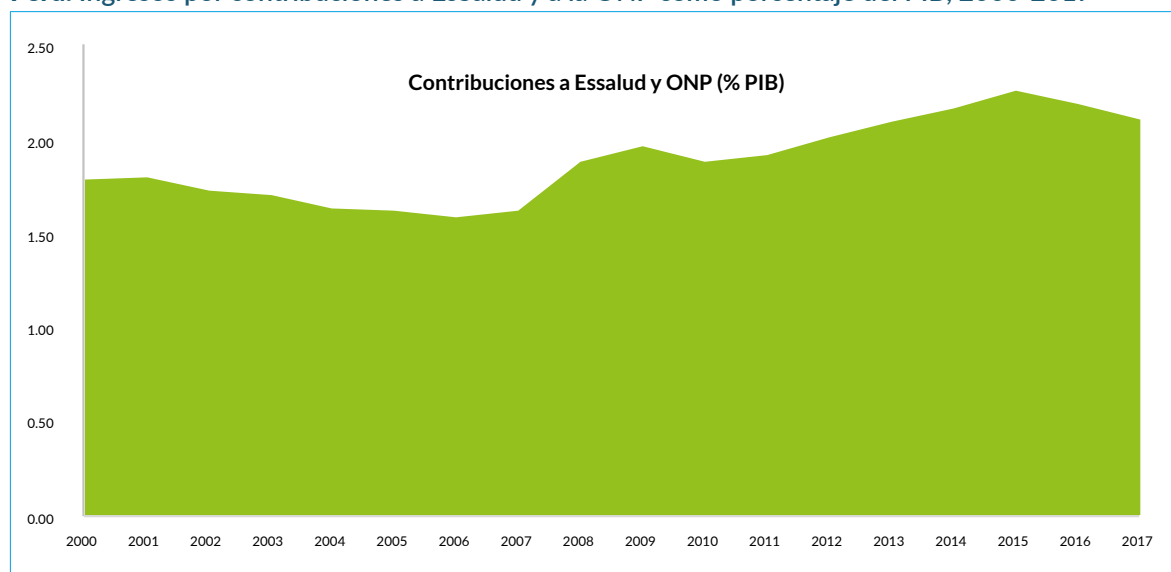


Fuente: BCRP.

Finalmente, las contribuciones a EsSalud y al Sistema Nacional de Pensiones a través de la Oficina de Normalización Previsional (ONP) han venido en aumento, pues pasaron del 1.8% del PIB en 2000-2002 al 2.2% del PIB en 2015-2017. Desde el 2006 las contribuciones han venido aumentando de forma persistente, llegando a un máximo del 2.3% del PIB en el 2015.

Gráfico 10.

Perú: Ingresos por contribuciones a EsSalud y a la ONP como porcentaje del PIB, 2000-2017

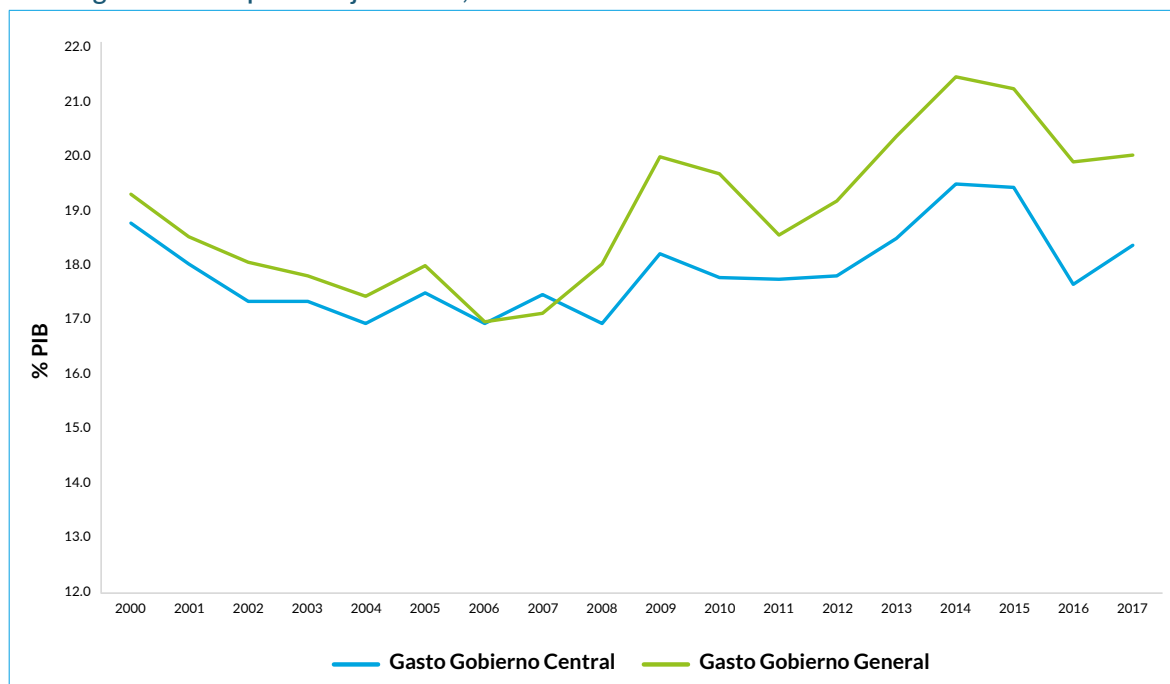


Fuente: BCRP.

3.2.3 Gasto público

Tal y como se explicó páginas arriba, el gasto público ha sido, dentro del desempeño macroeconómico peruano, uno de sus más importantes motores del crecimiento reciente. Los datos muestran una participación del gasto del GG cercano al 19% del PIB, siendo el GC el sector más importante (17.9% del PIB). La participación del gasto del GG creció un 10.7% entre décadas, mientras a nivel del GC lo hizo en un 4.6%, situación que ha provocado, como lo muestra el siguiente gráfico, que la diferencia entre el GG y el GC se expandiera en la última década.

Gráfico 11.
Perú: Egresos como porcentaje del PIB, 2000-2017

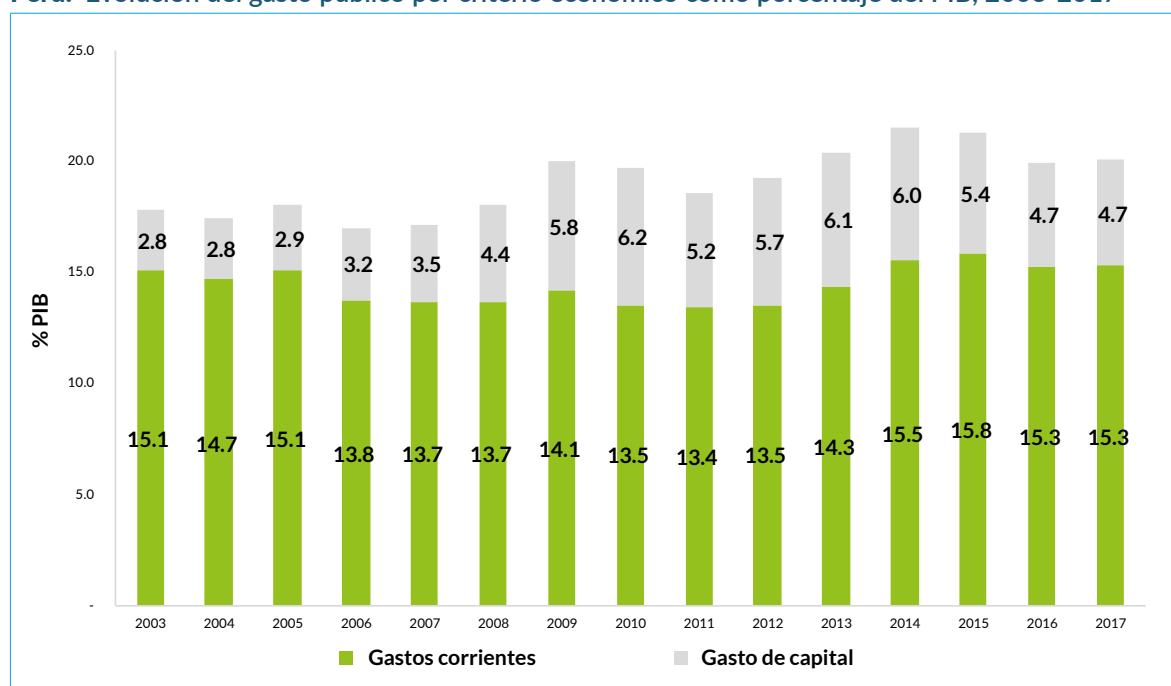


Fuente: BCRP.

La estructura del gasto público puede analizarse desde múltiples perspectivas, las más comunes son la económica, por objeto del gasto y la institucional. Desde el punto de vista económico, tres de cada cuatro soles se destinan al gasto corriente y, por consiguiente, uno de cada cuatro soles al gasto de capital. Sin embargo, esta proporción experimentó cambios importantes durante el periodo de análisis. Antes del 2009, la inversión pública representó un 3.3% del PIB, para luego dar paso a una “época dorada”, cuando promedió un 5.8% del PIB, superando durante tres años (2010, 2013 y 2014) el 6% del PIB. Para los últimos dos años, la inversión se ha mantenido en niveles “promedio” (4.7% del PIB).

Gráfico 12.

Perú: Evolución del gasto público por criterio económico como porcentaje del PIB, 2003-2017



Fuente: BCRP.

Por objeto del gasto, las principales erogaciones del GG fueron, en los últimos años, las compras públicas y las remuneraciones, que totalizaron un 57.8% de su gasto total no financiero. Tres aspectos llaman la atención sobre la estructura del gasto en el GG. El primero es el peso mayoritario de las compras, incluso por encima de las remuneraciones. Como porcentaje del PIB, las compras estatales crecieron 1.3 veces, mientras el peso de las remuneraciones se mantuvo bastante similar entre inicios de siglo y el trienio 2015-2017. Segundo, el impulso de la inversión pública ha sido tan fuerte que su peso en el gasto total es hoy día similar al de los salarios (5.4% versus 5.8%), habiéndose expandido 1.8 veces entre décadas. Finalmente, solamente el rubro de transferencias decreció en el periodo de análisis.

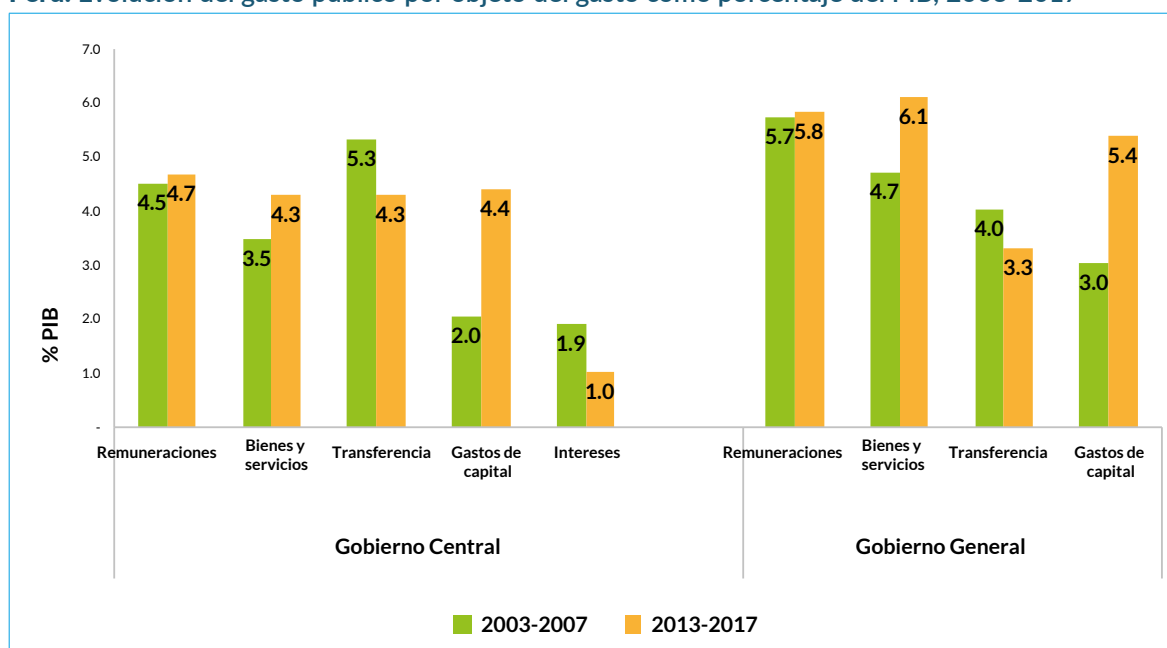
En el caso del GC se observan en gran medida las mismas tendencias que en el GG, es decir:

- Crecimiento acelerado del gasto de capital y las compras públicas.
- Reducción de transferencias.
- Poco aumento en salarios.

Las principales diferencias radican en que remuneraciones, y no compras, son el rubro de más peso. Transferencias, otrora la cuenta presupuestaria más grande, es ahora cuarta, mientras el pago de intereses bajó prácticamente a la mitad; la inversión pública, como porcentaje del PIB, más que se duplicó.

Gráfico 13.

Perú: Evolución del gasto público por objeto del gasto como porcentaje del PIB, 2003-2017

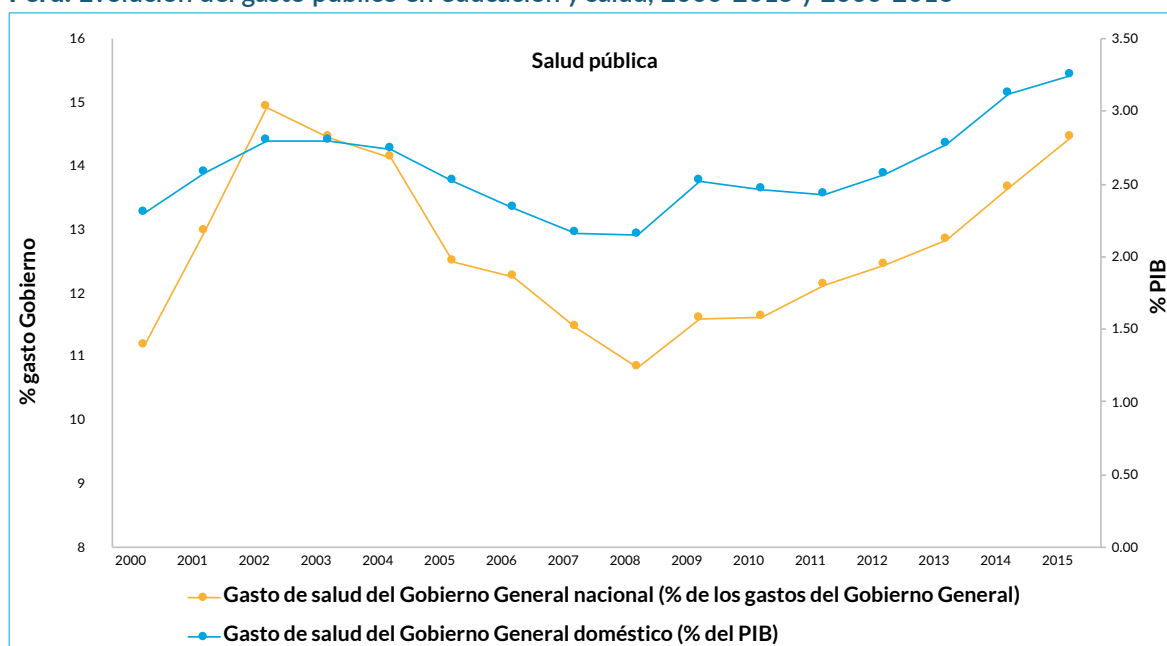


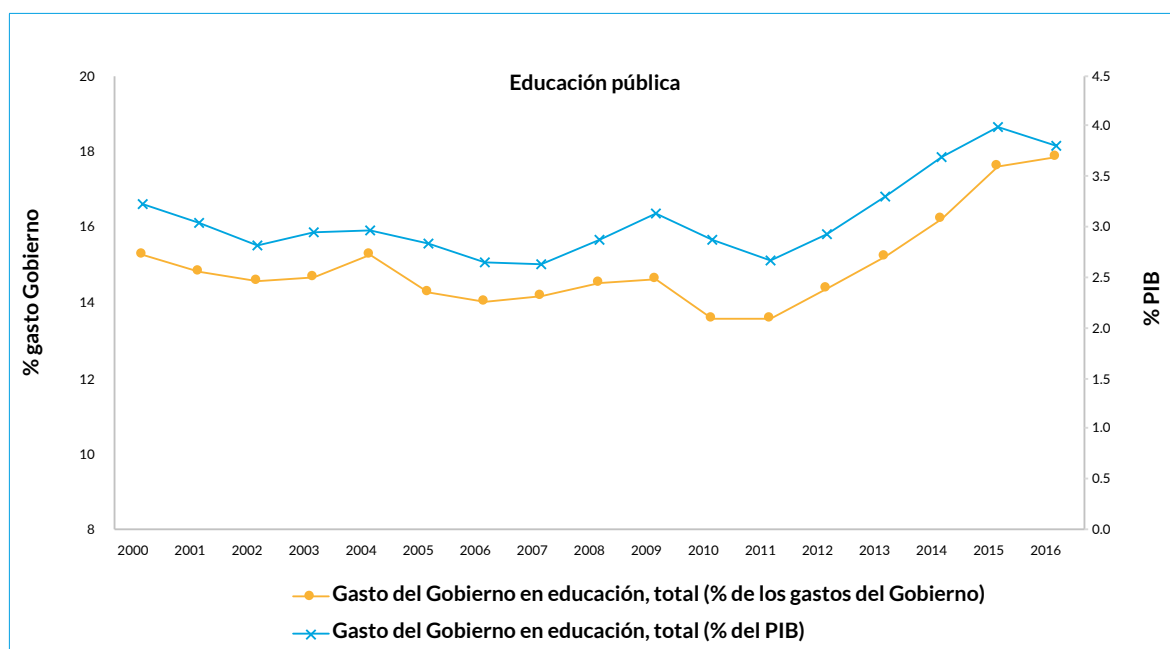
Fuente: BCRP.

Finalmente, el enfoque de distribución institucional refleja en gran medida las decisiones políticas y estratégicas sobre los sectores que serían más beneficiados y aquellos que se mantendrían bajo control. Para fines expositivos, se analizan las asignaciones presupuestarias de salud y educación públicas. De manera conjunta, la inversión en ambos sectores ha venido creciendo paulatinamente. Entre 2000 y 2011 el gasto en ambos sectores promedió el 5.4% del PIB con pocas variantes a lo largo de esos doce años. Sin embargo, a partir del 2011 se dio un cambio de tendencia al punto que, para el 2015, la inversión respectiva había subido 2.1 p.p. del PIB. Este aumento se explica principalmente por el acelerado crecimiento del presupuesto en educación, que representó el 62.8% del gasto adicional. En cuanto a su participación dentro del gasto gubernamental, educación y salud totalizaron el 27.5% de este, siendo para el trienio 2013-2015 unos 2 p.p. superior (30%) al periodo 2000-2002 (27.9%).

Gráfico 14.

Perú: Evolución del gasto público en educación y salud, 2000-2015 y 2000-2016





Fuente: Banco Mundial, banco de datos.

3.3 Factores demográficos

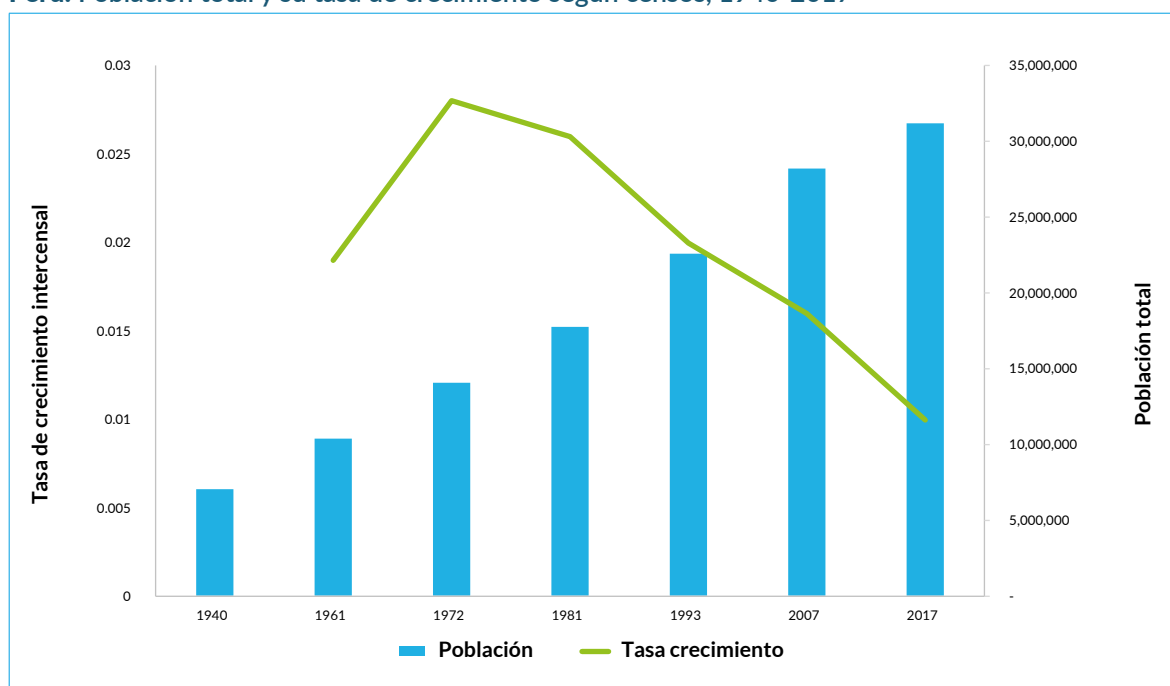
El elemento demográfico también resulta un factor crítico en las condiciones de operación de EsSalud por las múltiples variables que entran en juego en su dinámica. Sobre el desempeño del seguro de salud inciden el crecimiento poblacional, la composición por grupo de edad, la distribución por sexo o zona de residencia y los niveles de fecundidad, natalidad o mortalidad.

3.3.1 Consideraciones generales y tendencias

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la población peruana se estima en 31,237,385 personas, basándose en el XII Censo Nacional de Población. Entre el último censo (2007) y el actual, el aumento poblacional ascendió a poco más de los 3 millones de habitantes. En el muy largo plazo, la tasa de crecimiento correspondiente ha venido en marcado descenso, pasando del 2.8% en el periodo intercensal 1961-1972 al 2% en 1981-1993 y al 1% entre 2007-2017. Este comportamiento está vinculado a la significativa reducción de la tasa global de fecundidad por mujer, que bajó de 6 hijas/os por mujer a 2.5 hijas/os en la actualidad (INEI, 2018). Asimismo, la reducción significativa en la mortalidad infantil y general ha incidido en los cambios observados en la estructura de la pirámide poblacional, de lo cual se discutirá más adelante.

Gráfico 15.

Perú: Población total y su tasa de crecimiento según censos, 1940-2017



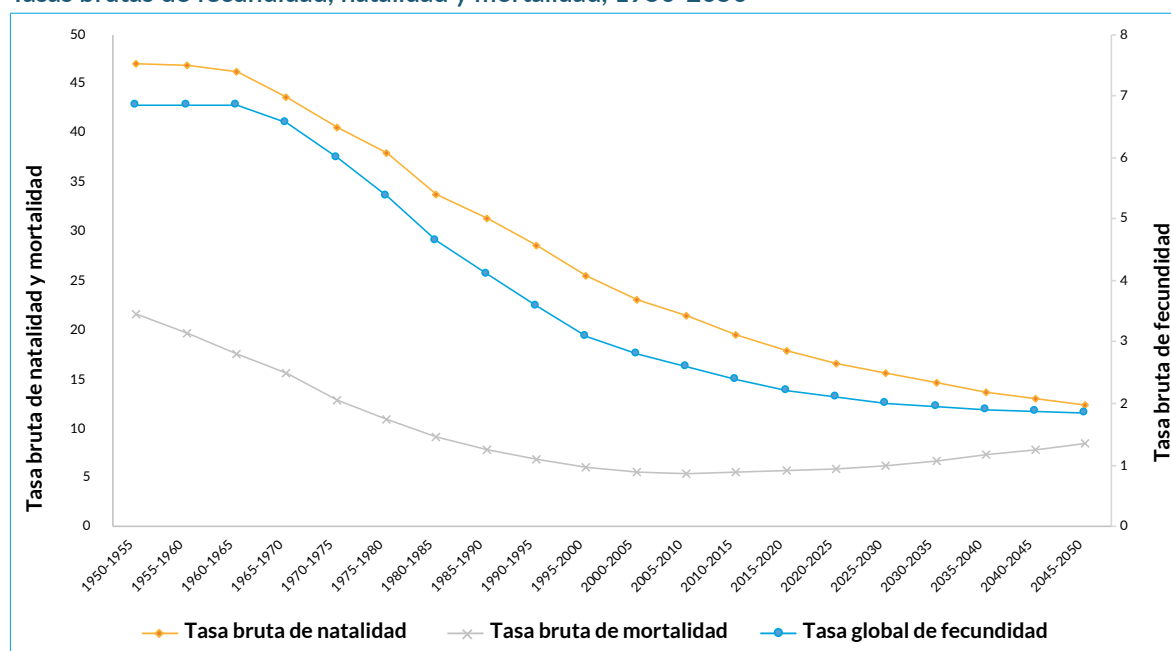
Fuente: INEI (2018).

Como se indicó anteriormente, dos fuerzas explican la dinámica poblacional de los últimos veinte años: a) caídas persistentes en las tasas de fecundidad y, por consiguiente, de natalidad, y b) reducción de la tasa de mortalidad con tendencia a estabilizarse en los últimos quinquenios. En efecto, tal y como se desprende del siguiente gráfico, para el 2015 la tasa de fecundidad fue un tercio de la experimentada por Perú en 1950, situación que dio pie a que la tasa de natalidad cayera de igual manera en un 58.7%. En un sentido similar, la tasa bruta de mortalidad es hoy una cuarta parte de la observada en aquellos años.

Todo este conjunto de factores tiene una clara incidencia en aspectos críticos como el ritmo de crecimiento de la población, su estructura piramidal y el nivel de envejecimiento, aspectos todos de gran relevancia para EsSalud, no solo por las implicaciones financieras de tener una población que empieza a concentrar cada vez más personas en los estratos etarios superiores, sino también por los efectos en los modelos de prestación de servicios, así como el paquete de beneficios por otorgar. Esto cobra aún más relevancia si consideramos que, según las proyecciones del INEI al 2050³, la tasa de fecundidad seguirá cayendo (22.3% respecto al quinquenio 2010-2014), la de natalidad también se reducirá (36.4%), mientras la de mortalidad más bien se incrementaría (54%).

³ A partir del 2010 se presentan proyecciones de población.

Gráfico 16.
Tasas brutas de fecundidad, natalidad y mortalidad, 1950-2050



Fuente: INEI (bases de datos en línea).

El siguiente cuadro muestra un conjunto de indicadores relacionados a dependencia y envejecimiento tanto a nivel nacional como por departamento. En relación con el 2007, años del censo previo, la razón de dependencia demográfica bajó, mientras el índice de envejecimiento y la dependencia demográfica de vejez aumentaron.

A nivel de indicador y departamento, la información muestra que Loreto, Huancavelica, Ucayali y Amazonas son los departamentos con las mayores razones de dependencia, todos con valores por encima de 65. En ellos, las mayores razones de dependencia se deben al mayor número de población dependiente menor de 15 años, producto en parte por la mayor tasa de fecundidad de estos últimos años. Por el contrario, Lima, la provincia de Lima y Tacna se ubican como aquellos con razones más bajas, todas menores de 45.

Sin embargo, si se analiza el cambio porcentual del indicador en el periodo intercensal, dos consideraciones llaman la atención. Primero, en cuatro departamentos (Loreto, Moquegua, Madre de Dios y Tumbes) la razón de dependencia aumentó o al menos no disminuyó. Esto no significa que dentro de ellos haya persistido la misma participación etaria. Por ejemplo, en Moquegua, la población menor de 15 años ha disminuido, mientras la de 65 o más años ha tendido al alza, producto de una tasa global de fecundidad por debajo del promedio nacional y de una esperanza de vida superior al promedio. Segundo, en Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Cusco la reducción fue altamente significativa, alcanzando, en todos ellos, caídas superiores al 20% en relación con el índice del 2007.

En materia de envejecimiento, la proporción de personas adultas mayores (60 años o más) pasó del 9.1% al 11.9% de la población total durante el periodo entre censos. En Áncash, Huancavelica, Moquegua y la Región de Lima, la población adulta mayor supera el 13% de los habitantes, mientras en Loreto, Madre de Dios y Ucayali no se supera el 9%. Interesantemente, en Huancavelica y Loreto el proceso de envejecimiento se aceleró de forma importante entre 2007 y 2017. Así, el primero de ellos, que se ubicaba por debajo de la media nacional en el 2007, es hoy día el tercer departamento

con mayor proporción de adultos mayores. En el caso de Loreto, si bien sigue estando dentro de los tres departamentos con menor porcentaje de adultos mayores, tuvo un salto altamente significativo del 52.6% en su proporción de adultos mayores.

En línea con lo anterior, el índice de envejecimiento (adultos mayores versus menores de edad) muestra un crecimiento de 29.9 a 45.1 entre 2007 y 2017, hecho explicado principalmente por la continua caída en la natalidad y las reducciones en la mortalidad general. En otras palabras, mientras en el 2007 había 3 adultos mayores por cada 10 jóvenes menores de 15 años, hoy día existen casi 5 adultos por cada 10 jóvenes. Lima (provincia y departamento) y Moquegua tienen los mayores índices. Si bien no con la misma tónica, la dependencia de la vejez (adultos mayores versus personas entre 15 y 60 años) también tendió a crecer, de forma que hoy día existe una relación 1:5 en lugar del 1:6 de hace una década. Este comportamiento es resultado, como se ha dicho anteriormente, de tasas de natalidad y de mortalidad en declive que afectan con más fuerza a las colas de la distribución etaria, como se verá más adelante.

Cuadro 2.

Indicadores de dependencia y envejecimiento, 2017⁴

Departamento	Razón de dependencia demográfica	Índice de envejecimiento (%)	Relación de dependencia demográfica de vejez
Total	53.2	45.1	19.3
Amazonas	65.3	32.2	18
Áncash	58.6	50.4	22.9
Apurímac	62.1	43.6	21.6
Arequipa	48.1	52.5	19.5
Ayacucho	59.5	41.6	20
Cajamarca	61.9	40.6	20.5
Prov. Const. del Callao	49.2	50.6	19.6
Cusco	53.7	40.9	18
Huancavelica	66.4	43	23.1
Huánuco	60.3	35.6	18.1
Ica	54.8	42.8	19
Junín	56.2	40.4	18.6
La Libertad	57.2	43	19.9
Lambayeque	56.2	46.1	20.8
Lima	45.7	56.7	19.7
Loreto	73.9	23.8	16
Madre de Dios	52.3	19.1	9.3
Moquegua	48.4	56.7	20.9
Pasco	53.7	34.4	15.6
Piura	60	37.3	18.9
Puno	52.1	52.1	20.9
San Martín	59.8	28.9	15.2

⁴ Razón de dependencia demográfica: relación de la población de 0 a 14 años más la población de 65 y más, y la población de 15 a 64 años.

Índice de envejecimiento: porcentaje de la población de 60 y más años sobre el total de menores de 15 años.

Relación de dependencia demográfica de vejez: porcentaje de la población de 60 y más años respecto de la población de 15 a 59 años.

Departamento	Razón de dependencia demográfica	Índice de envejecimiento (%)	Relación de dependencia demográfica de vejez
Tacna	43.2	46.3	16.1
Tumbes	55.7	33.6	16.2
Ucayali	65.4	22.7	13.6
Provincia de Lima 1	44.9	57.4	19.5
Región Lima 2	54.5	50.8	21.5

Fuente: INEI (2018).

3.3.2 Estructura poblacional

En cuanto a su estructura etaria, las pirámides poblacionales del 2005, 2015 y 2021 muestran una población en transición que experimenta un bono demográfico cuyos beneficios aún perdurarán por casi una década más. La dinámica entre 2005 y 2015 es clara en reflejar una estructura que se ensancha en los grupos de edad media en detrimento de los niños y adolescentes. De esta forma, mientras los habitantes menores de 15 años representaban un 32% en el 2005, para el 2015 su peso había bajado al 27.9%. Esta diferencia de cuatro puntos de participación se trasladó al grupo 15-64 años (+2.8 puntos) y a los adultos mayores (+1.3 puntos). Para el 2021 se espera que la tendencia se mantenga con el grupo de 15 a 64 años ganando 1.2 puntos, mientras que los mayores de 64 años pasarían de ser 1 por cada 18 peruanos en el 2005 a 1 por cada 12 en el 2021. Lo anterior significó que, entre 2005 y 2015, la población peruana entre 15 y 64 años creciera a un ritmo del 1.7% anual, mientras aquella mayor de 64 años lo hizo al 3.9%.

Gráfico 17.
Pirámides poblacionales de Perú, 2005, 2015 y 2021



Fuente: elaboración propia con datos del INEI.

Tomando la estructura actual y proyectada de la población, y en línea con la naturaleza de EsSalud, se pueden contemplar las siguientes características de interés para la operación del seguro:

- La proporción de mujeres en edades por encima de los 64 años es superior a los hombres. Por cada hombre en dicha categoría, existirán, en el 2021, 1.19 mujeres.
- La diferencia anterior se hace aún mayor para aquel segmento de personas por encima de los 74 años. En este caso, por cada hombre habría 1.32 mujeres.
- Los niños y adolescentes, que en el 2005 eran 1 de cada 3 peruanos, se proyecta que representen 1 de cada 4 ciudadanos. Puesto en términos de dependencia (ver más abajo), eso significa que en el 2021 habría 2.6 personas en edad de trabajar por cada menor de edad y 8.7 personas de ese mismo segmento por cada adulto mayor. En el 2005 esos números fueron, respectivamente, 2.0 y 11.8.

En relación con este último punto, tal y como se comentó anteriormente, la existencia de un bono demográfico caracteriza la transición poblacional de Perú. Un bono demográfico es aquella situación donde la tasa de dependencia (es decir, la relación entre niños, adolescentes y adultos mayores respecto a la población en edad de trabajar) disminuye progresivamente dando pie a una fuerte concentración poblacional en los rangos de 15 a 65 años (población en edad de trabajar). En el caso peruano, Aramburú y Bustinza (2007: 63) mencionan que el bono demográfico “se debe a la disminución de la tasa de dependencia; es decir, una disminución de la proporción de niños y adolescentes y un estancamiento o ligero incremento en la proporción de adultos mayores (...) la tasa de dependencia infanto-juvenil ha bajado desde mediados de los años 1970 y alcanzará su punto más bajo hacia 2025-2030”. No obstante, la relación de dependencia con los adultos mayores sí ha mostrado un deterioro paulatino y eso representa una contratendencia a lo observado entre menores de edad.

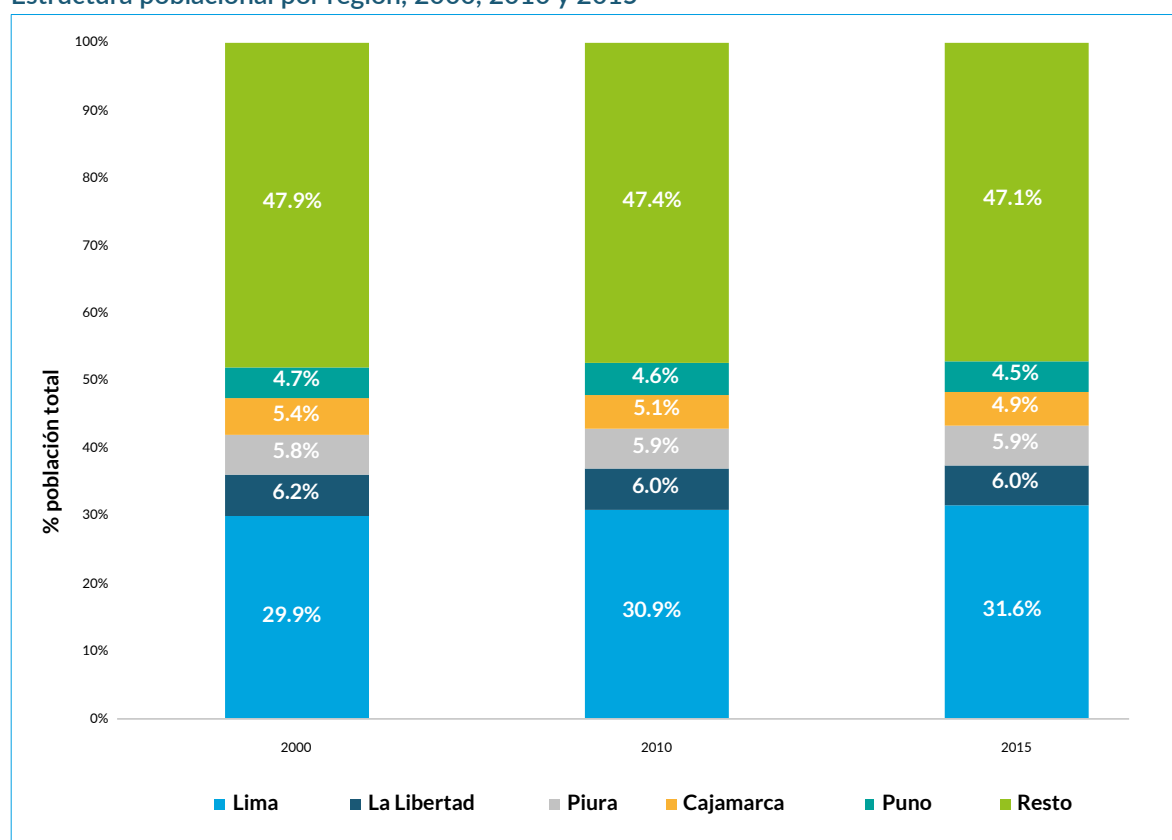
En términos del seguro de salud, esta situación representa, en el corto y mediano plazo, tanto una enorme oportunidad para fortalecer las finanzas del esquema (al bajar la dependencia de menores) así como un riesgo que deberá ser vigilado de cerca (el crecimiento acelerado de la población adulta mayor). Por un lado, si bien la demanda por servicios médicos se desaceleraría entre menores de edad (bajo ciertas condiciones, eso sí), aquella entre adultos mayores (grupo con elevadas tasas de utilización y por ende con costos superiores) crecería, generando una fuerte presión en el presupuesto del seguro. La mayor o menor probabilidad de ver esta presión materializarse en el corto plazo depende de la estructura piramidal de EsSalud, aspecto que se discutirá más adelante. De forma global, Aramburú y Bustinza (2007: 63) sintetizan en los siguientes términos la ventana de oportunidades que el bono demográfico puede traer: “Si se asume que *ceteris paribus* no cambian las condiciones de empleo e ingresos, durante este periodo existe el *potencial* de que los ingresos per cápita aumenten y, por tanto, el consumo y/o el ahorro familiar. Aprovechar esta oportunidad única dependerá de la cantidad y calidad del empleo disponible para las nuevas cohortes que ingresen en la edad laboral”.

En cuanto a la composición de la población peruana, especialmente con respecto a su distribución geográfica y por sexo, los datos reflejan que las cinco principales regiones (Lima, La Libertad, Piura, Cajamarca y Puno) representan cerca del 53% de la población total, cifra que ha tendido a crecer en los últimos quince años (52.1% en el 2000), pero a un ritmo muy lento. Varias condiciones caracterizan la distribución poblacional por región. La primera es que cerca de 3 de cada 10 peruanos viven en Lima, región que albergaba cerca de 9.8 millones de habitantes en el 2015. Desde principios de siglo a la fecha, Lima ha ganado participación en la estructura total, una señal que su crecimiento demográfico se ubica por encima del promedio nacional. En segundo lugar, 9 de las 25 regiones de Perú tuvieron tasas de crecimiento poblacional por encima de la media nacional. Estas regiones son Madre de Dios

(región con la mayor tasa de crecimiento demográfico -3.6% por año-), Tumbes, Callao, Tacna, San Martín, Lima, Loreto, Piura y Ayacucho, todas con un aumento promedio del 1.9% por año. De las 5 regiones más grandes, Lima (1.8% por año) fue la más dinámica, mientras Cajamarca (0.6% por año) se ubicó no solo como la de menos crecimiento del grupo, sino también de todo el país. En un nivel más desagregado, 7 distritos sobrepasan los 400,000 habitantes, todos de la provincia de Lima: San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, Ate, Comas, Villa El Salvador, Villa María y San Juan de Miraflores.

Si el análisis se concentra en las tres regiones naturales en que se encuentra dividido el país, el censo más reciente muestra que el 55.9% de las personas vive en la Costa, un 29.6% en la Sierra y el 14.5% en la Selva.

Gráfico 18.
Estructura poblacional por región, 2000, 2010 y 2015



Fuente: elaboración propia con datos del INEI.

En cuanto a su estructura por zona, la población peruana experimenta un acelerado proceso de urbanización que se mantiene en el tiempo. De esta forma, mientras a inicios de siglo el 26% de la población era rural, para el 2015-2017 ese porcentaje había descendido al 21%; las zonas urbanas crecieron al 2% por año, mientras la población rural se ha contraído a un ritmo del -0.6% anual. En las últimas siete décadas, la población urbana creció 9.5 veces en contraposición a las 4.4 veces que lo hizo la población nacional (Amsat, 2015).

Según el INEI, este fenómeno es un reflejo de los flujos migratorios experimentados por Perú durante varias décadas. Matos (1990) ya relacionaba la urbanización acelerada con la aparición del latifundio, la expulsión de los campesinos de sus tierras y su posterior traslado a zonas urbanas. Más recientemente, el acelerado crecimiento económico por casi dos décadas parece adicionar elementos para entender la continua urbanización peruana.

Cuadro 3.**Estructura poblacional por zona de residencia como porcentaje del total, según quinquenio**

Quinquenio	Población rural	Población urbana
2000 - 2004	26.1%	73.9%
2005 - 2009	24.2%	75.8%
2010 - 2014	22.4%	77.6%
2015 - 2017	21.1%	78.9%

Fuente: elaboración propia con datos del INEI.

En relación con su estructura por sexo, la población femenina es ligeramente inferior a la masculina, esto según datos del INEI⁵. Si bien la brecha se ha cerrado en las últimas décadas, durante el pasado trienio las mujeres representaron el 49.9% de la población peruana en contraste con el 49.8% a principios de siglo. Un detalle para señalar es que tales números discrepan de lo anotado por el mismo INEI en los reportes censales del 2007 y 2017. Así, por ejemplo, en el 2017 la población tendría un 50.8% de componente femenino, mientras en el 2007 dicho porcentaje había alcanzado el 50.3%.

Este patrón, sin embargo, no es exclusivo de todos los departamentos. Tal y como lo informa el mismo Instituto, el total de hombres es mayor que el de mujeres en ocho departamentos: Madre de Dios (52.3%), San Martín (51.0%), Tumbes y Ucayali (50.5%, cada uno), Pasco, Amazonas y Moquegua (cada uno con 50.4%), Loreto y Región Lima (50.2%, en cada caso). Si se valora la estructura piramidal por sexo, los datos al 2015 muestran que las mujeres tienen una mayor proporción de adultos mayores que los hombres, mientras ocurre lo contrario en menores de edad. Esto impone una doble condición sobre la demanda de servicios de salud por ser las mujeres y los adultos mayores los usuarios que más demandan los servicios clínicos.

Cuadro 4.**Estructura poblacional por sexo como porcentaje del total, según quinquenio**

Quinquenio	Hombres	Mujeres
2000 - 2004	50.2%	49.8%
2005 - 2009	50.1%	49.9%
2010 - 2014	50.1%	49.9%
2015 - 2017	50.1%	49.9%

Fuente: elaboración propia con datos del INEI.

3.4 Factores sociales

La relación entre los factores sociales de un país y el funcionamiento de un seguro de salud como EsSalud puede entenderse como una relación indirecta. En primera instancia se encuentra una relación entre los factores sociales y los riesgos de salud que enfrenta la población. Grupos sociales que padezcan una mayor pobreza y desigualdad tienen mayores factores de riesgo de contar con una salud más deficiente, lo mismo se puede inferir de una población con condiciones de vivienda insuficientes y que no cuenta con acceso a servicios básicos de calidad. Esta relación de causalidad se da en ambas direcciones: poblaciones que cuenten con condiciones de salud más deficientes tienen mayores riesgos de ver desmejoradas sus condiciones sociales.

⁵ Ver <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0845/index.htm>, archivo 13.

A partir de estas interrelaciones se puede derivar la relación indirecta mencionada en las primeras líneas de este apartado. Una población con las condiciones sociales descritas anteriormente requiere de mayores esfuerzos de gestión y presupuestarios para mitigar los riesgos mencionados. Esta canalización de mayores esfuerzos y recursos podría ser utilizada en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, así como en la extensión de los servicios disponibles, ya sea por una mayor cobertura de los servicios actuales o por el establecimiento de nuevos servicios.

3.4.1 Pobreza

Perú ha sufrido sistemáticamente de altos niveles de pobreza desde finales de 1980 e inicios de 1990. De acuerdo con Verdera (2007), la pobreza rural en Perú está influenciada por la concentración de la propiedad de la tierra y los efectos negativos que esto ocasiona en el desarrollo local, así como bajos rendimientos de los productos agrícolas. La pobreza urbana se explica en parte por la reducción de los ingresos reales y la menor oferta de trabajo de calidad.

El desencadenamiento de los mayores niveles de pobreza está ligado con los programas de ajuste estructural aplicados en América Latina en los años noventa y de los cuales Perú fue también participante. La implementación de dichos programas trajo como consecuencia la reducción de las partidas presupuestarias destinadas a programas sociales, así como los niveles de hiperinflación que azotaron la economía peruana en esa época. En esta línea, Pascó-Font y Saavedra (2001) señalan que los indicadores sociales fueron muy afectados como consecuencia de estas reformas económicas. En 1991 el 57% de las familias peruanas se clasificaron como pobres, en términos monetarios, debido a que no contaban con un ingreso suficiente para cubrir los gastos de una canasta básica. Pese a que la incidencia de la pobreza tuvo una reducción hacia finales de los años noventa, esta continuó en niveles elevados incluso en el 2000.

Debido al escenario anteriormente expuesto, el Gobierno focalizó e incrementó recursos que fueron ejecutados en programas sociales: se crearon, por ejemplo, el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES)⁶ con el objetivo de financiar proyectos de infraestructura, apoyo social y desarrollo productivo, y el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA). En el periodo 1993-2000 se dio un crecimiento sostenido no solo del presupuesto en programas de alivio a la pobreza, sino también en los gastos de salud y educación. Así, el gasto social como porcentaje del PIB pasó de representar el 4.2% del PIB en 1993 al 8.1% en el 2000 (Congreso de la República del Perú, 2008).

Además, en 1993 se reactivó el Ministerio de la Presidencia con el objetivo de centralizar la gestión de los programas que atendían a la población en condiciones de pobreza. Durante esta década se implementaron además otras medidas tendientes a mejorar la calidad del gasto social y lograr la erradicación de la pobreza⁷ (Congreso de la República del Perú, 2008), tales como el establecimiento de un instrumento de focalización geográfica para la inversión en infraestructura conocido como Mapa de Pobreza Distrital. La creación de este instrumento se enmarcó en el objetivo del Gobierno de reducir a la mitad la cantidad de pobres extremos para finales de 1990. Como resultado del accionar del Gobierno, se logró la reducción de la pobreza extrema, que pasó del 27% en 1991 a niveles cercanos al 15% de 1997 al 2000 (Pascó-Font y Saavedra, 2001).

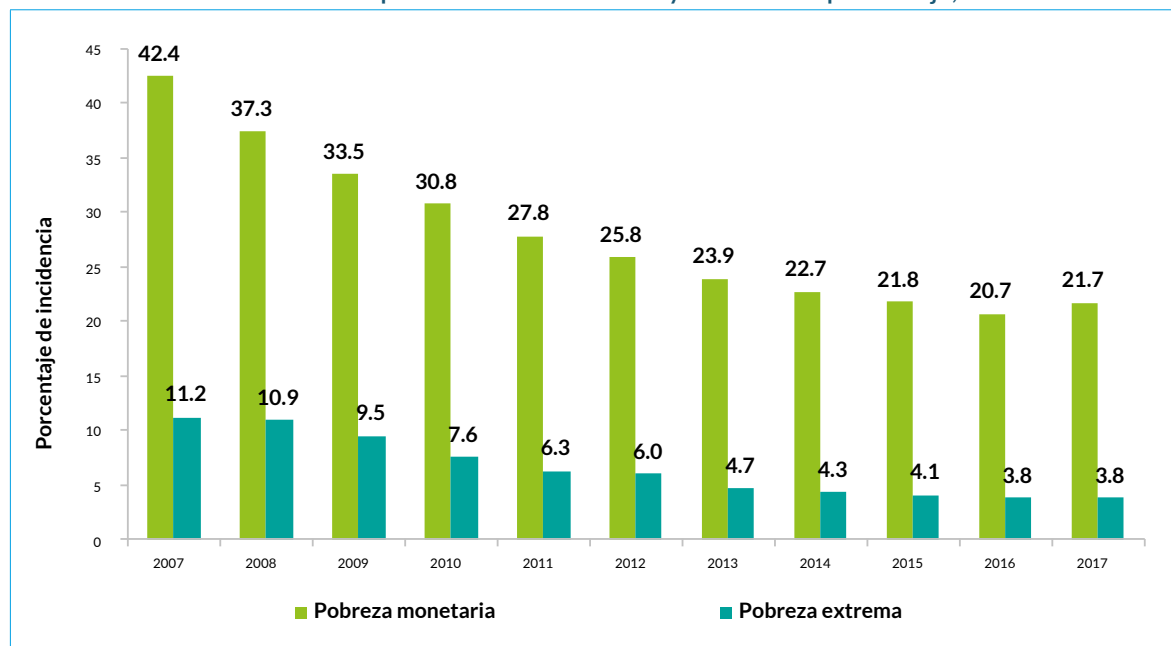
⁶ Este Fondo sustituyó al Sistema Nacional de Desarrollo y Compensación Social (SNDCS).

⁷ Para más detalle de las medidas aplicadas, ver el documento "Los programas sociales en el Perú 1990-2007: del alivio a la superación de la pobreza", disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2_uibd.nsf/86BA8BB7E32BE9780525784E00542271/\\$FILE/DelAlivioaLaSuperaciondeLaPobreza.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2_uibd.nsf/86BA8BB7E32BE9780525784E00542271/$FILE/DelAlivioaLaSuperaciondeLaPobreza.pdf)

Ahora bien, la evolución de la pobreza experimentada en Perú durante los años noventa es muy diferente a la experimentada desde inicios del 2000. De acuerdo con el INEI⁸, la pobreza monetaria total se redujo en 4.1 p.p. en el periodo 2004-2006, esta disminución fue de 5.9 p.p. en la zona urbana y de 0.5 p.p. en la zona rural. En el caso de la pobreza extrema se presentó una reducción de 1 p.p. en el periodo 2004-2006, lo que implicó una baja de 1.6 p.p. en el área urbana, pero un incremento en el área rural de 0.3 p.p. Tal y como se muestra en el siguiente gráfico, a partir del 2007 se continúa observando una disminución sostenida de los niveles de pobreza monetaria total y extrema, que cayeron 20.7 y 7.4 p.p., respectivamente, durante el periodo 2007-2016.

Gráfico 19.

Evolución de la incidencia de la pobreza monetaria total y extrema en porcentaje, 2007-2017



Fuente: INEI.

Una de las razones que explica la disminución de la pobreza es el crecimiento económico que ha experimentado Perú. Como se mencionó en el primer aspecto de entorno del informe, entre el 2000 y el 2017, el PIB peruano creció a una tasa del 5% anual, consolidándose como la economía de América Latina con mayor crecimiento. Lo anterior es consistente con el incremento en el ingreso real promedio per cápita experimentado en Perú. De acuerdo con el INEI, durante el periodo 2007-2017 presentó una variación porcentual positiva del 25.8%, siendo el incremento en el área rural mayor que en el área urbana, del 45.5% contra el 17.9%. De acuerdo con Herrera (2017), del total de la reducción de la pobreza durante el periodo 2004-2015, el 68.5% es atribuible al crecimiento económico.

Otra de las explicaciones de la disminución de la pobreza está relacionada con el gasto público dirigido tanto a programas sociales como a los sectores de educación y salud, los cuales inciden directamente e indirectamente sobre las capacidades de la población pobre para mitigar su situación o bien para salir de su estatus. Como se mencionó en el apartado de la evolución fiscal, el gasto en educación y salud representó en promedio el 5.4% del PIB en el periodo 2000-2011; además, durante el periodo 2013-2015, estos rubros del gasto representaron el 30% del gasto total, proporción 2 p.p. mayor que en el periodo 2000-2002.

⁸ Ver el informe técnico disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1646/libro.pdf

Las donaciones públicas como composición del ingreso real promedio per cápita pasaron de representar el 2.7% en el 2007 al 2.9% en el 2017. Dentro de los programas sociales que buscan reducir la pobreza se encuentra la transferencia condicionada Juntos⁹, que, de acuerdo con una evaluación hecha por el Banco Mundial¹⁰ en el 2009, tuvo impactos significativos en la reducción de la pobreza y en el mejoramiento del bienestar, pues en menos de dos años de ejecución el programa logró reducir la brecha de la pobreza en un 5% y la severidad de la pobreza en un 6%. El presupuesto dirigido a los programas sociales se incrementó en un 43% durante el periodo 2011-2016. Abarca 24 programas, dentro de los que se destacan, por su asignación presupuestaria, el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, Juntos, Beca 18 y Pensión 65, entre otros (Ministerio de Economía y Finanzas, 2016).

Acorde con el argumento anterior, según un análisis realizado por Herrera (2017), el efecto de redistribución tuvo una participación del 31.5% en la caída de la pobreza durante el periodo 2004-2015, este efecto incluye, además de la política social, cambios estructurales y coyunturales en la economía. Dentro de las fuentes de renta que influyeron en la reducción de la pobreza, las transferencias públicas aportaron en el 16% en dicha reducción durante el periodo 2004-2015. Herrera (2017) además señala que de no haber contado con las transferencias públicas en el 2004 la pobreza se hubiera incrementado en 3.9 p.p., mientras que en el 2014 hubiera implicado un incremento de 3.9 p.p.¹¹

Según lo observado en el último periodo, en el 2017 la pobreza experimentó un incremento de un punto porcentual con relación al 2016, ubicándose en el 21.7%, lo que representa 6,906,000 pobres. Por su parte, la pobreza extrema se mantuvo en el 3.8% experimentado en el 2016 (1,209,325 pobres extremos). El incremento de la pobreza en el 2017 coincide con el registro del crecimiento real del PIB más bajo desde que inició una tendencia a la baja en el 2010. Como se mencionó en el apartado de condiciones macroeconómicas, esta desaceleración está influenciada por la reducción de las exportaciones de cobre, lo que ha incidido negativamente en el nivel de inversión del país, así como en el consumo y en los ingresos fiscales. El incremento de la pobreza estuvo acompañado con disminuciones en el gasto y el ingreso real. De acuerdo con información del INEI, el gasto real promedio per cápita mostró una variación del 23.5% en el periodo 2007-2017, pero al analizar solo el cambio en el último año se observa una disminución de este del orden del 0.2% con relación al 2016, que afectó principalmente el área rural y la Sierra. Dentro de los rubros del gasto más afectados se encuentran la educación, los restaurantes y hoteles, así como los alimentos consumidos dentro del hogar. Por el contrario, el gasto que mostró mayor repunte en el periodo 2016-2017 fue la recreación y la cultura.

En cuanto al comportamiento del ingreso real promedio per cápita, luego de presentar una variación porcentual del 25.8 en el periodo 2007-2016, evidenció una reducción del 1.5% en el 2017 con relación al 2016. Esta disminución afectó principalmente, al igual que en el gasto, el área rural y la Sierra. Todos los componentes del ingreso presentaron una disminución, excluyendo el caso del alquiler imputado, la renta fue el que presentó una mayor disminución al caer el 5.9% en el 2017 con relación al 2016, seguido del ingreso por trabajo, que cayó el 2%, y el ingreso por donación pública, que disminuyó en un 1.8%.

⁹ Más información del programa en su portal web, disponible en: <https://www.juntos.gob.pe>

¹⁰ Para mayor detalle de la evaluación, consultar el siguiente vínculo:
https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/Perova_Vakis_JuntosIE.pdf

¹¹ Esta medición incluye únicamente los efectos directos de las transferencias públicas.

Para conocer con más detalle la situación de los pobres, es relevante analizar el perfil de esta población de acuerdo con diferentes características. Al analizar la pobreza según el área de residencia, se evidencia que la pobreza tanto monetaria como extrema es un fenómeno principalmente rural. Como se observa en el siguiente cuadro, la pobreza monetaria tuvo una incidencia del 44% en el área rural en el 2017, positivamente en esta área la pobreza extrema se redujo en 0.4 p.p. del 2016 al 2017. En el caso de la pobreza monetaria urbana, durante el 2017 tuvo una incidencia del 15.1%, 1.2 p.p. mayor que en el 2016, mientras que la pobreza extrema incrementó 0.3 p.p., posicionándose en un 1.2% en el 2017.

Cuadro 5.

Incidencia de la pobreza monetaria y extrema según zona de residencia en porcentaje, 2016-2017

Tipo de pobreza	2016	2017
Rural		
Pobreza monetaria	43.8	44.4
Pobreza extrema	13.2	12.8
Urbana		
Pobreza monetaria	13.9	15.1
Pobreza extrema	0.9	1.2

Fuente: INEI.

De acuerdo con la región natural, como se puede observar en el siguiente cuadro, las más afectadas son las personas que habitan la Sierra, quienes al 2017 presentaban una incidencia del 31.6% de pobreza monetaria y del 8.0% de pobreza extrema (0.1 y 0.3 p.p. menor que el 2016, respectivamente). La Selva presentó una incidencia de pobreza monetaria del 28.6% y del 6.2% de pobreza extrema en el 2017 (1.2 y 0.3 p.p. mayor que en el 2016). Por último, la región menos afectada por la pobreza fue la Costa, que presentó una incidencia de pobreza monetaria de 14.4% y del 0.8% en pobreza extrema, ambos porcentajes mayores que los registrados en el 2016 (1.6 y 0.3 p.p., respectivamente).

Cuadro 6.

Incidencia de la pobreza monetaria y extrema según zona de región natural en porcentaje, 2016-2017

Región natural	2016	2017
Pobreza monetaria		
Sierra	31.7	31.6
Selva	27.4	28.6
Costa	12.8	14.4
Pobreza extrema		
Sierra	8.3	8.0
Selva	6.5	6.2
Costa	0.5	0.8

Fuente: INEI.

Al desagregar las áreas naturales en rurales y urbanas, se denota claramente cómo las primeras son más golpeadas tanto por la pobreza monetaria como por la extrema. El siguiente cuadro muestra cómo en el 2017 la pobreza monetaria en la Sierra rural afectó a cerca de 5 de cada 10 personas, mientras que en la Sierra urbana se vieron afectadas cerca de 2 de cada 10 personas. En la selva rural la pobreza monetaria afectó a 4 de cada 10 personas, mientras que en la Selva urbana se vieron

afectadas 2 de cada 10 personas. En la Costa rural la pobreza monetaria afectó a más de 2 de cada 10 personas, mientras que en la Costa urbana se afectaron poco más de 1 persona por cada 10. De la desagregación, el área menos azotada por la pobreza monetaria fue Lima Metropolitana, que registró una incidencia del 13.3% en el 2017. La pobreza monetaria se incrementó en cinco de las siete áreas presentadas en el 2017 con relación al 2016. Lo contrario sucedió en la Costa rural y la Sierra urbana, donde la pobreza extrema se redujo en 4.3 y 0.3 p.p., respectivamente, en el 2017 con relación al 2016.

Por su parte, la pobreza extrema en el 2017 tuvo una incidencia 13.2 p.p. mayor en la Sierra rural con relación a la Sierra urbana. En el caso de la Selva rural, la incidencia de este fenómeno fue 8 p.p. mayor que en la Sierra urbana. Por último, dicha incidencia en la Costa rural fue 2.6 p.p. mayor que en su contraparte urbana. Lima Metropolitana registró una incidencia de pobreza extrema del 0.7% en el 2017. La pobreza extrema se redujo en tres de las siete áreas expuestas en el 2017 con relación al 2016, destacándose el caso de la Costa rural, cuya disminución fue de 2.6 p.p., la Sierra rural no experimentó ningún cambio. Por su parte, la Selva urbana, la Costa urbana y Lima Metropolitana denotaron un incremento de la pobreza extrema de menos de 1 p.p.

Cuadro 7.
Incidencia de la pobreza monetaria y extrema según zona de dominio geográfico en porcentaje, 2016-2017

Dominios geográficos	2016	2017
Pobreza monetaria		
Sierra rural	47.8	48.7
Selva rural	39.3	41.4
Costa rural	28.9	24.6
Sierra urbana	16.9	16.3
Selva urbana	19.6	20.5
Costa urbana	13.7	15
Lima Metropolitana	11	13.3
Pobreza extrema		
Sierra rural	14.9	14.9
Selva rural	12.0	11.1
Costa rural	6.0	3.4
Sierra urbana	2.2	1.7
Selva urbana	3.0	3.1
Costa urbana	0.3	0.8
Lima Metropolitana	0.2	0.7

Fuente: INEI.

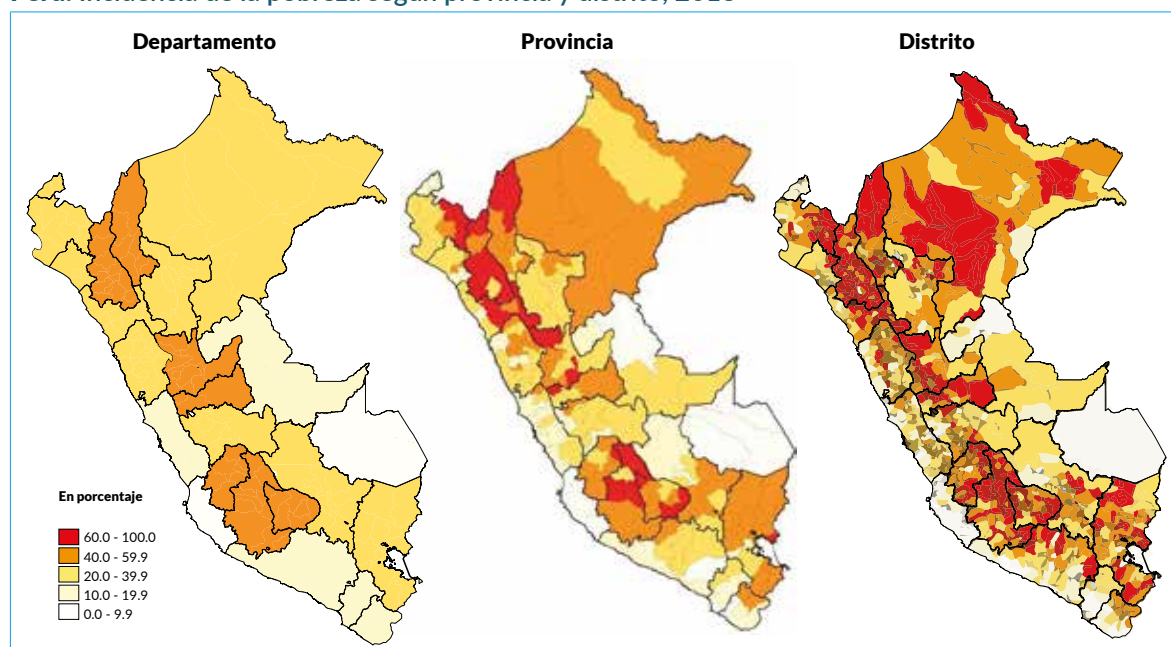
Acorde con lo expuesto en líneas anteriores, los siguientes mapas de pobreza para el 2013 a nivel de departamento, provincia y distrito muestran cómo las regiones ubicadas más en el centro del país sufren una mayor incidencia de la pobreza. A nivel de departamento, 7 de los 24 departamentos tienen una incidencia de la pobreza total mayor del 40%. A nivel distrital, acorde con información del INEI, 484 distritos denotaban una incidencia de la pobreza total mayor del 60%, por lo que 840 distritos exhibían porcentajes menores del 40%. Los 20 distritos en los que se registró mayor incidencia de la pobreza en el 2013 se ubicaban principalmente en la región natural de la Sierra, en los

siguientes departamentos: La Libertad, Cajamarca, Ayacucho, Amazonas, Apurímac y Lambayeque. Estos distritos se ubican en 15 provincias, dentro de las que destacan Bolívar, San Marcos, Chota y Víctor Fajardo, por tener más de un distrito de los 20 considerados con mayor pobreza en el 2013.

En contraste, los 20 distritos en los que se registraron menores niveles de pobreza total se encuentran en Lima Metropolitana, Ica, Arequipa, Madre de Dios, Cusco, Moquegua y en la Provincia Constitucional del Callao. Estos distritos se ubican en las siguientes 8 provincias: Lima, Ica, Manu, Nazca, Arequipa, Callao, Cusco, Ilo.

Al comparar la incidencia de la pobreza total a nivel distrital en el 2009 y 2013, de acuerdo con información del INEI, se registra una disminución de este indicador en 855 distritos del país. De acuerdo con las regiones naturales, de los distritos que presentaban una incidencia de la pobreza mayor del 60%, 245 distritos ubicados en la Sierra mostraron una disminución durante los años comparados, además de 33 distritos de la Selva y dos ubicados en la Costa.

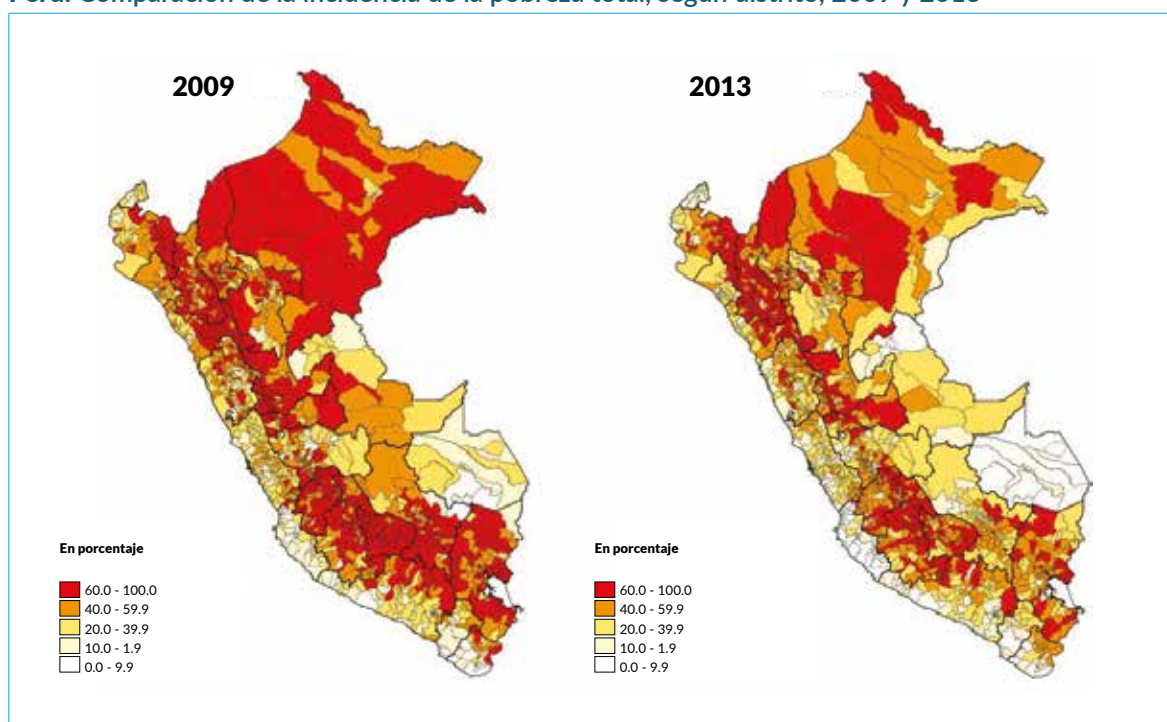
Gráfico 20.
Perú: Incidencia de la pobreza según provincia y distrito, 2013



Fuente: INEI.

Gráfico 21.

Perú: Comparación de la incidencia de la pobreza total, según distrito, 2009 y 2013



Fuente: INEI.

La pobreza monetaria es un fenómeno que ataca en mayor medida a las mujeres que a los hombres: en el 2107 del total de personas afectadas por este mal el 51.40% eran mujeres. De acuerdo con la lengua materna, el 33.0% de los afectados hablaban lengua nativa, y el restante 67.0% castellano. Otro dato relevante en la caracterización de la pobreza es que los hogares pobres rurales tienen en promedio 4.2 miembros, cifra similar a los hogares pobres urbanos, que tienen en promedio 4.9 miembros.

El siguiente cuadro muestra una desagregación de la pobreza monetaria por grupo de edad. Del total de afectados, el mayor porcentaje son personas entre 0 y 14 años (40.3%), seguido de quienes se ubican entre 25 y 44 años (25.7%). El grupo de edad menos afectado es el conformado por personas mayores de 65 años.

Cuadro 8.

Incidencia de la pobreza monetaria según grupo de edad en porcentaje, 2017

Grupo de edad	2017
De 0 a 14 años	40.3
De 15 a 24 años	16.3
De 25 a 44 años	25.7
De 45 a 64 años	14.9
De 65 a más años	2.8

Fuente: INEI.

Con relación al nivel educativo alcanzado por la población clasificada como pobre, se destaca que tan solo el 2.6% del total de esta población cuenta con educación superior universitaria, mientras el 4.8% tiene educación superior no universitaria. La mayoría de la población pobre cuenta con nivel de educación primaria o bien secundaria (92.5% en total).

Cuadro 9.**Nivel de educación alcanzado por la población de 15 años y más edad, 2017**

Nivel de educación	Porcentaje
Primaria*	50.1
Secundaria	42.4
Superior no universitaria	4.8
Superior universitaria	2.6

*Incluye a la población que no cuenta con ningún nivel de educación.
Fuente: INEI.

En el siguiente cuadro se observa información de la asistencia neta al sistema educativo de las personas pobres. La situación más crítica se presenta en la educación superior, ya que tan solo el 10.4% de los pobres en edades de 17 a 24 años asiste a este nivel educativo. La menor brecha de asistencia se encuentra en la primaria, nivel educativo en el que se registró una asistencia del 91.2% en el 2017. El nivel educativo inicial y la secundaria presentaron una situación similar en términos de asistencia, ambos con porcentajes cercanos al 76%.

Cuadro 10.**Población pobre de 3 a 24 años de edad según asistencia neta al sistema educativo, 2017**

Nivel de educación por grupo de edad	Asiste	No asiste
Inicial: de 3 a 5 años	76.0%	24.0%
Primaria: de 6 a 11 años	91.2%	8.8%
Secundaria: de 12 a 16 años	76.5%	23.5%
Superior: de 17 a 24 años	10.4%	89.6%

Fuente: INEI.

En cuanto al aseguramiento, de acuerdo con el INEI en el 2017 el 17.7% de los pobres no contaban con seguro. De la población pobre que tiene seguro de salud, un 74.7% se encuentran amparados únicamente bajo el SIS, el cual cubre a la población que no dispone de los medios para adquirir un seguro, el 7.4% cuenta únicamente con el seguro de EsSalud y el 0.3% se encuentra asegurado bajo otras modalidades. En términos de enfermedades crónicas, dentro de las cuales se incluyen artritis, hipertensión, asma y reumatismo, el 25.8% de los pobres sufre de alguna de ellas.

Como se puede observar en el siguiente cuadro, la mayoría de los pobres que se encontraron ocupados en el 2017 se desempeñaron en la rama de actividad agricultura, concentrándose en dicha rama el 53.9% de esa población. En ese año, el 14.2% de la población pobre trabajaba en la rama de servicios y el 12.3% en manufactura. Las actividades manufactura, transportes y comunicación, y construcción emplearon porcentajes menores del 8% de esta población. Por último, las ramas de actividad minería y pesca son las que menor cantidad de personas pobres emplearon en el 2017, ambas categorías concentraron el 1.4% de la población pobre ocupada.

Cuadro 11.**Población pobre ocupada de 14 y más años de edad según rama de actividad, 2017**

Rama de actividad	Porcentaje
Agricultura	53.9
Servicios	14.2
Comercio	12.3
Manufactura	7.9
Transportes y comunicación	5.8
Construcción	4.6
Minería	0.7
Pesca	0.7

Fuente: INEI.

Por último, dentro de la caracterización de la población pobre en Perú, se debe tomar en cuenta la formalidad del empleo a la cual está sujeto este grupo. Durante el 2017 el 94.2% de la población pobre ocupada mayor de 14 años contaba con un empleo informal. El siguiente cuadro muestra la condición de formalidad del grupo antes mencionado, del 5.8% que contaba con un empleo formal, solo el 12% estaba afiliado al sistema de pensiones. La mayoría de los adscritos se encuentran afiliados a una Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) (69.0%), el 27.0% se encuentran bajo la Ley N° 19990, entendida como el Sistema de Nacional de Pensiones de la Seguridad Social, el 1.5% están bajo la Ley N° 20530¹², también conocida como la pensión de cesantía, y el 2.5% pertenece a otro sistema.

Cuadro 12.**Población pobre ocupada de 14 y más años de edad según condición de formalidad en el empleo, 2017**

Condición de formalidad	Porcentaje
No afiliados a pensiones	88.0
Afiliados a pensiones	12.0
AFP	69.0
Ley N° 19990	27.0
Ley N° 20530	1.5
Otro sistema	2.5

Fuente: INEI.

Finalmente, la gran mayoría de la población pobre ocupada se clasifica dentro de la categoría de trabajador independiente (61.9%), de los cuales una pequeña porción se determina como patrono o empleador (2.8%). Los que se clasifican como dependientes son en su mayoría obreros (72.6%), el 21.9% se clasifican como empleados y el restante 5.6% son trabajadores del hogar.

Cuadro 13.**Población pobre ocupada según categoría de ocupación, 2017**

Categoría de ocupación	Porcentaje
Independientes	61.9
Trabajador	97.2
Patrono/empleador	2.8
Dependientes	38.1
Obrero	72.6
Empleado	21.9
Trabajador del hogar	5.6

Fuente: INEI.

¹² Se otorga a extrabajadores del Estado que aportaron en el régimen DL 20530, que a la fecha de expedición de la reforma contaba con los requisitos para obtener dicha pensión.

Un análisis integral de la pobreza debe incluir indicadores no monetarios que permitan considerar otros aspectos que caracterizan a la población pobre de un país o región. El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) de la Iniciativa sobre Pobreza y Desarrollo Humano de Oxford (OPHI, por sus siglas en inglés) es un ejemplo de este tipo de mediciones no monetarias de la pobreza, y está relacionada con el acceso a servicios básicos. Esta medición incluye el análisis de diez indicadores ponderados que se extraen de tres dimensiones de pobreza, a saber: educación, salud y condiciones de vida¹³.

La pobreza multidimensional en Perú calculada con el IPM ha denotado una reducción de 9 p.p. del 2005 al 2012¹⁴. Durante el 2005 la pobreza multidimensional en Perú afectó al 19.5% de la población, porcentaje que cayó al 15.8% durante el 2008 y se ubicó en un 10.5% en el 2012. La intensidad de la pobreza¹⁵ en el 2005 fue del 43.7%, indicador que disminuyó 2.7 p.p. en el 2012, ubicándose en el 41%. Del total de los pobres multidimensionales en el 2012, el 12.9% son considerados vulnerables a la pobreza y un 2% se encuentran en pobreza severa. Los cinco indicadores con mayor contribución al IPM son la mortalidad infantil (17.1%), los años de escolaridad (13.2%), el combustible para cocinar (12.6%), el saneamiento (11.8%) y las condiciones del suelo (11.6%).

Por área de residencia, la zona rural tiene una incidencia de la pobreza multidimensional del 27.1%, la cual es 18 p.p. menor que la incidencia registrada en el 2005 (45.1%). La mortalidad infantil contribuyó en el 15.9% en la conformación de este indicador, seguido de años de escolaridad, con un porcentaje del 14.1%. Por su parte, la incidencia de este indicador en el área urbana es del 2.9%, que descendió en 1.1 p.p. con relación al valor registrado en el 2005 (4%). Dentro de los indicadores con mayor contribución en la conformación del IPM en esta área se destacan la mortalidad infantil (22.7%) y la asistencia escolar (14%). La intensidad de la pobreza es mayor en el área rural que en el área urbana: un 41.6% contra un 38.6%, respectivamente. Este indicador decreció en ambas regiones en el 2012 con relación al 2005: 2.4 p.p. en el área rural y 1.9 p.p. en el área urbana.

A nivel regional, los 5 departamentos con mayores niveles de incidencia pobreza multidimensional son Loreto (32.5%), Huancavelica (30.2%), Huánuco (26.6%), Apurímac (23.1%) y Amazonas (22.9%). Lima, por su parte, se encuentra dentro de los departamentos con menor incidencia de pobreza multidimensional, registrando en el 2012 un porcentaje de 1.2%, otros departamentos que reportan niveles bajos en este indicador son Tacna (2.2%) e Ica (2.6%).

Otro enfoque para analizar la multidimensionalidad de la pobreza está relacionado con la satisfacción de las necesidades básicas de los individuos. De acuerdo con la metodología implementada por el INEI, una persona se considera con al menos una de sus necesidades básicas insatisfechas (NBI) cuando tiene una de las siguientes cinco carencias: 1) quienes residen en una vivienda con características físicas inadecuadas (paredes exteriores de estera o de quinchá, piedra con barro o madera y piso de tierra); 2) las personas que residen en viviendas con hacinamiento (más de tres o cuatro personas por habitación, sin contar con baño, cocina, pasadizo y garaje); 3) quienes viven en viviendas sin ningún servicio higiénico; 4) personas con niños y niñas de 6 a 12 años de edad que no asisten al colegio; y 5) población en hogares con alta dependencia económica (jefe de hogar con primaria incompleta, o con cuatro o más personas por ocupado o sin ningún miembro ocupado).

¹³ De acuerdo con la metodología del IPM, quienes cuentan con privación del 20 al 33% en los indicadores ponderados se consideran “vulnerables a la pobreza”; una privación de más del 50% se clasifica como pobre severo; por último, las personas clasificadas como desprovistas son aquellas que no cuentan con provisión de al menos un tercio del mismo indicador ponderado.

¹⁴ La última actualización de la medición del IPM en Perú se realizó en el 2012.

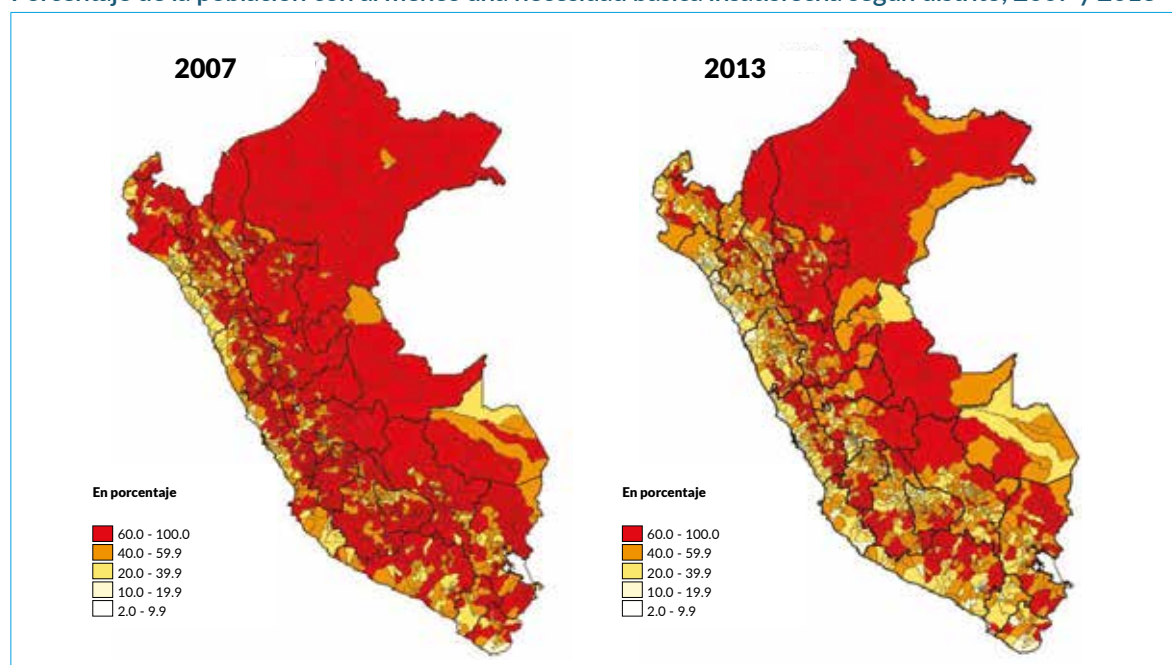
¹⁵ La intensidad de la pobreza se determina como la proporción promedio de indicadores de los que los pobres son privados.

Durante el 2004 el porcentaje de la población con al menos una NBI se ubicó en el 34.6%, descendió al 18.7% en el 2016 y cayó 15.9 p.p. en total para este periodo. La población a la que se le contabilizó una NBI sumó el 14.9% de la población total, mientras que aquellos con dos a cinco NBI representaron el 3.7% de la población total. La NBI que presentó la mayor carencia para la población fue residir en viviendas sin servicios higiénicos (7.8%), seguido por vivir en condiciones de hacinamiento (7.3%) y de cerca se ubica la población que vive en viviendas con condiciones físicas inadecuadas (6.3%). Las restantes dos NBI presentaron porcentajes notoriamente más bajos en comparación con las anteriores: el 1.1% de la población residió en hogares con alta dependencia económica y en último lugar se ubicaron los hogares con menores que no asisten a la escuela, con el 0.7%.

Las brechas de NBI entre las zonas urbanas y rurales son notorias: para el 2016 la población con al menos una NBI en el área urbana se ubicó en el 13.2%, mientras que el área rural contabilizó el 37%. Similarmente, en las regiones naturales hay diferencias marcadas, mientras que este indicador se posicionó en un 10.8% en la Costa, fue más del doble para la Sierra (22.1%) y más de cuatro veces en la Selva (43.8%). Por dominio geográfico, Lima Metropolitana es la que se encuentra en la mejor situación, al contabilizar el 8.2% de población con la característica en discusión, mientras otros dominios como Selva rural (59.8%), Selva urbana (33.3%) y Sierra rural (30.9%) exponen los tres peores desempeños.

Los siguientes mapas muestran una comparación distrital del porcentaje de la población con al menos una NBI entre el 2007 y el 2013. Durante el 2007 la cantidad de distritos con una incidencia de pobreza por NBI mayor del 60% ascendió a 1,022, mientras que en el 2013 esta cifra se redujo en 533 distritos al ubicarse en 489. Complementariamente, 1,365 distritos durante el 2013 contaron con una incidencia de la pobreza por NBI menor del 60%, cifra que ascendía a 832 durante el 2013.

Gráfico 22.
Porcentaje de la población con al menos una necesidad básica insatisfecha según distrito, 2007 y 2013

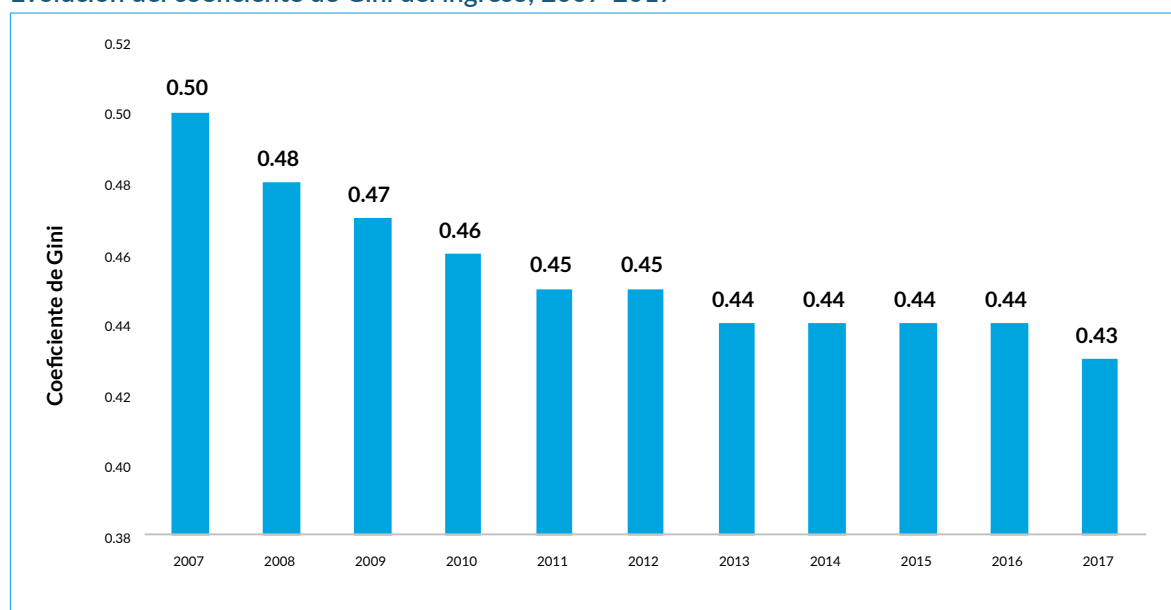


Fuente: INEI.

3.4.2 Desigualdad

La desigualdad en Perú ha seguido la tendencia a la baja que ha experimentado la pobreza en los últimos años, como puede observarse en el siguiente gráfico, que muestra la evolución del coeficiente de Gini del ingreso para el periodo 2007-2017. Este coeficiente se ubica entre 0 y 1, donde 0 representa un escenario de perfecta igualdad y 1 de perfecta desigualdad. En el 2007 este coeficiente se ubicó en 0.50, mientras en 2017 se había reducido 0.7 puntos, ubicándose en 0.43. La mayor disminución se experimentó en el periodo 2007-2008, cuando se redujo 0.2 puntos. Esta tendencia se explica, al igual que en la pobreza, por el *boom* económico del país durante la década pasada, así como por el fortalecimiento de la política social emprendida desde inicios de los años 90.

Gráfico 23.
Evolución del coeficiente de Gini del ingreso, 2007-2017

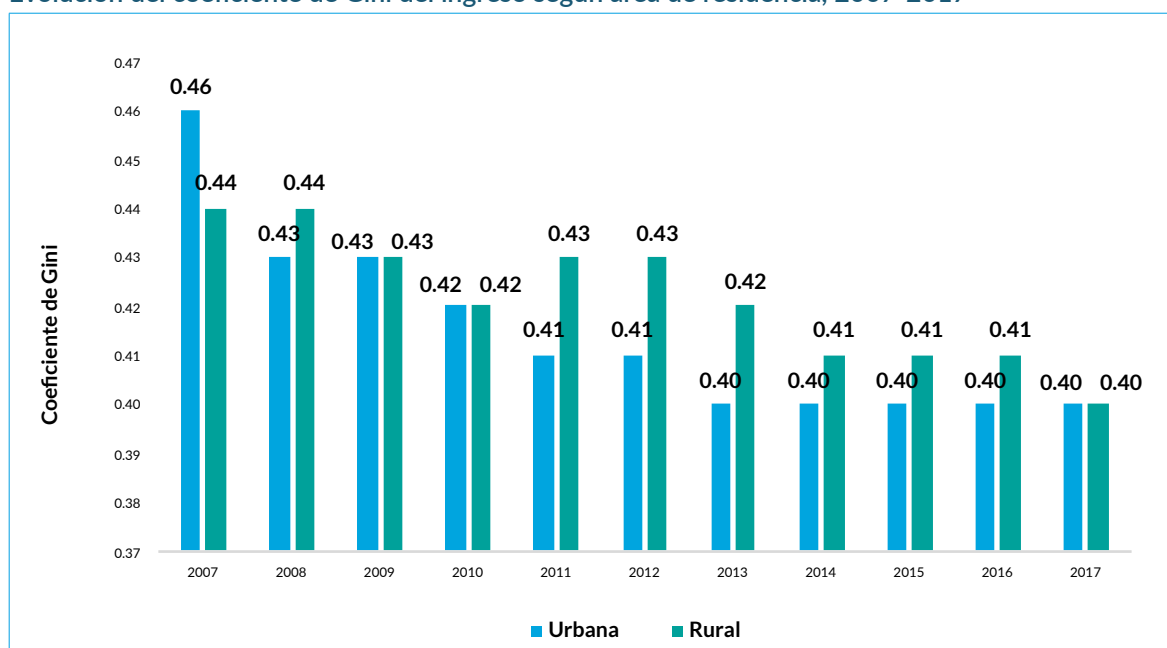


Fuente: INEI.

El siguiente gráfico muestra la evolución del coeficiente de Gini del ingreso según área de residencia. Como puede observarse, durante el periodo expuesto la desigualdad fue mayor en el área rural en la mayoría de los años, con excepción del año 2007, cuando la desigualdad fue 2 puntos mayor en el área urbana con relación al área rural. En el 2017 en ambas regiones se registró un coeficiente de Gini de 0.40, que fue 0.6 puntos menor para el área urbana en comparación con el 2007, reducción que representó el 13% del coeficiente y 0.4 puntos para el área rural (9.1%).

Gráfico 24.

Evolución del coeficiente de Gini del ingreso según área de residencia, 2007-2017



Fuente: INEI.

Como fue acotado en el subapartado anterior, los ingresos reales per cápita promedio tuvieron una variación porcentual del 25.8 en el periodo 2007-2017, mientras el incremento de los ingresos fue mayor en el área rural que en el área urbana: un 45.5% contra un 17.9%, respectivamente. Por región natural, el crecimiento en los ingresos en el periodo anteriormente mencionado fue mayor en la Sierra (37.8%), seguido de la Selva (36.6%), mientras el menor crecimiento se registró en la Costa (18.6%). De acuerdo con el dominio geográfico, el mayor crecimiento del periodo se experimentó en la Sierra rural (55.5%), seguido de la Costa rural (41.4%), la Selva urbana (30.6%) y la Selva rural (24.2%); el menor crecimiento lo experimentó la Costa urbana (12.8%), seguido de la Sierra urbana (18.2%) y Lima Metropolitana (19.3%).

El siguiente cuadro muestra el nivel de ingresos reales per cápita promedio para el 2017, así como las variaciones porcentuales experimentadas en el 2017 con relación al 2007 y al 2016. En este cuadro queda evidenciada la desigualdad de ingresos que existe entre la población peruana: la diferencia de ingresos entre el primer y el último decil asciende a 3,812 soles. A pesar de que el crecimiento de los ingresos fue positivo para todos los deciles durante el periodo 2007-2017, existe gran diferencia entre el progreso registrado en cada uno de estos. El decil que vio crecer en mayor porcentaje su ingreso en el periodo 2007-2017 fue el decil 1, con un incremento del 43.2%, seguido del decil 2 (34.8%) y muy de cerca el decil 3 (34.6%). En contraste, el decil con menor crecimiento en el periodo señalado fue el decil 10 (4.2%), seguido del decil 9 (17.6%). La última variación anual registrada, 2016-2017, fue negativa en todos los deciles, siendo el decil 4 el menos afectado (-0.8%) y el decil 2 el más afectado (-5.5%).

Cuadro 14.

Ingreso real promedio per cápita mensual según deciles, 2017 y variación porcentual periodos seleccionados (soles constantes base = 2017 a precios de Lima Metropolitana)

Decil	2017	Variación porcentual	
		2017/2016	2017/2007
Decil 1	325	-1.1	43.2
Decil 2	489	-5.5	34.8
Decil 3	616	-2.4	34.6
Decil 4	740	-0.8	35.1
Decil 5	872	-1.0	34.1
Decil 6	1,025	-1.1	31.7
Decil 7	1,203	-3.2	28.3
Decil 8	1,486	-2.3	26.5
Decil 9	1,964	-3.5	17.6
Decil 10	4,137	-3.3	4.2

Fuente: INEI.

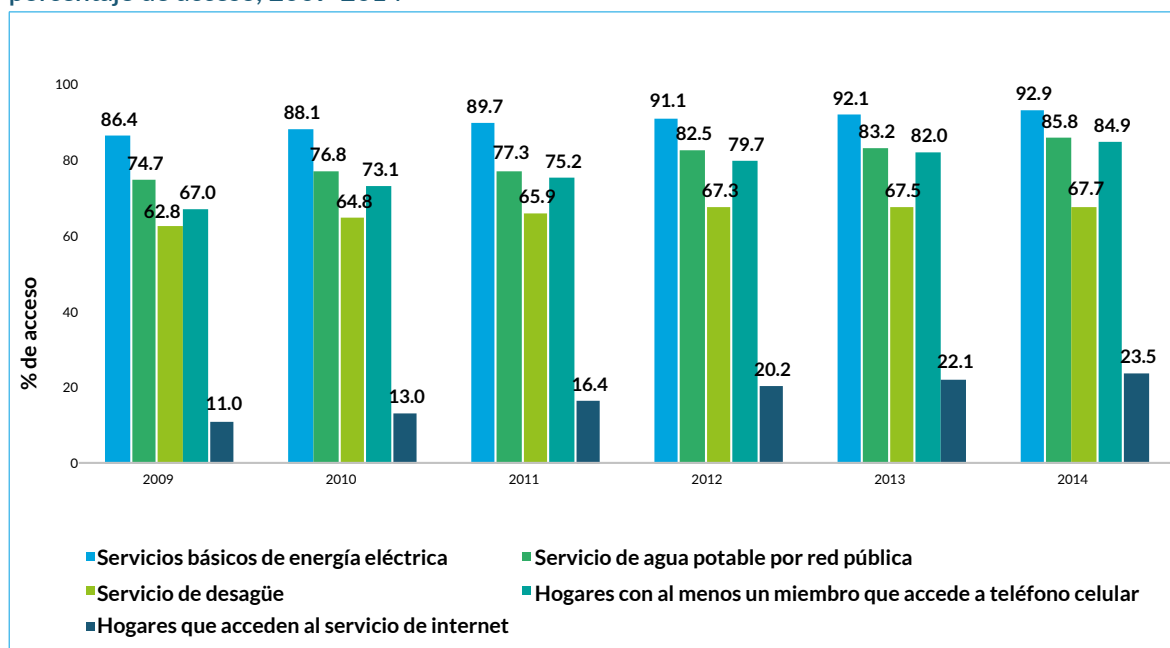
3.4.3 Servicios básicos

El acceso a los servicios básicos en Perú ha tendido a la mejora; sin embargo, algunos servicios continúan mostrando niveles deficientes. El siguiente gráfico muestra la evolución de estos servicios para el periodo 2009-2014. La energía eléctrica mostró un incremento de 6.5 p.p., lo que representa un aumento del 7.5% durante el periodo, la menor tasa de variación porcentual de los servicios expuestos. Este es el servicio con mayor tasa de cobertura, pues en el 2014 se registró un 92.9% de acceso. Seguido de la electricidad, en términos de acceso se encuentra el agua potable por red pública, servicio que incrementó su acceso en un 14.9% durante el periodo analizado, mientras en el 2014 este indicador se ubicó en un 85.8%. Los hogares con al menos un miembro que accede a teléfono celular presentaron un porcentaje de acceso del 84.9% en el 2014, desde el 2009 creció un 26.7%.

Al contrario de los servicios anteriores, el servicio de desagüe presenta una brecha de acceso mucho más alta, ya que su porcentaje de acceso se ubicó en el 2014 en un 67.7%, denotando un incremento bajo en comparación con otros servicios. Por último, el acceso al servicio de internet, pese a ser el de la mayor brecha de acceso, fue el que mostró el mayor incremento del periodo analizado. En el 2009 dicho indicador se ubicó en el 11% y para el 2014 se registró en el 23.5%, lo que representó un incremento del 113.6%.

Gráfico 25.

Indicadores de acceso a servicios básicos, tecnologías de la información y de la comunicación como porcentaje de acceso, 2009-2014



Fuente: INEI.

El siguiente cuadro muestra con más detalle el acceso de hogares a teléfonos celulares por ámbito geográfico durante el periodo 2007-2016. A nivel nacional, el acceso en el 2016 se ubicó en el 88.9%, Lima Metropolitana tuvo un acceso del 93.3%, mientras que el resto del país se ubicó en 6.4 p.p. por debajo. Como es esperable por la dinámica de las áreas de residencia, este servicio tiene un mejor acceso en el área urbana que en el área rural: un 92.9% contra un 76.4%, respectivamente. Pese a lo anterior, positivamente, dicho servicio tuvo un incremento en su acceso en más del 500% en el periodo 2007-2016. La Costa es la región natural con el mejor acceso (92.8%), seguido de la Sierra (85%), por último, la Selva tiene el menor porcentaje de acceso, registrado en un 82.9% durante el 2016, pero presentó la mayor tasa de variación de las tres regiones en el periodo (222%).

En términos de departamento, Loreto es el que presentó el menor porcentaje de acceso durante el 2016 (72.3%), mientras que Tacna denotó el mayor porcentaje (94.5%). El distrito con la mejora más notoria en el periodo fue Huancavelica, que mostró una variación porcentual de 1.695%, al pasar de un porcentaje de hogares con al menos un miembro con teléfono celular del 4.6% en el 2007 al 83.1% en el 2016. En contraste, el distrito con el crecimiento más bajo fue Tacna, con una variación porcentual del 47%; sin embargo, esto es esperable debido a los altos porcentajes que exhibe en este indicador.

Cuadro 15.

Hogares con al menos un miembro que tiene teléfono celular según ámbito geográfico como porcentaje del total de hogares, 2007-2016

Ámbito geográfico	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total	45.0	59.7	67.0	73.1	75.2	79.7	82.0	84.9	87.2	88.9
Lima Metropolitana ^{1/}	65.7	75.7	80.3	83.3	85.6	88.8	88.5	91.1	92.9	93.3
Resto país	36.0	52.6	61.0	68.4	70.6	75.8	79.1	82.1	84.6	86.9
Área de residencia										
Urbana	57.8	72.4	78.0	82.2	83.9	86.9	88.2	90.1	91.7	92.9
Rural	11.3	24.3	36.0	46.2	49.8	58.2	63.1	68.9	73.1	76.4
Región natural										
Costa	60.3	73.4	77.6	81.4	83.6	86.7	87.7	89.7	91.5	92.8
Sierra	27.6	43.2	53.8	63.1	66.0	72.0	75.9	80.2	82.5	85.0
Selva	25.7	44.4	55.3	62.6	63.9	70.5	73.6	76.6	80.8	82.9
Departamento										
Amazonas	19.6	34.3	50.6	60.6	64.3	72.7	76.8	76.6	80.2	83.6
Áncash	36.8	52.3	65.1	71.9	78.7	81.5	84.0	86.4	85.9	88.7
Apurímac	13.0	27.8	39.7	49.4	59.2	70.5	68.4	76.7	80.0	80.8
Arequipa	55.0	71.2	74.8	80.6	81.6	86.9	88.3	91.2	92.7	93.9
Ayacucho	22.2	37.2	51.0	60.8	62.8	65.2	65.0	75.5	80.1	83.0
Cajamarca	21.1	42.7	52.8	63.6	64.8	67.4	75.0	78.5	81.2	83.8
Callao	63.3	74.9	81.6	84.1	84.9	86.7	87.7	90.6	93.3	93.9
Cusco	30.7	45.2	56.4	63.4	66.4	75.9	81.6	80.2	82.7	85.6
Huancavelica	4.6	9.4	27.8	50.6	56.8	66.2	69.4	74.7	78.0	83.1
Huánuco	25.9	41.1	52.5	63.2	65.2	70.9	75.7	82.6	85.9	86.2
Ica	59.3	73.5	76.2	81.4	82.4	87.2	88.7	88.7	91.7	93.1
Junín	34.0	57.9	64.8	71.2	73.1	76.0	78.7	84.4	86.5	88.0
La Libertad	45.9	62.2	66.8	72.7	76.0	81.5	84.3	84.5	88.6	90.8
Lambayeque	50.2	67.4	72.5	79.5	81.1	84.6	88.2	88.1	90.6	92.1
Lima	64.5	74.2	78.6	82.1	84.2	87.5	87.7	90.3	92.2	92.8
Provincia de Lima ^{2/}	66.0	75.7	80.1	83.2	85.7	89.0	88.6	91.2	92.8	93.2
Región Lima ^{3/}	51.3	60.3	65.6	71.6	71.1	74.2	79.6	82.1	86.4	88.6
Loreto	21.9	36.8	42.4	49.7	48.6	55.8	59.1	64.1	66.5	72.3
Madre de Dios	42.9	58.3	71.6	73.2	78.9	84.2	89.0	87.1	89.2	90.1
Moquegua	50.3	62.6	73.3	77.5	80.2	86.8	85.8	83.9	89.2	89.2
Pasco	25.8	43.2	55.8	71.7	71.8	76.1	77.1	82.8	85.3	87.4
Piura	34.8	58.2	62.5	67.2	69.9	72.0	78.0	82.5	82.0	87.4
Puno	29.5	44.0	55.5	60.4	61.7	71.7	73.9	78.0	80.0	82.2
San Martín	26.8	47.5	60.8	71.0	70.9	76.1	78.6	81.3	85.4	85.9
Tacna	64.1	77.5	82.9	86.6	86.8	88.8	91.3	91.5	92.4	94.5
Tumbes	62.1	74.3	77.3	80.6	87.3	86.9	89.3	90.1	93.0	93.7
Ucayali	40.4	53.8	62.4	67.3	72.3	74.3	77.7	79.7	85.6	85.1

^{1/} Incluye la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

^{2/} Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

^{3/} Comprende las provincias de Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

Fuente: INEI.

El siguiente cuadro muestra que el porcentaje de hogares que contaban con al menos una computadora en el 2016 fue del 33.5%, cifra que ascendió 18.1 p.p. con relación al 2007; al comparar este indicador en Lima Metropolitana y el resto del país se observa una brecha de 25.6 p.p. El área rural presenta desventaja ante el área urbana, al tener un porcentaje de hogares con al menos una computadora del 5.8%, mientras en la última este porcentaje es más de 7 veces mayor (42.2%). Las regiones naturales también denotan diferencias, siendo la Costa la que se encuentra en una mejor posición, al contabilizar un porcentaje del 44.3% de hogares con acceso de al menos una computadora durante el 2016, seguido de la Sierra (22%). En último lugar se encuentra la Selva, con un porcentaje del 17.4%; sin embargo, fue la región con la mayor variación porcentual en el periodo 2007-2016 (161%).

En términos departamentales, la provincia de Lima presentó el mejor desempeño durante el 2016 en términos del indicador (51.3%), mientras que el menor porcentaje lo exhibió Huancavelica (11.8%). Amazonas fue el departamento que mostró la mayor tasa de crecimiento durante el periodo 2007-2016, con un porcentaje del 288% de incremento, mientras que Junín fue el que creció menos en dicho indicador (69%).

Cuadro 16.

Hogares que tienen al menos una computadora según ámbito geográfico como porcentaje del total de hogares, 2007-2016

Ámbito geográfico	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total	15.4	18.0	21.2	23.4	25.4	29.9	32.0	32.3	32.6	33.5
Lima Metropolitana ^{1/}	26.9	29.7	34.7	36.0	40.7	48.3	49.8	51.7	49.7	51.1
Resto país	10.7	13.1	15.4	18.3	19.9	22.9	25.2	24.9	24.8	25.5
Área de residencia										
Urbana	21.0	24.1	28.1	30.9	33.5	39.0	41.1	41.4	41.1	42.2
Rural	1.0	1.6	2.2	2.6	3.5	4.4	5.8	6.1	5.7	5.8
Región natural										
Costa	20.6	23.7	27.5	29.8	32.9	39.9	42.1	43.0	42.9	44.3
Sierra	10.6	12.2	14.6	17.0	18.5	19.8	21.9	21.5	21.0	22.0
Selva	6.7	9.2	11.7	13.8	14.8	17.5	18.5	18.8	18.2	17.4
Departamento										
Amazonas	5.2	6.9	6.5	8.5	12.4	15.6	15.0	15.3	18.0	20.1
Áncash	11.9	12.9	16.1	19.9	24.1	26.4	29.9	28.5	28.7	30.9
Apurímac	6.3	7.4	6.7	8.8	11.5	13.7	14.0	14.8	10.9	12.1
Arequipa	20.8	25.2	28.7	34.5	34.1	37.2	41.1	43.7	42.7	44.6
Ayacucho	7.0	7.7	10.1	12.6	10.9	13.4	12.7	13.7	13.3	14.3
Cajamarca	6.5	8.2	11.2	14.2	15.6	14.5	17.0	15.1	14.6	13.3
Callao	19.1	24.3	30.1	31.4	33.0	41.8	42.4	49.3	44.2	49.3
Cusco	10.6	12.4	15.4	17.1	20.4	23.1	26.5	25.2	24.2	27.0
Huancavelica	3.9	5.3	5.4	7.5	8.3	10.1	10.3	7.4	10.8	11.8
Huánuco	8.5	9.9	12.1	14.9	14.4	16.4	17.3	17.0	17.4	16.8
Ica	13.1	15.6	20.4	21.8	26.9	30.0	37.5	38.1	38.1	35.3
Junín	14.2	16.3	18.2	19.5	22.2	20.7	27.0	27.9	26.1	23.9
La Libertad	14.3	17.4	16.6	20.5	20.2	26.7	29.3	28.8	31.8	34.3
Lambayeque	12.3	15.7	17.5	22.2	22.7	26.0	30.7	30.3	33.1	35.8

Ámbito geográfico	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Lima	25.7	28.4	33.2	34.3	39.2	46.5	48.4	49.4	48.0	49.1
Provincia de Lima ^{2/}	27.8	30.3	35.2	36.5	41.6	49.1	50.6	52.0	50.3	51.3
Región Lima ^{3/}	8.0	12.4	15.8	17.2	21.8	25.8	30.3	27.4	26.5	27.9
Loreto	6.4	9.5	11.2	13.1	13.9	17.6	15.0	18.3	18.2	15.4
Madre de Dios	11.1	15.4	20.0	18.6	23.7	30.6	32.6	28.5	24.6	25.1
Moquegua	14.3	21.9	28.3	32.9	35.3	41.7	41.0	40.1	37.2	38.9
Pasco	12.2	12.7	18.0	23.7	24.0	25.4	23.3	22.5	21.9	24.2
Piura	7.2	8.9	11.1	14.2	16.9	23.0	24.5	23.1	22.4	23.4
Puno	10.8	10.8	14.8	15.9	17.1	20.4	21.0	20.8	20.7	21.0
San Martín	6.9	11.3	11.7	15.5	16.1	19.6	18.5	17.4	16.0	19.0
Tacna	18.0	24.6	26.7	32.7	32.6	37.5	39.7	39.6	37.5	39.3
Tumbes	8.7	13.2	17.7	20.9	23.8	29.3	30.7	32.7	34.0	29.6
Ucayali	8.6	10.1	16.3	16.7	16.9	19.3	20.5	19.2	23.1	21.6

^{1/} Incluye la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

^{2/} Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

^{3/} Comprende las provincias de Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

Fuente: INEI.

Siempre en el área de acceso a servicios básicos relacionados con tecnologías de la información, el siguiente cuadro muestra datos del porcentaje de hogares que acceden al servicio de internet según ámbito geográfico, durante el periodo 2007-2016. A nivel nacional, poco más de la cuarta parte del país accedió al servicio de internet en sus hogares en el 2016 (26.4%), porcentaje que creció en 19.7 p.p. en el periodo 2007-2016. Al igual que en el acceso a teléfono celular y computadora, el servicio de internet fue más accesible en Lima Metropolitana que en el resto del país, con una diferencia de 31.9 p.p.

La brecha entre el área urbana y rural es notoria: mientras que en la primera el 34.1% de los hogares contó con servicio de internet en el 2016, tan solo un 1.5% de los hogares accedieron en el área rural. Las diferencias en el indicador también saltan entre las regiones naturales, ya que, al igual que en los servicios básicos anteriores, es la Costa la que denota el mejor desempeño, con un porcentaje del 38.8% en el 2016, mientras que la Sierra tuvo un porcentaje del 12% y muy de cerca se ubicó la Selva, con un 10.8% de hogares con acceso a internet en el año de referencia.

Por último, en términos de departamentos, el que mostró el mayor porcentaje en el 2016 fue nuevamente la provincia de Lima (48.5%), mientras que el último puesto lo ocupó Apurímac, con un porcentaje de tan solo el 3.7% de hogares con acceso a internet. Madre de Dios fue el departamento que mayor variación porcentual denotó en el indicador en el periodo 2007-2016 (8.456%) al pasar del 0.1% al 11.1%. En contraste, el departamento con el menor crecimiento fue la provincia de Lima (48.5%).

Cuadro 17.

Hogares que acceden al servicio de internet según ámbito geográfico como porcentaje del total de hogares, 2007-2016

Ámbito geográfico	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total	6.6	8.6	11.0	13.0	16.4	20.2	22.1	23.5	23.2	26.4
Lima Metropolitana ^{1/}	14.9	18.6	23.4	25.7	32.7	38.7	41.4	44.5	42.4	48.2
Resto país	3.1	4.2	5.4	7.3	9.2	12.0	13.2	14.0	14.3	16.3
Área de residencia										
Urbana	9.1	11.7	14.9	17.4	21.8	26.6	28.9	30.7	30.2	34.1
Rural	0.0	0.1	0.1	0.3	0.4	0.8	0.9	1.2	1.0	1.5
Región natural										
Costa	10.5	13.5	16.9	19.6	24.9	30.6	33.2	35.3	34.1	38.8
Sierra	2.3	3.0	4.5	5.6	6.9	8.8	9.7	10.0	10.5	12.0
Selva	1.4	2.2	2.4	3.6	4.4	5.6	6.1	7.8	8.8	10.8
Departamento										
Amazonas	0.6	1.4	1.5	2.0	2.9	5.1	5.0	8.9	7.2	11.0
Áncash	3.2	3.7	5.6	8.4	12.7	14.2	18.6	17.8	16.2	17.9
Apurímac	0.5	1.1	1.0	0.8	2.1	4.5	5.3	4.4	4.3	3.7
Arequipa	8.9	10.2	15.5	19.7	21.3	25.9	26.9	28.9	31.0	35.2
Ayacucho	1.3	1.5	3.0	3.5	3.7	6.4	4.9	6.2	5.3	6.1
Cajamarca	1.2	2.5	4.2	5.2	5.6	4.6	6.5	4.8	6.1	7.3
Callao	10.1	15.5	18.0	21.8	25.7	33.7	37.1	41.6	37.4	45.5
Cusco	1.9	3.4	3.6	4.6	5.9	9.6	9.0	11.4	10.8	11.7
Huancavelica	0.2	0.4	0.7	0.6	1.3	1.7	2.5	2.0	2.4	4.1
Huánuco	1.7	2.0	2.6	4.0	5.2	6.9	7.0	8.5	9.3	8.3
Ica	4.0	4.9	8.2	10.0	16.7	20.4	23.2	25.2	26.7	27.7
Junín	2.5	3.2	4.0	5.8	8.2	8.4	11.6	11.5	15.4	19.7
La Libertad	7.2	8.3	8.8	11.6	13.0	20.1	20.4	21.6	21.8	25.7
Lambayeque	4.5	7.1	8.5	11.5	13.3	17.9	20.7	23.9	24.7	27.4
Lima	14.1	17.5	22.1	24.4	31.2	36.8	39.6	42.2	40.3	45.6
Provincia de Lima ^{2/}	15.4	19.0	24.1	26.2	33.5	39.2	41.9	44.8	42.9	48.5
Región Lima ^{3/}	2.3	4.2	4.3	8.6	11.0	15.7	18.2	18.7	15.5	18.2
Loreto	1.6	2.3	2.3	2.7	4.5	5.0	3.3	7.0	9.6	14.5
Madre de Dios	0.1	0.8	1.3	3.3	5.2	11.3	16.9	13.4	12.1	11.1
Moquegua	3.8	9.2	10.1	15.1	17.1	24.0	21.9	22.0	23.6	28.9
Pasco	1.6	2.2	2.6	3.9	2.9	4.3	4.3	5.0	5.9	6.0
Piura	2.8	3.8	4.9	6.3	9.9	13.6	15.3	13.8	13.3	13.9
Puno	0.4	0.4	1.9	1.6	3.5	4.7	5.7	6.3	5.7	5.7
San Martín	2.0	3.6	3.3	6.0	5.7	8.9	8.4	9.2	8.8	10.4
Tacna	6.9	11.4	13.2	17.9	19.2	23.5	26.2	29.3	27.0	35.5
Tumbes	1.5	1.9	3.7	6.4	11.0	17.6	18.7	21.6	24.1	22.0
Ucayali	2.8	3.2	4.8	5.5	6.7	7.2	9.0	8.2	9.7	12.1

^{1/} Incluye la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

^{2/} Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

^{3/} Comprende las provincias de Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

Fuente: INEI.

El siguiente cuadro muestra el porcentaje de viviendas propias que cuentan con título de propiedad según departamento en el periodo 2007-2016. A nivel nacional, este porcentaje cayó en un 10.9% en el periodo expuesto, siendo Cajamarca el departamento que presentó la mayor variación porcentual, al caer el 60% en el indicador en el periodo 2007-2016. Solo dos departamentos vieron incrementados el porcentaje de viviendas propias con título de propiedad: San Martín, con un 12% de variación porcentual positiva, y Huancavelica, con un 10% de variación.

Cuadro 18.

Viviendas particulares propias con título de propiedad según departamento como porcentaje del total de viviendas particulares, 2007-2016

Departamento	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total	65.9	65.7	67.4	66.9	64.4	58.6	58.4	56.1	53.5	55.0
Amazonas	42.7	37.5	40.2	47.3	40.2	35.2	25.3	16.3	22.1	28.7
Áncash	64.0	64.6	67.2	67.4	66.9	53.2	52.3	54.1	48.7	52.2
Apurímac	34.3	32.8	38.0	40.5	29.3	20.8	22.0	27.1	30.2	26.6
Arequipa	86.0	88.3	88.4	90.6	90.5	85.5	81.7	80.0	76.2	76.5
Ayacucho	47.4	41.1	48.7	55.1	52.4	45.7	51.4	46.3	45.8	45.9
Cajamarca	57.3	57.8	58.4	47.1	63.3	34.7	32.3	24.7	24.5	23.2
Callao	84.0	77.0	81.4	78.5	76.6	80.6	79.5	80.5	75.9	82.2
Cusco	47.3	44.6	38.1	49.7	55.6	40.4	41.8	39.7	38.4	42.0
Huancavelica	23.2	18.8	21.3	24.1	24.0	24.2	25.0	20.0	23.4	25.5
Huánuco	42.1	41.1	44.7	53.0	43.9	26.6	31.5	29.0	31.1	30.6
Ica	82.7	83.6	83.7	73.2	77.9	75.4	74.3	78.8	75.6	71.9
Junín	53.3	48.9	52.8	56.3	56.5	53.3	47.6	48.8	42.2	41.7
La Libertad	69.7	82.0	85.7	86.9	77.9	66.9	67.6	61.9	61.0	63.7
Lambayeque	67.4	62.8	67.3	64.6	60.9	68.7	63.9	64.2	55.7	57.4
Lima	75.9	73.4	76.7	74.7	74.0	75.1	74.9	72.8	72.0	72.3
Provincia de Lima ^{1/}	77.6	74.5	78.5	76.4	76.0	77.0	77.4	75.3	74.5	74.6
Región Lima ^{2/}	59.4	63.3	60.0	59.3	57.2	58.5	53.2	52.0	50.4	52.3
Loreto	47.4	53.8	53.3	54.9	44.5	35.0	42.5	45.4	39.8	39.9
Madre de Dios	56.4	55.1	54.9	57.3	63.0	52.1	50.1	50.4	48.5	44.5
Moquegua	84.0	87.4	90.8	88.5	85.1	83.2	79.6	79.6	73.1	74.8
Pasco	53.0	48.4	44.3	48.6	38.8	34.0	37.1	31.2	26.3	33.5
Piura	69.1	74.6	66.2	67.1	62.5	57.6	56.0	51.2	44.3	46.0
Puno	68.9	70.9	72.9	66.2	53.3	35.0	33.3	27.3	23.6	34.4
San Martín	49.1	46.7	48.2	54.9	55.5	55.4	58.6	54.1	49.6	54.8
Tacna	83.8	82.8	85.7	89.8	86.4	78.2	78.7	78.0	75.0	77.2
Tumbes	72.9	73.6	79.2	68.8	60.2	58.9	60.6	58.8	51.8	50.5
Ucayali	68.5	68.0	77.4	65.1	45.5	45.5	45.3	44.0	50.9	51.8

Nota 1: Comprende las viviendas con título de propiedad, e incluye los títulos que están en trámite.

Nota 2: A partir del año 2012, en el área semirrural los certificados de posesión a los predios otorgados por el presidente y/o alcalde de la comunidad no se consideran título de propiedad.

^{1/} Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

^{2/} Incluye las provincias de: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

Fuente: INEI.

En cuanto a la infraestructura de las viviendas en Perú, como se observa en el siguiente cuadro, el material predominante durante el 2016 fue el ladrillo o bloque de cemento, que representó el 51.9% de los materiales predominantes en las paredes exteriores. Además, este material tuvo una variación porcentual del 7.52% durante el periodo 2007-2016. Otro de los materiales altamente usados es el adobe o tapia, que fue utilizado en el 33.3% de las viviendas como material predominante en las paredes exteriores. Entre los materiales menos utilizados durante el 2016 se destacan la estera (0.4%), la piedra o barro (0.8%), la piedra o sillar con cal o cemento (0.8%) y la quincha (1.4%). Por su parte, la madera fue el material que tuvo una variación porcentual mayor, del orden del 48.7%.

La descripción anterior es similar en el área urbana, pues el ladrillo es el material más usado y representó el material predominante en las paredes exteriores con mayor porcentaje (66%) en el 2016, mientras los menos utilizados fueron la piedra con barro (0.1%), la estera (0.4%), la piedra o sillar con cal o cemento (1%) y la quincha (1.4%). La mayor variación porcentual la denotó la madera (57.6%). En el área rural la situación varía, ya que el material más utilizado durante el 2016 fue el adobe o tapia, siendo el material predominante en las paredes exteriores del 72.5% de las viviendas particulares en el 2016, porcentaje que presentó una leve variación en el periodo 2007-2016 (0.4%). La estera y la piedra o sillar con cal o cemento fueron los materiales menos utilizados en el área rural.

Cuadro 19.

Viviendas particulares según material predominante en las paredes exteriores y área de residencia como porcentaje del total de viviendas particulares, 2007-2016

Material predominante en las paredes exteriores / Área de residencia	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Ladrillo o bloque de cemento	48.2	49.4	50.1	51.4	50.6	51.5	52.2	51.7	51.7	51.9
Piedra o sillar con cal o cemento	0.8	0.6	0.7	0.7	0.7	0.8	0.7	0.6	0.6	0.8
Adobe o tapia	35.7	34.9	34.8	34.2	34.4	34.1	33.6	34.3	33.5	33.3
Quincha (caña con barro)	2.0	1.8	1.8	1.7	1.8	1.8	1.8	1.6	1.7	1.4
Piedra con barro	1.2	1.1	0.9	0.9	1.0	1.0	0.9	0.9	0.8	0.8
Madera	5.8	6.3	6.6	6.1	6.9	7.0	7.6	7.7	8.5	8.7
Estera	0.9	1.1	0.9	0.6	0.7	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
Otro material ^{1/}	5.2	4.8	4.2	4.4	3.9	3.4	2.8	2.8	2.8	2.6
Urbana	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Ladrillo o bloque de cemento	64.9	65.7	66.4	67.4	66.2	67.0	67.2	66.4	66.0	66.0
Piedra o sillar con cal o cemento	1.0	0.7	0.9	0.9	0.8	1.0	0.8	0.7	0.7	1.0
Adobe o tapia	21.5	20.8	20.6	20.5	21.1	20.8	20.8	21.7	21.0	21.0
Quincha (caña con barro)	1.9	1.7	1.8	1.5	1.7	1.8	1.8	1.6	1.7	1.4
Piedra con barro	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Madera	4.9	5.3	5.5	4.8	5.7	5.8	6.3	6.5	7.5	7.7
Estera	1.1	1.2	1.0	0.6	0.8	0.5	0.4	0.5	0.4	0.4
Otro material ^{1/}	4.5	4.4	3.7	4.2	3.5	3.1	2.5	2.4	2.5	2.3
Rural	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Ladrillo o bloque de cemento	5.5	5.5	5.6	5.9	6.3	6.2	6.9	7.3	7.3	7.3
Piedra o sillar con cal o cemento	0.4	0.3	0.3	0.2	0.3	0.2	0.4	0.3	0.4	0.3
Adobe o tapia	72.2	73.0	73.7	73.4	72.3	72.9	72.3	72.1	72.5	72.5

Material predominante en las paredes exteriores / Área de residencia	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Quincha (caña con barro)	2.2	1.9	1.8	2.2	2.0	1.7	1.8	1.6	1.5	1.4
Piedra con barro	3.9	3.5	3.0	3.1	3.4	3.7	3.2	3.3	2.9	3.0
Madera	8.2	9.0	9.4	9.9	10.5	10.7	11.4	11.3	11.5	11.7
Estera	0.6	0.8	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3
Otro material ^{1/}	7.0	6.0	5.7	4.9	4.9	4.2	3.6	3.7	3.6	3.6

^{1/} Comprende otros materiales, como caña partida, carrizo, madera con barro, caña brava y pona (palmera de la Amazonía de la cual se extrae la chonta, que es una madera muy dura de color negro con pequeños jaspes blancos). Fuente: INEI.

Las formas de abastecimiento de agua en los hogares según área residencial para el periodo 2013-2016 se muestran en el siguiente cuadro. Para la totalidad del país, la forma de abastecimiento de agua predominante es la red pública dentro de la vivienda, que estuvo presente en el 82.7% de los hogares en el 2016. Este porcentaje tuvo un incremento de 4.1 p.p. en el 2016 con relación al 2013. Las demás formas de abastecimiento de agua se han utilizado en menor porcentaje en los hogares; de estas, las dos menos utilizadas en el 2016 fueron el camión cisterna y el pilón de uso público.

En el área urbana y en la rural la red pública dentro de la vivienda fue también la forma de abastecimiento de agua más utilizada en los hogares durante el 2016, con la diferencia que representó el 87.9% en los hogares del área urbana y el 65.8% en el área rural. Pese a lo anterior, en el periodo 2013-2016 tuvo un mayor incremento en el área rural que en el área urbana, 5.3 p.p. contra 3.3 p.p. En el área urbana las demás formas de abastecimiento de agua se utilizaron en porcentajes mucho menores que la principal forma de abastecimiento, siendo las dos menos utilizadas el río, la acequia, el manantial o similar, así como el pozo. En el caso del área rural, la estructura porcentual de las demás formas de abastecimiento cambió con relación al área urbana, la principal diferencia se encuentra en que el río, la acequia, el manantial o similar son altamente utilizados, el 17.9% de los hogares se abastecían de agua por este medio durante el 2016. Aunque el medio anteriormente mencionado es muy utilizado en los hogares del área rural, se ha registrado una disminución en el porcentaje de hogares que cuentan con él de 6.7 p.p. durante el periodo 2013-2016. Otro medio utilizado en mayor porcentaje de hogares en el área rural es el pozo, que fue utilizado por el 5.4% de los hogares en el 2016.

Cuadro 20.

Formas de abastecimiento de agua de los hogares según área de residencia como porcentaje del total de hogares, 2013-2016

Formas de abastecimiento de agua / Área de residencia / Total	2013	2014	2015	2016
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Red pública dentro de la vivienda	78.7	79.7	81.0	82.7
Red pública fuera de la viv. pero dentro del edificio	5.6	5.4	5.2	4.9
Pilón de uso público	1.7	1.9	1.7	1.4
Camión cisterna, otro similar	1.6	1.7	1.4	a/
Pozo	2.9	2.7	2.2	2.0
Río, acequia, manantial o similar	6.4	5.4	4.8	4.4
Otra forma ^{1/}	3.1	3.2	3.8	3.4

Formas de abastecimiento de agua / Área de residencia / Total	2013		2014		2015	2016
Urbana	100.0		100.0		100.0	100.0
Red pública dentro de la vivienda	84.6		84.8		86.2	87.9
Red pública fuera de la viv. pero dentro del edificio	7.0		6.8		6.2	5.4
Pilón de uso público	1.8		1.9		1.6	1.3
Camión cisterna, otro similar	1.9		a/		1.8	a/
Pozo	1.4	1.2	1.1	0.9	1.5 a/	1.4 a/
Río, acequia, manantial o similar	0.5		a/		0.5	a/
Otra forma ^{1/}	2.9	3.0	3.0	2.8	0.4 a/	0.3 a/
Rural	100.0		100.0		100.0	100.0
Red pública dentro de la vivienda	60.5		64.1		64.4	65.8
Red pública fuera de la viv. pero dentro del edificio	1.4		1.3		2.1	3.3
Pilón de uso público	1.4		a/		1.9	a/
Camión cisterna, otro similar	0.7	a/	1.2	a/	1.9 a/	1.6 a/
Pozo	7.4	7.2	5.5	5.4	1.0 a/	0.8 a/
Río, acequia, manantial o similar	24.7		20.4		18.9	17.9
Otra forma ^{1/}	3.9		3.9		6.2	5.2

^{1/} Comprende: red pública del vecino, agua de lluvia, agua del pozo del vecino, compra de agua en bidones, conexión clandestina, entre otros.

a/ Los resultados son considerados referenciales porque el número de casos en la muestra para este nivel no es suficiente y presentan un coeficiente de variación mayor del 15%.

Fuente: INEI.

La eliminación de excretas durante el 2016 se dio principalmente mediante la red pública de desagüe dentro de la vivienda, sistema que, como se puede observar en el siguiente cuadro, fue utilizado en el 67.8% de los hogares a nivel nacional. Positivamente, este porcentaje ha venido en aumento en el país, representando un incremento de 6.7 p.p. durante el periodo 2013-2016. Seguido de la red pública dentro de la vivienda, el pozo ciego o negro fue la segunda forma de eliminación de excretas más utilizada durante el 2016 (9.1%). En menor porcentaje se utilizó el río, la acequia o el canal, forma de eliminación de excretas presente en el 1% de los hogares durante el 2016.

Al comparar por área de residencia, saltan diferencias importantes en cuanto al servicio en cuestión. La diferencia principal radica en que en el área urbana el principal medio de eliminación de excretas es, al igual que a nivel nacional, la red pública de desagüe dentro de la vivienda, mientras que en el área rural es el pozo séptico. Además, en el área urbana tan solo un 3.9% de los hogares no contó con forma de eliminación de excretas durante el 2016, mientras que en el área rural dicho porcentaje ascendió al 28%. En el área rural el pozo ciego o negro también es una forma de eliminación de excretas altamente utilizada, que estuvo presente en el 22.5% de los hogares en el 2016.

Cuadro 21.

Formas de eliminación de excretas de los hogares según área de residencia como porcentaje del total de hogares, 2013-2016

Formas de eliminación de excretas / Área de residencia	2013	2014	2015	2016
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Red pública de desagüe dentro de la vivienda	61.1	61.7	65.6	67.8
Red pública de desagüe fuera de la vivienda	5.4	5.1	4.5	3.9

Formas de eliminación de excretas / Área de residencia	2013		2014		2015		2016	
Letrina	1.9		1.9		2.2		2.3	
Pozo séptico	7.7		7.4		7.6		6.4	
Pozo ciego o negro	10.6		10.8		8.2		9.1	
Río, acequia o canal	1.1		1.2		1.1		1.0	
Urbana	100.0		100.0		100.0		100.0	
Red pública de desagüe dentro de la vivienda	76.9		77.8		81.6		83.4	
Red pública de desagüe fuera de la vivienda	7.0		6.6		5.8		5.0	
Letrina	0.6		a/		0.6		a/	
Pozo séptico	2.4	2.0	1.8	1.3	0.6		0.4	a/
Pozo ciego o negro	6.5		6.4		4.7		5.0	
Río, acequia o canal	1.0		1.2		1.1		1.0	
No tiene	5.7		5.6		4.4		3.9	
Rural	100.0		100.0		100.0		100.0	
Red pública de desagüe dentro de la vivienda	13.1		12.7		14.6		16.5	
Red pública de desagüe fuera de la vivienda	0.6		a/		0.4		a/	
Letrina	6.1	6.2	7.3	8.3	0.5	a/	0.6	a/
Pozo séptico	23.8		23.9		26.1		23.3	
Pozo ciego o negro	23.4		24.2		19.4		22.5	
Río, acequia o canal	1.2		a/		1.1		a/	
No tiene	31.9	31.5	31.1	28.0	1.0	a/	0.8	a/

Nota: la determinación de letrina, pozo séptico y pozo ciego o negro se realiza por observación directa del encuestador.

a/ Los resultados son considerados referenciales porque el número de casos en la muestra para este nivel no es suficiente y presentan un coeficiente de variación mayor del 15%.

Fuente: INEI.

Para finalizar esta sección, en el siguiente cuadro se muestra el porcentaje de hogares en viviendas particulares que dispusieron de alumbrado eléctrico por red pública, según ámbito geográfico, durante el periodo 2007-2016. Este servicio es el que denota una mejor cobertura de todos los presentados en esta sección, pues durante el 2016 el 94.2% de los hogares contaban con este sistema. Desde el 2007 este servicio ha crecido en 12.2 p.p., al pasar de estar presente en el 82% de los hogares en dicho año. Esta situación es mucho más favorable para el área urbana, en la cual el porcentaje de cobertura del alumbrado eléctrico por red pública ascendió en el 2016 al 98.9% de los hogares, mientras que en el caso del área rural este porcentaje fue del 78.9%.

Un análisis departamental muestra que Callao presentó la mejor cobertura de hogares del servicio bajo discusión, con un 99.7% durante el 2016; en contraste, Madre de Dios fue el departamento con el menor porcentaje de hogares que contaron con el servicio durante el 2016 (77.9%). Ahora bien, al analizar el periodo 2007-2016 se debe resaltar que este servicio incrementó en mayor porcentaje en el departamento Cajamarca, con un aumento del 86%. Por su parte, el departamento con la menor variación porcentual de la cobertura del servicio fue la provincia de Lima, que tuvo un crecimiento del 1% durante el periodo 2007-2016.

Cuadro 22.

Hogares en viviendas particulares que disponen de alumbrado eléctrico por red pública según ámbito geográfico como porcentaje del total de hogares, 2007-2016

Ámbito geográfico	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total	82.0	84.7	86.4	88.1	89.7	91.1	92.1	92.9	93.9	94.2
Área de residencia										
Urbana	95.8	97.0	97.5	98.1	98.4	98.6	98.8	98.9	98.9	98.9
Rural	45.4	50.1	55.1	58.6	64.2	68.6	71.6	74.5	77.9	78.9
Departamento										
Amazonas	58.5	60.6	63.3	68.4	72.7	77.6	77.1	74.7	79.5	79.0
Áncash	84.0	88.1	89.4	89.7	92.2	93.4	93.1	93.5	94.3	95.7
Apurímac	69.4	76.8	79.7	80.9	84.1	86.0	87.2	87.0	91.3	93.1
Arequipa	89.9	90.6	93.1	94.2	95.9	96.3	96.3	97.7	97.3	97.2
Ayacucho	68.1	68.5	74.2	77.9	79.4	81.1	85.4	88.2	88.4	89.6
Cajamarca	46.6	48.4	51.6	61.5	69.0	74.6	75.8	78.0	85.4	86.6
Callao	97.3	99.4	99.0	99.2	99.5	99.6	99.4	99.7	99.4	99.7
Cusco	75.3	78.0	82.1	84.1	86.3	89.1	88.3	88.8	90.3	90.7
Huancavelica	69.3	75.6	72.5	76.3	82.3	81.5	81.4	84.4	85.5	87.7
Huánuco	46.8	56.8	62.4	67.5	72.9	75.0	75.1	79.7	86.5	84.3
Ica	89.6	92.4	95.6	95.5	97.4	96.9	98.1	97.4	98.1	97.8
Junín	80.5	84.0	87.0	87.2	86.7	87.9	90.1	92.0	91.4	92.1
La Libertad	79.5	81.5	84.5	84.6	88.1	90.5	93.5	94.0	94.2	95.5
Lambayeque	84.8	86.1	90.0	92.2	91.9	94.0	96.2	96.6	95.8	96.5
Lima	97.9	98.8	98.7	98.9	99.1	99.4	99.1	99.2	99.4	99.3
Provincia de Lima ^{1/}	98.5	99.2	99.4	99.3	99.6	99.7	99.6	99.5	99.7	99.5
Región Lima ^{2/}	92.2	95.3	93.3	95.2	95.2	96.8	94.8	96.3	96.3	97.4
Loreto	61.8	67.0	68.7	70.0	70.6	72.1	76.1	77.6	77.4	77.9
Madre de Dios	75.7	80.6	87.0	85.2	88.4	88.2	89.3	87.0	91.0	91.1
Moquegua	88.1	90.9	92.3	94.0	93.3	95.1	94.6	95.7	94.5	92.9
Pasco	82.0	84.3	84.5	83.5	86.3	83.6	83.8	85.8	88.1	86.8
Piura	77.6	79.5	81.1	84.9	87.9	88.4	93.4	94.1	94.6	95.5
Puno	67.7	75.8	78.4	82.6	81.1	85.5	86.7	88.8	88.9	88.4
San Martín	68.3	72.9	74.5	76.4	80.0	84.6	87.8	88.5	90.0	91.5
Tacna	91.1	93.2	93.6	94.5	96.2	96.4	96.4	96.3	96.4	95.9
Tumbes	92.3	92.7	93.3	95.1	96.2	98.0	98.1	98.1	98.0	97.3
Ucayali	69.4	72.9	77.3	76.6	81.0	82.5	83.1	83.7	84.9	87.1

^{1/} Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

^{2/} Incluye las provincias de Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

Fuente: INEI.

3.5 Factores laborales

EsSalud, al ser un seguro de salud contributivo dirigido a los trabajadores, se ve directamente influenciado por las condiciones laborales de sus asegurados. El desempeño de este seguro de salud se ve afectado específicamente por particularidades del mercado laboral como las siguientes: la evolución de la tasa de actividad, los ingresos laborales, las tasas de desempleo, la informalidad del mercado, las características de los ocupados, así como por la estructura de las ramas de actividad del mercado laboral.

De acuerdo con la OIT¹⁶, en la situación del mercado laboral peruano se destacan dos características. Una de ellas está relacionada con la baja tasa de desempleo, que se ubicó en un 5% durante el 2017, mientras que la segunda se refiere a las elevadas tasas de informalidad que experimenta la economía peruana, que representó el 72.5% durante el 2017. La desventaja de la mujer en el mercado laboral en términos de participación, remuneración y desempleo es otra característica del mercado laboral peruano, que es compartida con el resto de América Latina. Estas y otras particularidades del mercado laboral peruano relacionadas con el desempeño de EsSalud se exponen a continuación.

El total de personas en edad de trabajar en Perú, que hace referencia a la población de 14 años o más, ascendió a 23,771,700 en 2013, cifra que aumentó a 24,303,400 en el 2017. Del total de la población en edad de trabajar durante el 2017, el 79.4% residió en el área urbana, mientras el restante 20.3% se ubicó en el área rural. De acuerdo con las regiones naturales, la mayor concentración de población en edad de trabajar durante el 2017 se encontró en la Costa (57.5%), seguida de la Sierra, que registró el 30.3% de esta población; por último, la Selva concentró el 12.2% en ese año.

La evolución de la población en edad de trabajar por grupo etario durante el periodo 2007-2017 se muestra en el siguiente cuadro. La mayor concentración de población en edad de trabajar se ubica en el grupo de 25 a 59 años, y la menor concentración es para el grupo de 60 a 64 años. El único grupo de edad que ha disminuido en términos de este indicador es el ubicado entre 14 y 24 años, que experimentó una caída de 3.7 p.p. en el 2017 con relación al 2007.

Cuadro 23.

Población en edad de trabajar según grupos de edad como porcentaje, 2007-2017

Grupos de edad	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
14 a 24 años	30.2	29.9	29.6	29.3	28.9	28.5	28.1	27.7	27.3	26.9	26.5
25 a 59 años	58.2	58.2	58.5	58.6	58.7	58.9	58.8	59.0	59.2	59.4	59.5
60 a 64 años	3.8	3.9	3.9	3.9	4.1	4.2	4.5	4.5	4.6	4.6	4.8
65 y más años	7.8	7.9	8.0	8.1	8.3	8.4	8.6	8.7	8.9	9.0	9.2

Fuente: INEI.

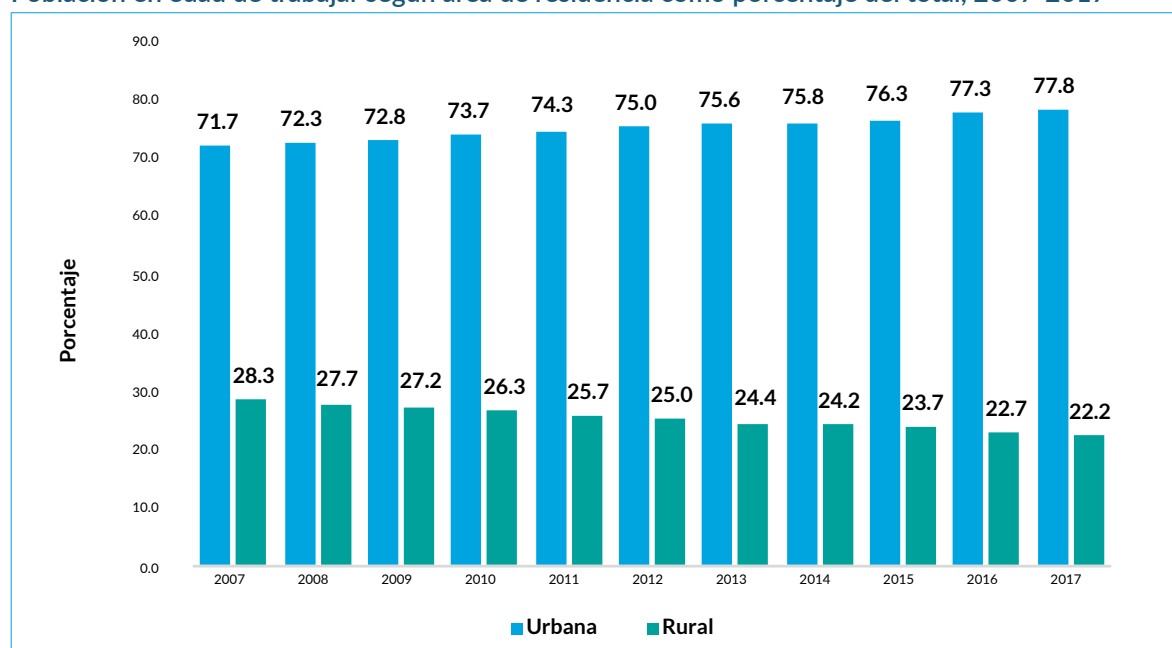
Otro indicador relevante al analizar un mercado laboral es la población económicamente activa (PEA), la que hace referencia a la población ocupada o bien a aquella que busque trabajo. En Perú esta población se contabilizó en 17,215,700 personas en el 2017, cifra que ha tenido una variación porcentual positiva del 13.4% al 2017 con relación al 2007. Según área de residencia, como se observa en el siguiente gráfico, en el 2017 menos de una cuarta parte de la PEA residió en el

¹⁶ *Modelo de Proyección de Empleo para Perú*, disponible en: https://www.ilo.org/lima/publicaciones/WCMS_236122/lang-es/index.htm

área rural, mientras que el 77.8% residió en el área urbana. Este escenario ha sido cada vez menos favorable para la zona rural durante el periodo 2007-2017. Según región natural, la Costa concentra el mayor porcentaje de esta población, pues en el 2017 representó el 55.4% del total. En el caso de la Sierra este porcentaje fue del 31.9% y en último puesto se encuentra la Selva, que concentró el 12.7% de esta población.

Gráfico 26.

Población en edad de trabajar según área de residencia como porcentaje del total, 2007-2017

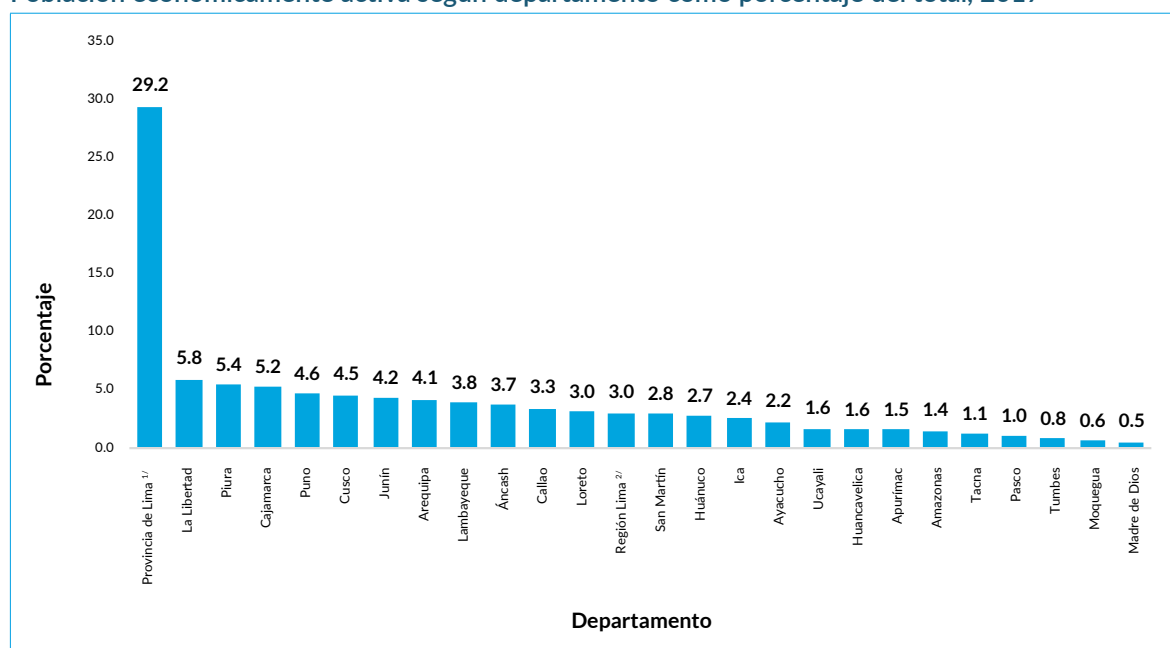


Fuente: elaboración propia con datos del INEI.

El siguiente gráfico muestra el porcentaje de la PEA por departamento durante el 2017. La provincia de Lima es el departamento que concentró en el 2017 la mayor cantidad de personas dentro de la población bajo análisis, pues en total sumó 5,302,2000 personas, lo que representó el 29.2% del total. Por su parte, Madre de Dios fue el departamento que registró la menor cantidad de PEA en el 2017, la cual representó el 0.5% del total.

Gráfico 27.

Población económicamente activa según departamento como porcentaje del total, 2017



1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

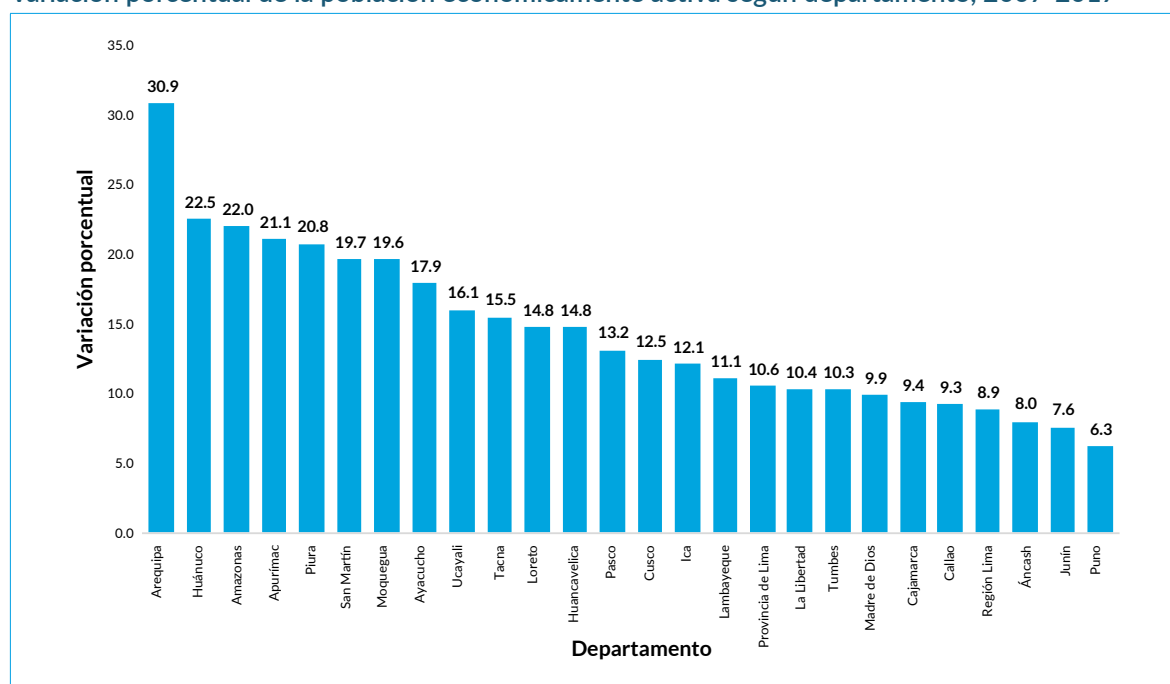
2/ Comprende las provincias de Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

Fuente: elaboración propia con datos del INEI.

En el siguiente gráfico se observa la variación porcentual de la PEA por departamento en el periodo 2007-2017. Como se advierte, todos los departamentos tuvieron una variación positiva en el periodo, destacándose el avance de Arequipa, que presentó una variación del 30.9% durante el periodo. De cerca se ubicaron los departamentos Huánuco, Amazonas, Apurímac y Piura, con variaciones entre el 22.5% y el 20.8%. En contraste, los cuatro departamentos que denotaron las menores variaciones porcentuales fueron, en orden ascendente, Puno, Junín, Áncash y Región de Lima.

Gráfico 28.

Variación porcentual de la población económicamente activa según departamento, 2007-2017

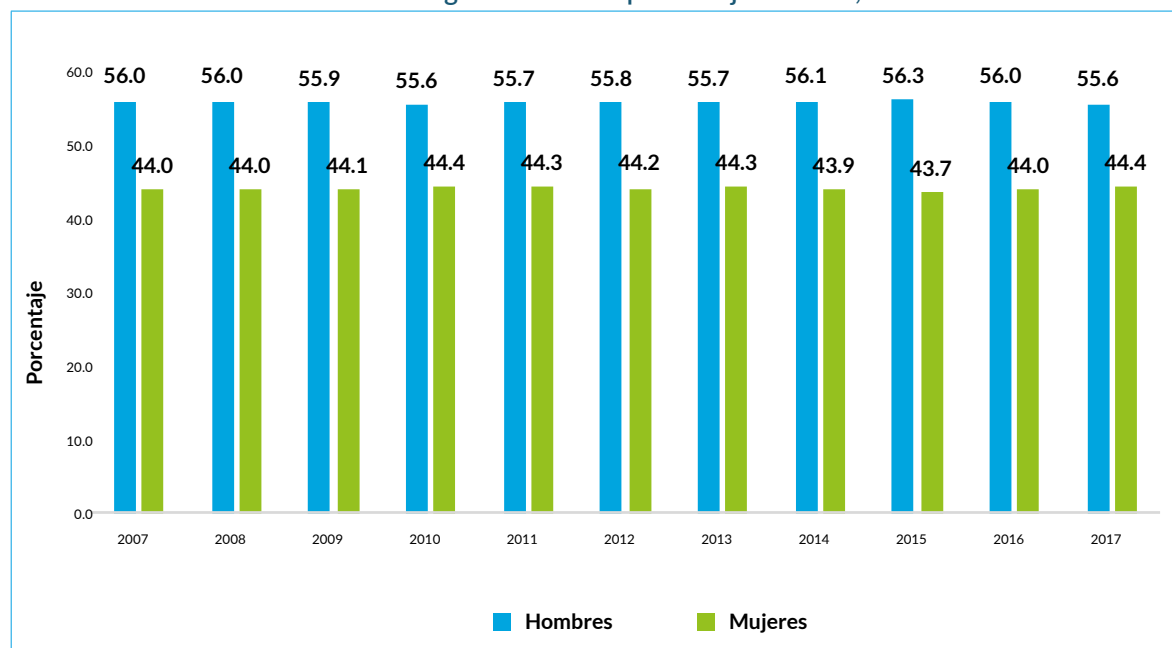


Fuente: elaboración propia con datos del INEI.

El siguiente gráfico muestra la PEA según sexo para el periodo 2007-2017. Como se advierte, los hombres conformaron el mayor porcentaje durante todo el periodo, alcanzando un 55.6% durante el 2017. Pese a lo anterior, se observa una leve tendencia al alza en el porcentaje de mujeres que conforman la PEA en el periodo bajo análisis, siendo este incremento de 0.4 p.p. en el 2017 con relación al 2007. En el 2017 la cantidad de hombres dentro de esta población fue de 9,579,100; en el caso de las mujeres, esta cifra se ubicó en 7,636,700.

Gráfico 29.

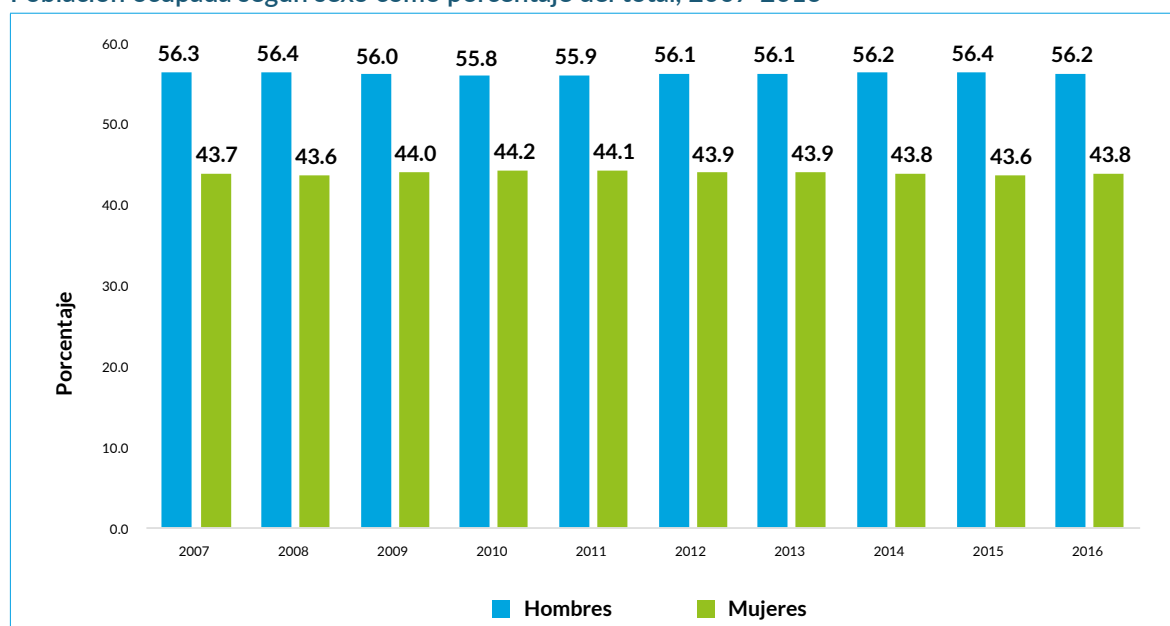
Población económicamente activa según sexo como porcentaje del total, 2007-2017



Fuente: elaboración propia con datos del INEI.

Dentro de la PEA se encuentra la población ocupada, la cual sigue tendencias similares de acuerdo con los criterios de desagregación. El total de la población ocupada en el 2017 ascendió a 16,197,100 personas, esta cantidad presentó un incremento sostenido, alcanzando una variación porcentual del 14.1% durante el periodo 2007-2017. Durante todo el periodo, el mayor porcentaje de ocupados fueron hombres, como puede observarse en el siguiente gráfico. Para el 2017 este porcentaje fue del 56.2%; sin embargo, al igual que en el caso de la PEA, hubo un leve incremento en el porcentaje de mujeres que conformaban la población ocupada en el periodo en análisis de 0.1 p.p.

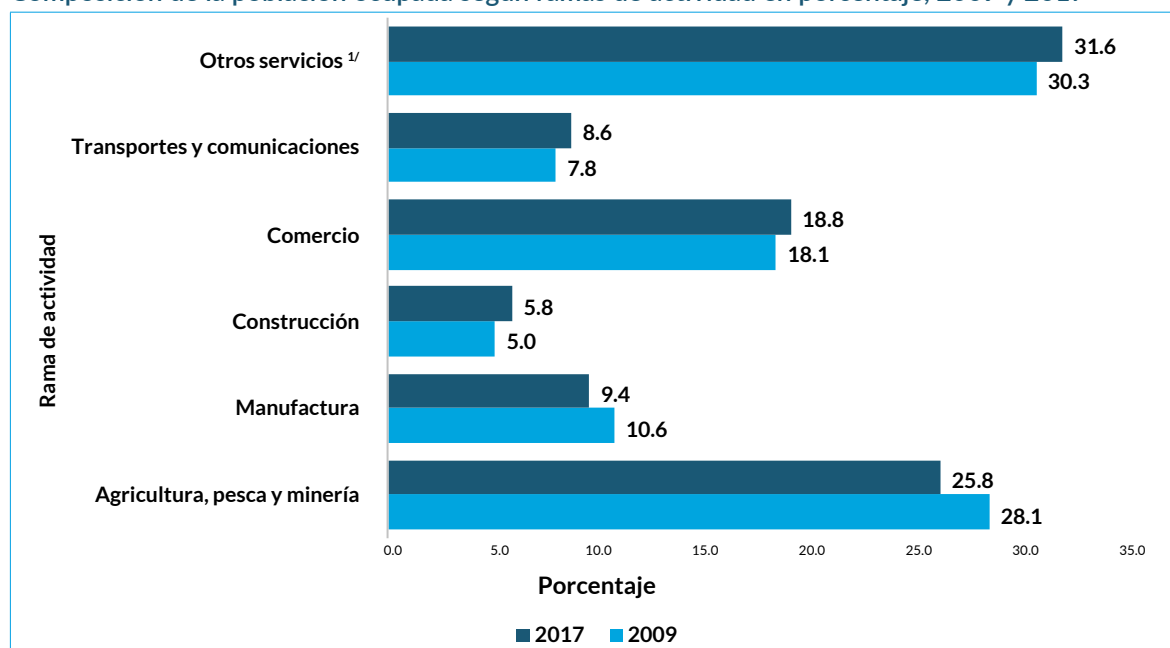
Gráfico 30.
Población ocupada según sexo como porcentaje del total, 2007-2016



Fuente: elaboración propia con datos del INEI.

La composición de la población ocupada según rama de actividad para los años 2009 y 2017 se observa en el siguiente gráfico. Las ramas construcción, manufactura y agricultura, pesca y minería tuvieron una menor cantidad de personas en el 2017 con relación al 2009. Lo contrario sucedió en las ramas de actividad otros servicios, transportes y telecomunicaciones, comercio y construcción, donde el porcentaje de personas en cada rama de actividad fue mayor en el 2017 con relación al 2009. El mayor cambio en la composición se dio en agricultura, pesca y minería, rama que mostró un descenso de 2.3 p.p. en el 2017 con respecto al 2009, mientras que el mayor incremento se dio en la rama que engloba otros servicios, que aumentó 1.2 p.p. en el periodo.

Gráfico 31.
Composición de la población ocupada según ramas de actividad en porcentaje, 2009 y 2017



^{1/} Otros servicios lo componen las ramas de actividad de electricidad, administración pública, defensa, planes de seguridad social, hoteles y restaurantes, inmobiliarias y alquileres, enseñanza, gas y agua, intermediación financiera, actividades de servicios sociales y de salud, otras actividades de servicio comunitarias, sociales y personales y hogares privados con servicio doméstico.

Fuente: elaboración propia con datos del INEI.

Siempre en la línea de ramas de actividad, el siguiente cuadro muestra la población ocupada según rama de actividad para el periodo 2009-2017. Se destaca que durante el periodo la rama de actividad construcción mostró la mayor tasa de crecimiento promedio (3.5%), seguido de transportes y comunicaciones (2.6%). Por su parte, comercio y otros servicios tuvieron una tasa de crecimiento del 1.9% promedio anual. En contraste, la rama de actividad agricultura, pesca y minería mostró el crecimiento más bajo (0.4%), mientras que manufactura mostró una tasa de crecimiento anual promedio negativo (-0.02%).

En el caso específico del periodo 2016-2017, se observa que los sectores agricultura, pesca y minería y construcción tuvieron una variación porcentual negativa del -0.61% y del -4.03%, respectivamente. Los demás sectores crecieron en el 2017 con relación al 2016: comercio creció un 4.88%, transportes y comunicaciones un 3.78%, mientras otros servicios mostró una variación del 3.46% y, por último, manufactura exhibió una tasa de variación del 0.65%.

Cuadro 24.

Población ocupada según ramas de actividad en miles de personas, 2009-2017

Rama de actividad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Tasa de crecimiento promedio anual 2009-2017	Variación porcentual 2016-2017
Agricultura, pesca y minería	4,152.0	4,056.6	4,146.8	4,041.3	4,054.2	4,113.9	4,283.2	4,292.6	4,266.5	0.4	-0.61
Manufactura	1,560.1	1,588.5	1,547.2	1,625.5	1,588.0	1,506.4	1,501.7	1,541.7	1,551.7	-0.02	0.65
Construcción	737.2	843.5	866.7	918.0	975.7	1,014.4	1,043.6	997.3	957.1	3.5	-4.03
Comercio	2,678.3	2,792.4	2,788.1	2,938.0	3,008.3	3,007.1	2,889.7	2,965.0	3,109.6	1.9	4.88
Transportes y comunicaciones	1,156.7	1,197.4	1,226.6	1,190.2	1,205.7	1,270.0	1,314.6	1,361.7	1,413.2	2.6	3.78
Otros servicios ^{1/}	4,478.2	4,614.1	4,732.0	4,829.7	4,851.0	4,885.0	4,886.5	5,038.8	5,212.9	1.9	3.46

Nota técnica: se ha considerado CIU rev. 4 para las ramas de actividad.

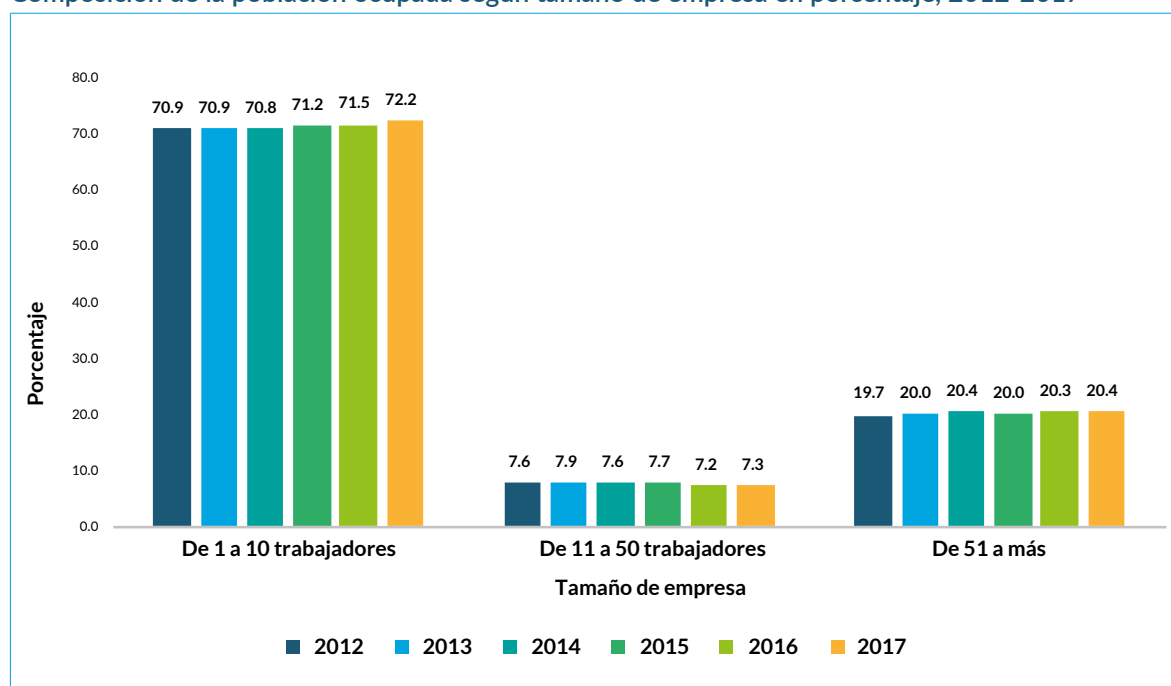
^{1/} Otros servicios lo componen las ramas de actividad de electricidad, administración pública, defensa, planes de seguridad social, hoteles y restaurantes, inmobiliarias y alquileres, enseñanza, gas y agua, intermediación financiera, actividades de servicios sociales y de salud, otras actividades de servicio comunitarias, sociales y personales y hogares privados con servicio doméstico.

Fuente: INEI.

La población ocupada se concentra mayoritariamente en las empresas compuestas por 1 a 10 trabajadores. Como se observa en el siguiente gráfico, para el 2017 esta composición fue del 72.2%, la cual aumentó en 1.3 p.p. en el 2017 con respecto al 2012. Por su parte, las empresas con 11 a 50 trabajadores concentraron el 7.3% de la población ocupada en el 2017; este tamaño de empresa mostró una disminución en el porcentaje de población ocupada de 0.3 p.p. Por último, las empresas de 51 a más empleados concentraron el 20.4% de la población ocupada durante el 2017, porcentaje que se incrementó en 0.7 p.p. en el 2017 con relación al 2012.

Gráfico 32.

Composición de la población ocupada según tamaño de empresa en porcentaje, 2012-2017

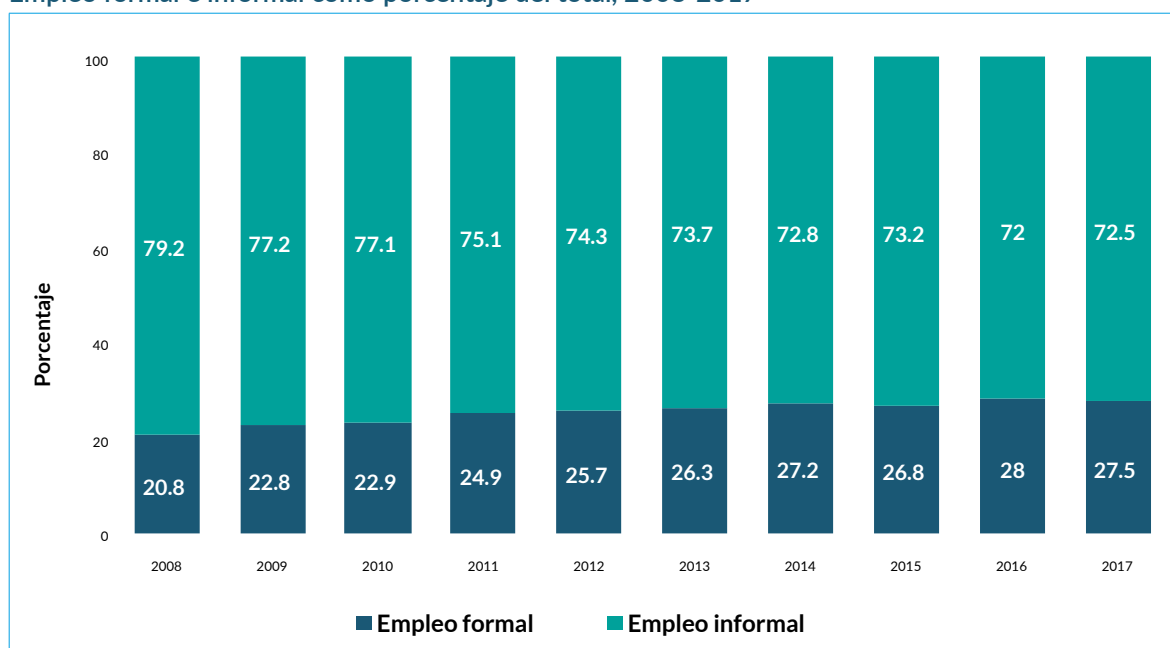


Nota: los porcentajes de las tres categorías no suman el 100% debido a la categoría "No especificado".

Fuente: elaboración propia con datos del INEI.

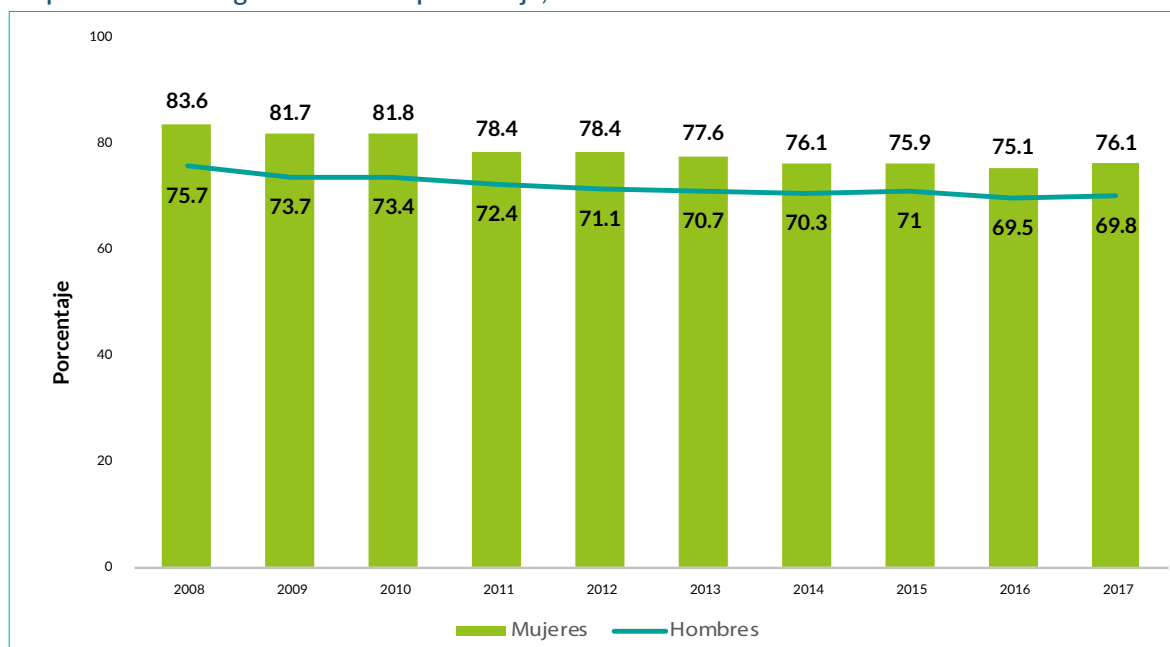
Un tema relevante para ahondar en el presente apartado es la evolución de la informalidad en la población ocupada. De acuerdo con el INEI, la población ocupada informal ascendió a 11,978,100 personas en el 2017, lo cual representa el 72.5% del total de los ocupados en la economía peruana. En el 2008 la tasa de informalidad fue del 79.2%, por lo que se ha mostrado una disminución durante el periodo 2008-2017 de 6.7 p.p., misma magnitud de crecimiento que experimentó el empleo formal. La tasa de informalidad experimentó un crecimiento de 0.5 p.p. en el 2017 con relación al 2016.

El empleo informal se da mayormente en el área rural. Para el 2017 esta tasa fue del 95.5%, mientras que su contraparte registró una tasa del 65.7%. Los empleados residentes en la Costa experimentaron una tasa de informalidad menor que en la Sierra y en la Selva, del 63.1%, el 83.6% y el 84.6%, respectivamente.

Gráfico 33.**Empleo formal e informal como porcentaje del total, 2008-2017**

Fuente: INEI.

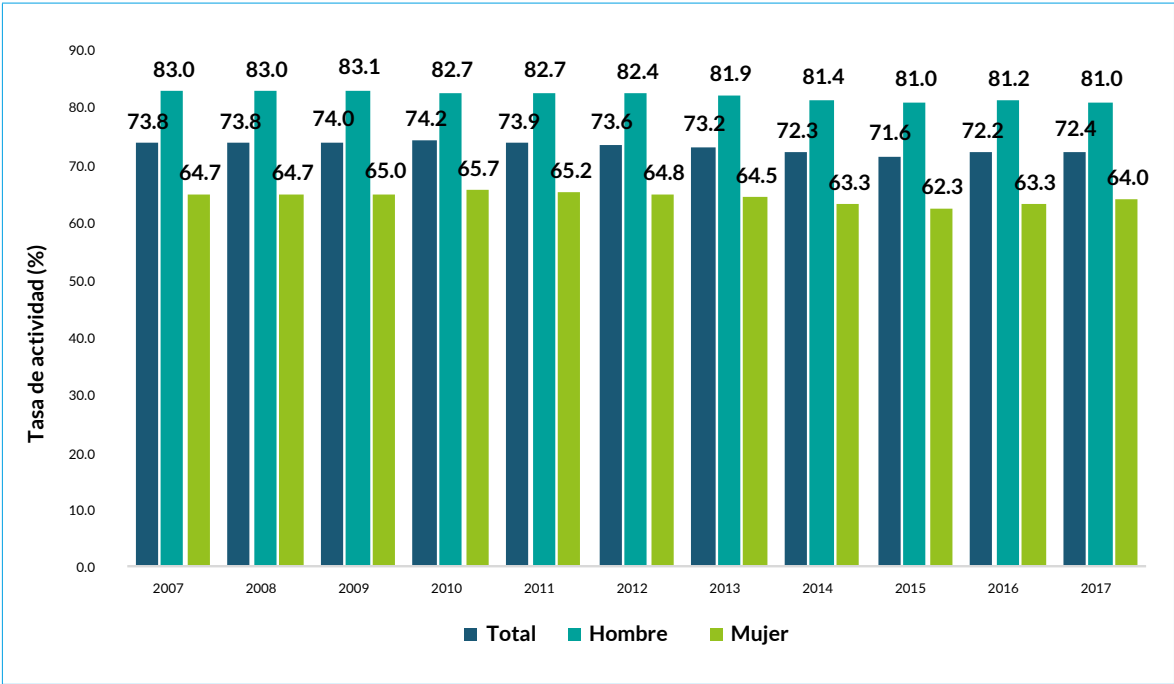
El género es otro atenuante de la informalidad del empleo. Como se muestra en el siguiente gráfico, las tasas de informalidad son mayores para el caso de las mujeres. En el 2017 esta tasa fue para ellas del 76.1%, mientras que para los hombres fue del 69.8%. La informalidad disminuyó en 6.8 p.p. para ellos en el periodo, mientras que para las mujeres este incremento fue mayor (7.5 p.p.).

Gráfico 34.**Empleo informal según sexo como porcentaje, 2008-2017**

Fuente: INEI.

El siguiente gráfico muestra las tasas de actividad¹⁷ en Perú para el periodo 2007-2017. Como puede observarse, la tasa de actividad total ha tendido a la baja en el periodo, pues cayó 1.4 p.p., ubicándose en el 72.4% en el 2017. Al analizar este indicador se observan diferencias entre hombres y mujeres, siendo ellos los que presentan el mejor panorama. En el 2017 la tasa de actividad en los hombres fue 17 p.p. más alta que la de las mujeres; sin embargo, esta brecha ha tendido a la baja durante el periodo, al representar 18.3 p.p. en el 2007.

Gráfico 35.
Tasa de actividad según sexo como porcentaje, 2007-2017

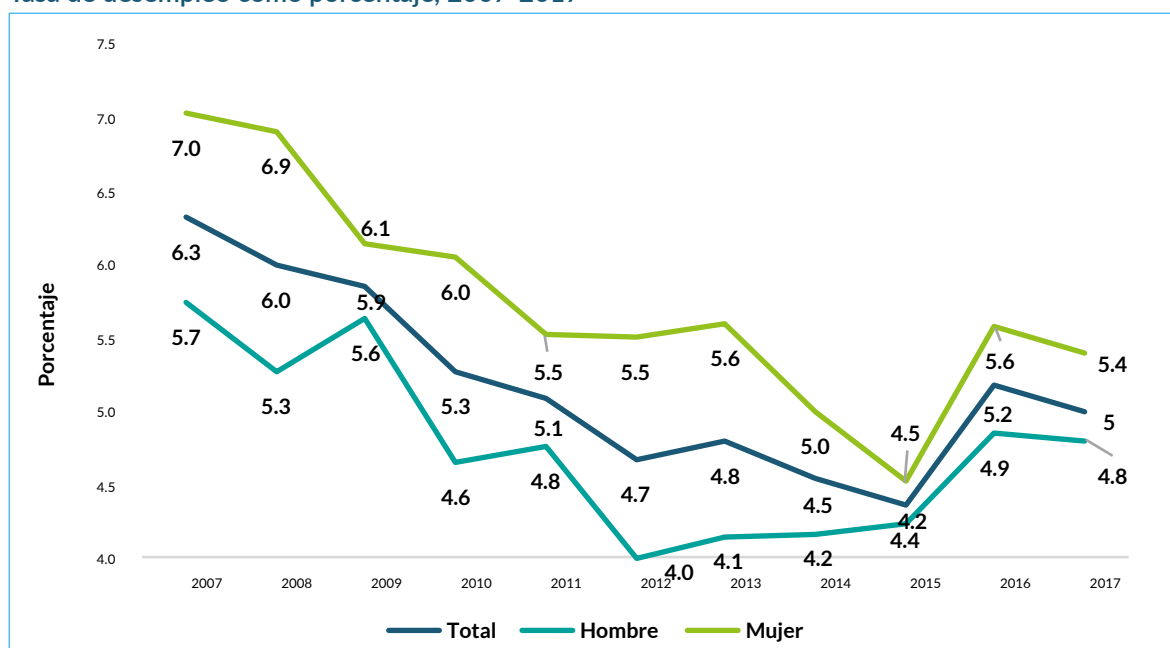


Fuente: elaboración propia con datos del INEI.

La tasa de desempleo en Perú ha decrecido en el periodo 2007-2017. Como se muestra en el siguiente gráfico, esta tendencia es congruente con el *boom* económico experimentado por este país en los años recientes. La tasa de desempleo ha mostrado una diferenciación por sexo, siendo las mujeres las que han experimentado las tasas de desempleo más bajas en el periodo analizado. En el 2017 la diferencia de la tasa de desempleo entre mujeres y hombres representó 0.6 p.p., dicha brecha ha tendido a cerrarse en el periodo, ya que en el 2007 representó 1.3 p.p.

¹⁷ De acuerdo con el INEI, la tasa de actividad es el cociente entre la PEA (ocupados o buscando trabajo) y la población en edad de trabajar (14 años o más de edad).

Gráfico 36.
Tasa de desempleo como porcentaje, 2007-2017



Fuente: elaboración propia con datos del INEI.

El siguiente cuadro muestra la tasa de desempleo por grupo de edad para el periodo 2007-2017. Se observa que las mayores tasas de desempleo se registran en el primer grupo de edad, el de 14 a 24 años, tasa que para el 2017 fue del 13.7%, 1.1 p.p. más baja que la experimentada por este grupo etario durante el 2007. El grupo ubicado entre 25 y 44 años de edad tuvo una tasa de desempleo del 3.7% durante el 2017, que fue 0.5 p.p. menor que la registrada en el 2007. Por último, la población de 45 años y más experimentó en el periodo la tasa de desempleo más baja, 2.3%; al igual que los grupos etarios anteriores, experimentó una disminución en el periodo (1 p.p.) en el 2017 con respecto al 2007.

Cuadro 25.
Tasa de desempleo según grupo de edad en porcentaje, 2007-2017

Grupos de edad	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
14 a 24 años	14.8	13.4	12.8	12.9	13.0	12.3	11.1	13.1	11.2	14.1	13.7
25 a 44 años	4.2	4.3	4.2	3.5	3.3	3.1	3.9	3.1	3.4	3.9	3.7
45 años y más	3.3	3.1	3.4	2.6	2.4	2.0	2.0	1.5	2.0	2.1	2.3

Fuente: INEI.

Siempre con respecto a la tasa de desempleo, pero con relación al nivel educativo de los desempleados, se observa que, paradójicamente, aquellas personas con educación superior no universitaria sufrieron la tasa de desempleo más alta en el 2017 (6.7%), seguido de quienes contaban con educación secundaria (5.5%). Quienes poseían educación superior universitaria sufrieron una tasa de desempleo del 4.5% en el 2017, por último, la menor tasa de desempleo la sufrieron quienes contaban con primaria o menos. Todos los niveles educativos han mostrado menores tasas de desempleo en el periodo, siendo la educación secundaria la que registró el mayor decremento en el periodo (1.8 p.p.).

Cuadro 26.**Tasa de desempleo según grupo de edad en porcentaje, 2007-2017**

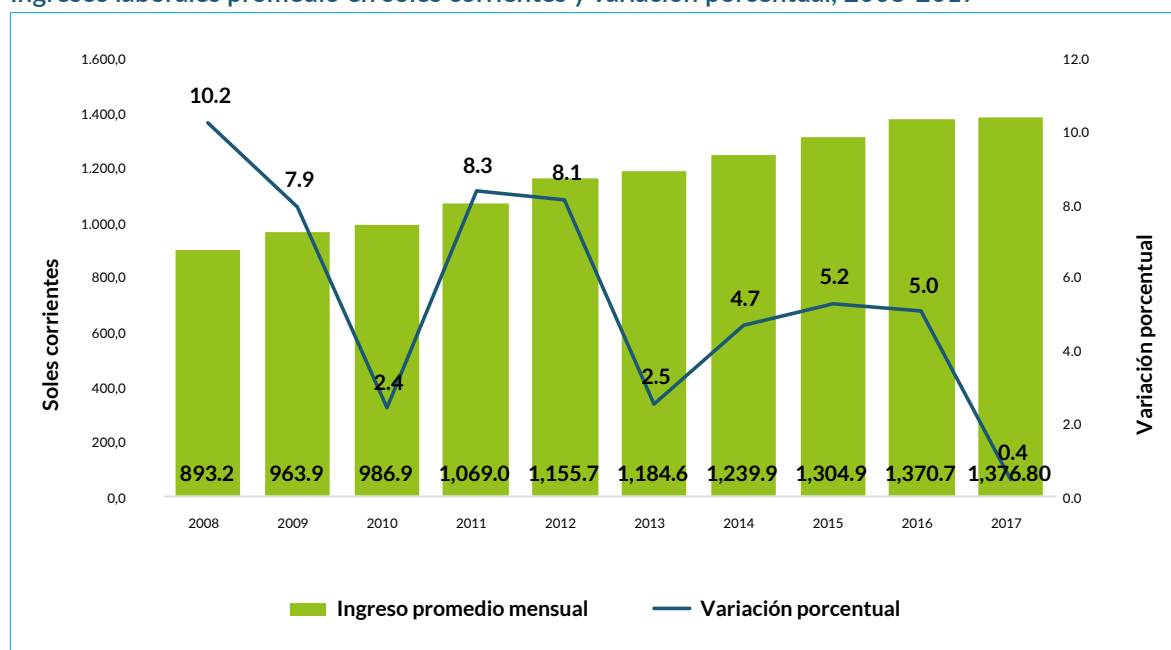
Nivel de educación	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Primaria o menos ^{1/}	3.6	2.5	3.3	2.4	2.9	2.5	3.0	1.6	1.9	2.5	2.2
Secundaria ^{2/}	7.3	7.2	7.1	6.2	6.3	5.5	4.8	5.5	4.9	5.8	5.5
Superior universitaria	6.1	5.3	5.2	4.3	4.0	3.7	4.4	4.0	3.9	4.3	4.5
Superior no universitaria	6.9	7.0	5.9	6.8	5.5	5.6	6.5	5.3	5.5	6.8	6.7

^{1/} Incluye: sin nivel inicial.

^{2/} Incluye: secundaria incompleta y secundaria completa.

Fuente: INEI.

En cuanto a los ingresos provenientes del trabajo, tal y como se observa en el siguiente gráfico, en términos absolutos estos han tendido al incremento, pasando de 893.2 soles en el 2008 a 1,376.8 en el 2017. La tasa de crecimiento promedio anual de estos ingresos fue del 5.5% en el periodo 2008-2017. A nivel anual se denota que estos ingresos tuvieron la mayor variación porcentual en el año 2008, con una tasa del 10.2%. Luego de ese año la variación porcentual ha sido menor, registrándose la más baja en el 2017 (0.4%).

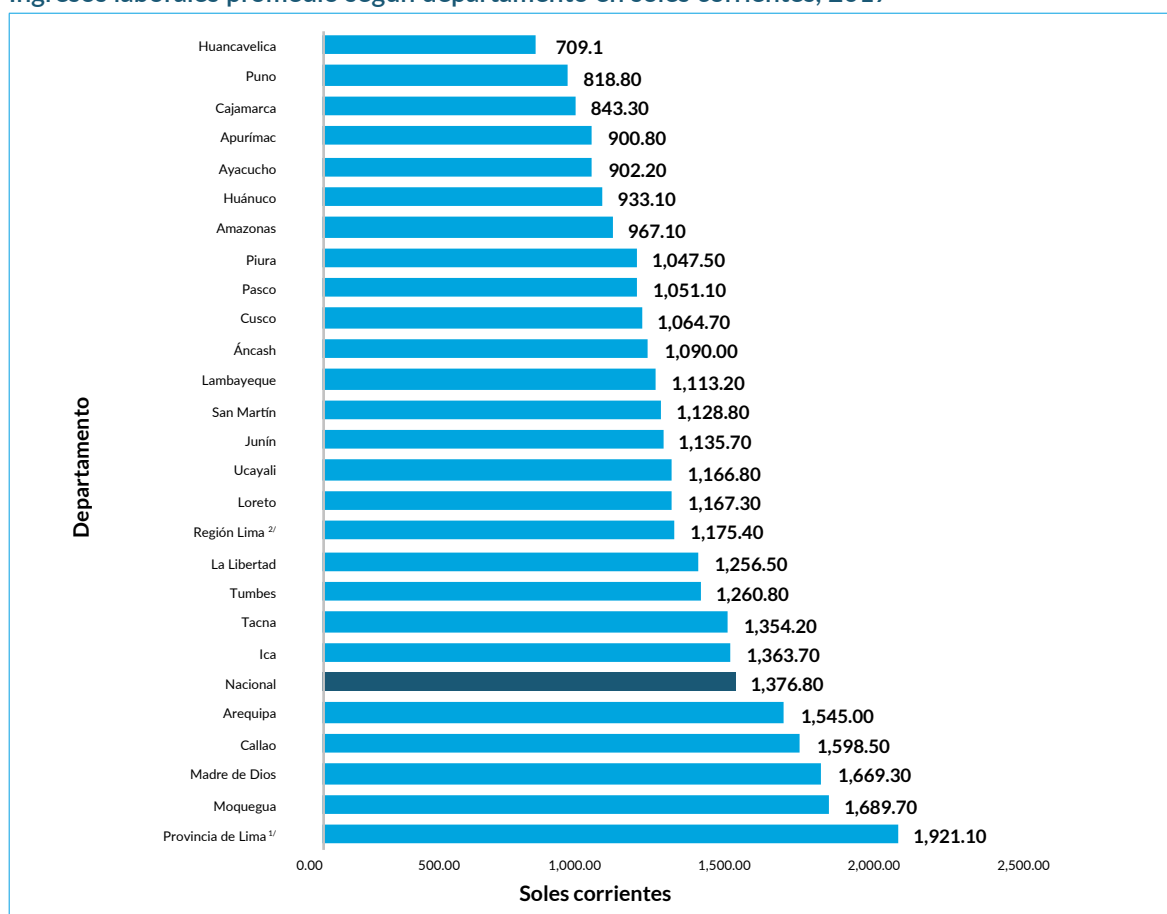
Gráfico 37.**Ingresos laborales promedio en soles corrientes y variación porcentual, 2008-2017**

Fuente: elaboración propia con datos del INEI.

Los ingresos laborales promedios presentan diferencias importantes a nivel departamental. El siguiente gráfico muestra estos ingresos para el año 2017. Tan solo 5 distritos se encuentran por encima del promedio de ingresos laborales del 2017, siendo la provincia de Lima la que expone el mayor ingreso promedio (1,921.1 soles). Por su parte, el departamento que reportó el menor ingreso promedio laboral fue Huancavelica, con un ingreso de 709.1 soles, menos de la mitad del departamento con el mayor ingreso durante el 2017. De estos departamentos, el que presentó la mayor tasa de crecimiento en el periodo 2007-2017 fue Apurímac, pues creció un 108.4% del 2007 al 2017. Al contrario, Tumbes fue el departamento que menor tasa de crecimiento mostró en el periodo (44.3%), al pasar de 873.5 soles en el 2007 a 1,260.8 soles en el 2017.

Gráfico 38.

Ingresos laborales promedio según departamento en soles corrientes, 2017



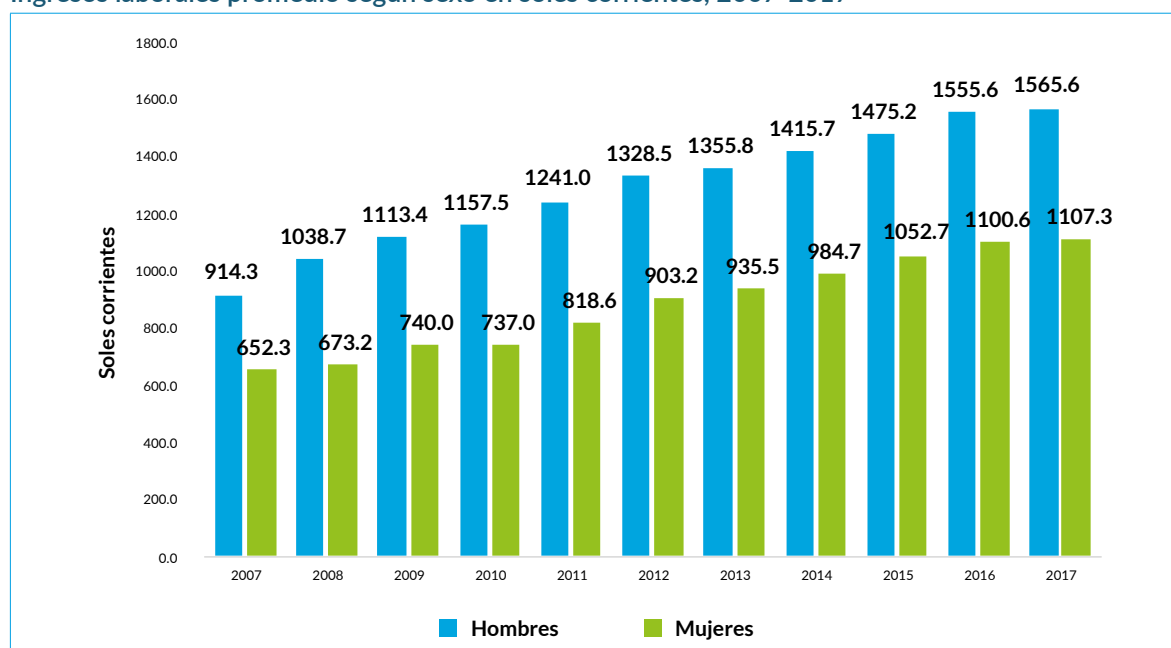
^{1/} Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

^{2/} Comprende las provincias de Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.
Fuente: INEI.

Al nivel de área de residencia, los ingresos son notoriamente mayores en el área urbana en comparación con el área rural. En el área urbana este ingreso promedio fue de 1,543.1 soles en el 2017, mientras que los ingresos del área rural no representaron ni el 50% de esta cifra (665.6 soles). Pese a esto, en el periodo 2007-2017 el incremento de los ingresos laborales en el área rural fue mayor que en el área urbana, un 6.3% contra un 5.0%, respectivamente. Los trabajadores de la Costa tuvieron un mayor ingreso laboral promedio, que se registró en 1,619.0 soles, mientras que en la Sierra este ingreso fue de 1,012.0 soles y en la Selva fue de 1,097.4 soles.

Como se mencionó al inicio de este apartado, en el mercado laboral peruano existe una situación de desventaja de las mujeres, que se ve claramente reflejada en los ingresos laborales promedio. El siguiente gráfico muestra la evolución de los ingresos laborales promedio para el periodo 2007-2017 tanto para los hombres como para las mujeres. Para ambos sexos se observa un incremento en el ingreso laboral, siendo mayor para los hombres, con una variación porcentual del 71.2% en el 2017 con relación al 2007, mientras que en el caso de las mujeres esta variación fue del 69.7%. Se observa además que persistentemente los ingresos masculinos se ubican por encima de los ingresos femeninos. En el 2017 el ingreso laboral promedio de las mujeres representó el 41.4% del salario masculino. En este panorama sobresale el año 2010, cuando el salario promedio de una mujer representó el 57.1% de su contraparte.

Gráfico 39.
Ingresos laborales promedio según sexo en soles corrientes, 2007-2017



Fuente: INEI.

El ingreso también es diferente según grupo de edad al cual pertenezca el ocupado. Para el 2017 el grupo de edad con el mayor ingreso laboral promedio fue el de 45 a 49 años, el cual se ubicó en 1,577.3 soles, luego de este grupo se ubicó el grupo de 25 a 44 años (1,487.0 soles). Por su parte, el grupo de 60 a 64 años de edad reportó un salario de 1,388.7 soles. Por último, los grupos etarios de 14 a 24 años y de 65 y más fueron en el 2017 los que tuvieron los salarios laborales promedio más bajos, 794.6 y 897.4 soles, respectivamente.

En cuanto al nivel educativo, los mayores niveles de ingreso laboral promedio fueron para las personas que contaron con educación superior; en el 2017 este ingreso ascendió a 2,545.7 soles. En contraste, los menores ingresos laborales promedios corresponden a quienes cuentan con primaria o bien no poseen ningún nivel educativo; para el 2017 este salario promedio fue de 695.5 soles.

Las ramas de actividad también son una fuente de diferenciación de ingresos. En el 2017 la rama de actividad con el mayor ingreso laboral promedio correspondió a otros servicios¹⁸ (1,700.9 soles), seguida de la rama construcción (1,657.0 soles), de cerca se ubicó también manufactura (1,485.5 soles), así como transportes y comunicaciones (1,450.4). Los menores ingresos laborales promedio en el 2017 se registraron en agricultura, pesca y minería (843.8 soles) y en comercio (1,195.7 soles).

¹⁸ Otros servicios lo componen las ramas de actividad de electricidad, gas y agua, intermediación financiera, actividades de servicios sociales y de salud, entre otras.

4.

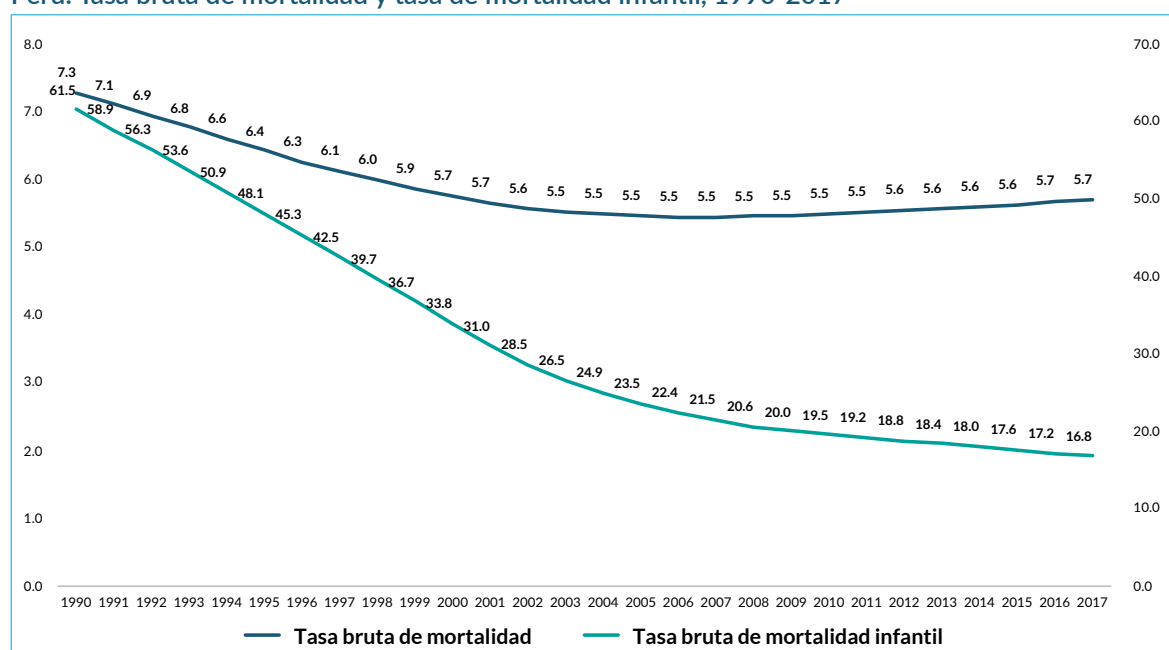
Tendencias de mortalidad y carga de enfermedad entre la población peruana

De acuerdo con datos del INEI, la esperanza de vida al nacer de la población peruana ha mostrado una tendencia creciente en las últimas décadas. En 1990 dicho indicador se ubicaba en 65.6 años, mostró un ascenso de 4.9 años hasta 2000, cuando se ubicó en 70.5 años, y en los últimos siete años ascendió 4.5 años, al posicionarse en 75 años.

Por su parte, la tasa bruta de mortalidad por cada 1,000 habitantes mostró una disminución durante el periodo 1990-2011, como puede observarse en el siguiente gráfico. En este periodo pasó de 7.3 defunciones por cada 1,000 habitantes a 5.5. Luego del 2011 la tasa bruta de mortalidad muestra un leve incremento, ubicándose en el 2017 en 5.7 defunciones por cada 1,000 habitantes. La tasa de mortalidad infantil presentó una disminución sostenida durante el periodo 1990-2017, como se advierte en el siguiente gráfico. Dicha disminución fue más acelerada durante el periodo 1990-2004, en el cual pasó de 61.5 defunciones de menores de un año de edad por cada 1,000 nacidos vivos a 24.9. Al cierre del periodo la tasa de mortalidad infantil se registró en 16.4.

Gráfico 40.

Perú: Tasa bruta de mortalidad y tasa de mortalidad infantil, 1990-2017



Fuente: elaboración propia con datos del INEI.

La tasa de mortalidad materna por cada 100,000 niños nacidos vivos también disminuyó notablemente en las últimas décadas. En 1990 se ubicó en 265 defunciones, pero al 2000 había caído en 80 defunciones, ubicándose en 185. Para el año 2010 se registraron 93 defunciones por cada 100,000 niños nacidos vivos, contabilizándose una caída de 92 defunciones.

En el siguiente cuadro se observan las principales causas de muerte en Perú para los años 2005 y 2016. Las primeras dos causas de muerte en ambos años continúan siendo en primer lugar las infecciones respiratorias inferiores y en el segundo puesto la enfermedad isquémica del corazón. A partir del tercer puesto de este *ranking* se muestran cambios de posicionamiento entre ambos años. La enfermedad cerebrovascular cayó en una posición en el 2016 y se ubicó en el cuarto puesto, lo mismo que la enfermedad renal crónica, que se ubicó en el quinto puesto en ese año. Por el contrario, la enfermedad de Alzheimer ganó relevancia en el 2016 al ubicarse en el tercer puesto en ese año, luego de posicionarse en quinto lugar en el 2005.

Las lesiones en carretera y el cáncer de estómago continuaron ocupando la sexta y séptima posición en el *ranking* de causas de muerte en Perú para el 2016. La diabetes cobró más relevancia en el 2016 al ganar una posición con respecto al 2005, ubicándose en octavo lugar. En contraste, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica cayó una posición en el 2016 en comparación con el 2005 y se ubicó en el noveno lugar. Por último, la enfermedad pulmonar intersticial cobró una gran relevancia en la población peruana: mientras que fue la causa de muerte número 17 en el 2005, para el 2016 se ubicó en la casilla número 10. Lo contrario se registró en el nacimiento prematuro neonatal, causa de muerte que pasó de ubicarse en el puesto número 10 en el 2005 al puesto 18 en el 2016.

Cuadro 27.

Principales causas de muerte en Perú, 2005 y 2016

Ranking 2005		Ranking 2016	
Infección respiratoria inferior	1	Infección respiratoria inferior	1
Enfermedad isquémica del corazón	2	Enfermedad isquémica del corazón	2
Enfermedad cerebrovascular	3	Enfermedad de Alzheimer	3
Enfermedad renal crónica	4	Enfermedad cerebrovascular	4
Enfermedad de Alzheimer	5	Enfermedad renal crónica	5
Lesiones en la carretera	6	Lesiones en la carretera	6
Cáncer de estómago	7	Cáncer de estómago	7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8	Diabetes	8
Diabetes	9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9
Nacimiento prematuro neonatal	10	Enfermedad pulmonar intersticial	10
Enfermedad pulmonar intersticial	17	Nacimiento prematuro neonatal	18

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation.

En cuanto a los principales problemas de salud causantes de discapacidad, tanto en el 2005 como en el 2016 los dolores lumbares y de cuello se ubicaron en el primer lugar, como puede constatarse en el siguiente cuadro. Las enfermedades de los órganos de los sentidos ganaron importancia al ubicarse en el segundo lugar en el 2016, subiendo una casilla con respecto al 2005. Por el contrario, las enfermedades de la piel descendieron en importancia en el 2016 cuando se ubicaron en el tercer lugar, luego de ocupar el segundo lugar en el 2005. La migraña no mostró variación entre el 2005 y el 2016, ya que en ambos años se registró en el puesto número 6 entre los causantes de discapacidad.

Los trastornos de ansiedad continúan causando más discapacidad en Perú que los trastornos depresivos. Ambos trastornos ganaron mayor relevancia en el 2016 tras ubicarse en el quinto y sexto lugar, respectivamente. La anemia causada por deficiencia de hierro afectó en menor medida a la población peruana en el 2016, que pasó de representar la quinta causa de discapacidad en el 2005 a ser la séptima. Los trastornos orales continuaron ubicándose en la octava posición, mientras que la diabetes cobró relevancia en el *ranking* al subir 3 posiciones en el 2016 con relación al 2005 y ocupar el noveno puesto. El asma bajó una posición en el 2016 con respecto al 2005 y se ubicó en el puesto número 10. Por último, otros problemas de salud musculoesqueléticos fueron menos relevantes en el 2016, bajando una posición con relación al 2005, lo que deja esta causa fuera de las principales diez causas de discapacidad.

Cuadro 28.

Principales problemas de salud causantes de discapacidad en Perú, 2005 y 2016

Ranking 2005		Ranking 2016	
Dolores lumbares y de cuello	1	Dolores lumbares y de cuello	1
Enfermedades de la piel	2	Enfermedades de los órganos de los sentidos	2
Enfermedades de los órganos de los sentidos	3	Enfermedades de la piel	3
Migraña	4	Migraña	4
Anemia por deficiencia de hierro	5	Trastornos de ansiedad	5
Trastornos de ansiedad	6	Trastornos depresivos	6
Trastornos depresivos	7	Anemia por deficiencia de hierro	7
Trastornos orales	8	Trastornos orales	8
Asma	9	Diabetes	9
Otros musculoesqueléticos	10	Asma	10
Diabetes	11	Otros musculoesqueléticos	11

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation.

El principal riesgo de muerte y discapacidad combinadas en Perú es la desnutrición. Como se puede observar en el siguiente cuadro, este factor de riesgo ocupó el primer lugar en dicha categoría tanto en el 2005 como el 2016. En contraste, en el 2016 el segundo riesgo estuvo asociado a altos índices de masa corporal, el cual ganó relevancia al subir dos puestos con relación al 2005. El uso de alcohol y drogas continuó posicionándose como la tercera causa de muerte y discapacidad combinadas. Los riesgos alimenticios ocuparon la cuarta posición del *ranking*, ganando relevancia al compararse con el 2005, cuando ocuparon una posición menos. La glucosa alta en plasma en ayunas ganó importancia para el 2016 al ubicarse dos puestos por encima del ocupado en el 2005. El séptimo puesto fue por la contaminación del aire, riesgo que cedió en relevancia con relación al *ranking* del 2005, en el cual ocupó el segundo puesto. Otro riesgo en ceder relevancia en el 2016 fue la presión arterial alta, la cual bajó un puesto con relación al *ranking* del 2005, donde ocupó el puesto 6. Para finalizar, las últimas tres posiciones continúan siendo ocupadas por riesgos laborales, tabaco y función renal deteriorada.

Cuadro 29.**Principales factores de riesgo causantes de muertes y discapacidad combinadas en Perú, 2005 y 2016**

Ranking 2005		Ranking 2016	
Desnutrición	1	Desnutrición	1
Contaminación del aire	2	Alto índice de masa corporal	2
Uso de alcohol y drogas	3	Uso de alcohol y drogas	3
Alto índice de masa corporal	4	Riesgos alimenticios	4
Riesgos alimenticios	5	Glucosa alta en plasma en ayunas	5
Presión arterial alta	6	Contaminación del aire	6
Glucosa en plasma alta en ayunas	7	Presión arterial alta	7
Riesgos laborales	8	Riesgos laborales	8
Tabaco	9	Tabaco	9
Función renal deteriorada	10	Función renal deteriorada	10

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation.

4.1 Perfil de mortalidad y patrones epidemiológicos de los asegurados de EsSalud

4.1.1 Tendencias de esperanza de vida y mortalidad en la población peruana

La tasa bruta de mortalidad entre los asegurados de EsSalud ha disminuido en los últimos años, tal y como se observa en el siguiente cuadro. En el 2010 se reportaron 2.29 defunciones por cada 1,000 asegurados, mientras que en el 2016 dicho indicador se redujo a 2.09. Por su parte, la mortalidad infantil muestra una importante variación. En el 2010 se reportaron 8.98 defunciones de niños menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos, mientras que para el 2016 este indicador se había reducido a la mitad, ubicándose en 4.43 defunciones. En el caso de la tasa de mortalidad de la niñez, se presenta un escenario similar. En el 2010 se contabilizaron 1.83 defunciones en niños menores de 5 años por cada 1,000 nacidos vivos, mientras que en el 2016 este indicador presentó una reducción mayor del 50%, al ubicarse en 0.96 defunciones.

Cuadro 30.**EsSalud: Tasa bruta de mortalidad, tasa de mortalidad infantil y tasa de mortalidad en la niñez, 2010-2016**

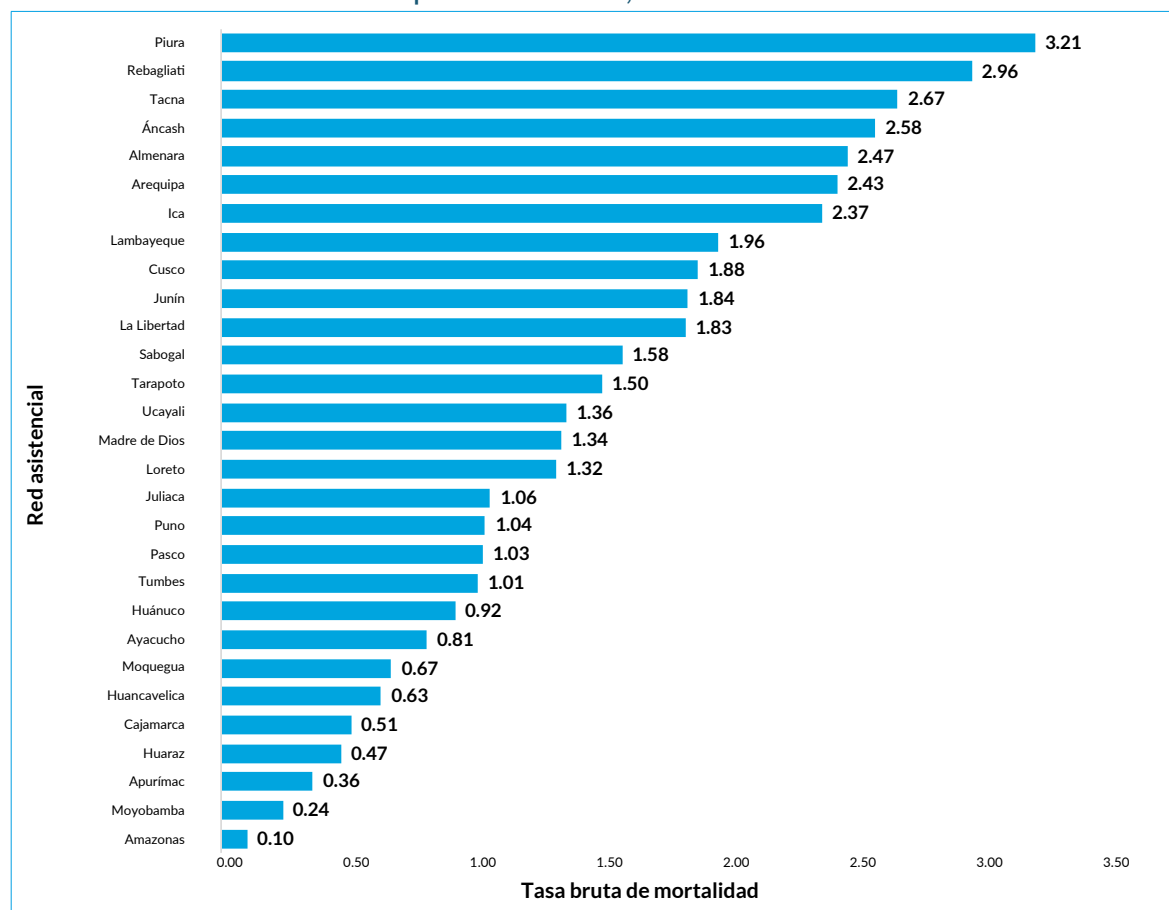
Año	Tasa bruta de mortalidad ^{1/}	Tasa de mortalidad infantil ^{2/}	Tasa de mortalidad en la niñez ^{3/}
2010	2.29	8.98	1.83
2011	2.32	9.03	1.69
2012	2.11	8.69	1.56
2013	2.15	7.95	1.50
2014	2.10	5.59	1.33
2015	2.22	7.66	1.50
2016	2.09	4.43	0.96

^{1/} Corresponde al total de defunciones y asegurados de EsSalud.^{2/} Corresponde a las defunciones de asegurados menores de un año entre los asegurados de ese mismo grupo de edad.^{3/} Son las defunciones de los niños menores de 5 años entre los niños asegurados de ese mismo grupo poblacional.

Fuente: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (GCPP)/ Gerencia de Gestión de la Información (GGI)/ Subgerencia de Análisis y Estudios (SGAE) con datos de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud-Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria.

El siguiente gráfico muestra la tasa bruta de mortalidad por red asistencial de EsSalud en el 2016. Las cinco redes con las mayores tasas de mortalidad bruta fueron Piura, Rebagliati, Tacna, Áncash y Almenara, con tasas desde 3.21 hasta 2.43 defunciones por cada 1,000 asegurados. En contraste, las cinco redes con las menores tasas brutas de mortalidad fueron Amazonas, Moyobamba, Apurímac, Huaraz y Cajamarca, con tasas ubicadas desde 0.10 hasta 0.51 defunciones por cada 1,000 asegurados.

Gráfico 41.
EsSalud: Tasa bruta de mortalidad por red asistencial, 2016



Fuente: GCPP/ GGI/ SGAE con datos de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud-Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria.

4.1.2 Principales diagnósticos de consulta externa, hospitalizaciones, emergencias e incapacidad temporal de los asegurados

En el siguiente cuadro se muestran los principales cinco diagnósticos de consulta externa de acuerdo con la cantidad de atenciones por cada 100 asegurados para el 2010 y el 2017. La faringitis aguda y la amigdalitis aguda se ubican como el principal diagnóstico en ambos periodos. En el 2010 la cantidad de atenciones por cada 100 asegurados de dicho diagnóstico fue de 6.73, que disminuyó en el 2017 a 6.12. En ambos periodos el segundo diagnóstico de importancia fue ocupado por otras dorsopatías. Sin embargo, este diagnóstico muestra una disminución en la cantidad de atenciones por cada 100 asegurados, al pasar de representar 4.72 en el 2010 a 4.63 en el 2017.

Durante 2017 el diagnóstico de otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo ocupó el tercer lugar de importancia, con 3.05 atenciones por cada 100 asegurados. Pese a lo anterior, este diagnóstico presentó una disminución en la cantidad de atenciones por cada 100 asegurados. Por su parte, el diagnóstico de otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores cedió un puesto en el *ranking* en el 2017. Además, este diagnóstico disminuyó la cantidad de atenciones registradas por cada 100 asegurados, al pasar de 3.44 en el 2010 a 2.95 en el 2017. Por último, el quinto diagnóstico de importancia en el 2017 fue ocupado por los trastornos de los tejidos blandos, que escaló dos posiciones con respecto al 2010. El diagnóstico que se alejó de los principales cinco diagnósticos de consulta externa fue gastritis y duodenitis, que cayó dos posiciones y se ubicó en el puesto número 7 en el 2017.

Cuadro 31.

EsSalud: Principales cinco diagnósticos de consulta externa, 2010 y 2017

2010			2017		
Diagnóstico	Ranking	Atenciones por 100 asegurados de EsSalud	Diagnóstico	Ranking	Atenciones por 100 asegurados de EsSalud
Faringitis aguda y amigdalitis aguda	1	6.73	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	1	6.12
Otras dorsopatías	2	4.72	Otras dorsopatías	2	4.63
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	3	3.48	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	3	3.05
Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	4	3.44	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	4	2.95
Gastritis y duodenitis	5	2.82	Trastornos de los tejidos blandos	5	2.58

Fuente: elaboración propia con datos de EsSalud.

Los principales cinco diagnósticos de los egresos hospitalarios para los años 2010 y 2017 están expuestos en el siguiente cuadro. Se observa que tanto parto único espontáneo como otras complicaciones del embarazo y del parto fueron los principales diagnósticos hospitalarios en ambos años. Sin embargo, ambos diagnósticos vieron disminuida la cantidad de egresos por cada 1,000 asegurados. El parto único espontáneo ocupó el primer puesto durante el 2010, con 3.37 egresos por cada 1,000 asegurados, pero descendió al segundo lugar en el 2017, con 2.72 egresos. Otras complicaciones del embarazo y del parto ganaron importancia en el 2017 y se ubicaron una casilla arriba del 2010, con 2.77 egresos por cada 1,000 asegurados.

El tercer diagnóstico de importancia fue ocupado por coleditis y colecistitis en ambos años. Este diagnóstico, pese a ocupar este puesto, mostró una disminución, al pasar de 2.44 egresos por cada 1,000 asegurados en el 2010 a 1.80 en el 2017. Por su parte, las enfermedades del apéndice son el cuarto diagnóstico de importancia en el periodo. Al igual que en el diagnóstico de coleditis y colecistitis, la cantidad de egresos por enfermedades del apéndice por cada 1,000 asegurados mostró una disminución. El quinto puesto también presentó persistencia en ambos años, y fue ocupado por enfermedades del sistema urinario. La cantidad de egresos por cada 1,000 asegurados disminuyó del 2010 al 2017, al pasar de 1.16 a 1.01, respectivamente.

Cuadro 32.**EsSalud: Principales cinco diagnósticos de egresos hospitalarios, 2010 y 2017**

2010			2017		
Diagnóstico	Ranking	Egresos por cada 1,000 asegurados de EsSalud	Diagnóstico	Ranking	Egresos por cada 1,000 asegurados de EsSalud
Parto único espontáneo	1	3.37	Otras complicaciones del embarazo y del parto	1	2.77
Otras complicaciones del embarazo y del parto	2	2.96	Parto único espontáneo	2	2.72
Colelitiasis y colecistitis	3	2.44	Colelitiasis y colecistitis	3	1.80
Enfermedades del apéndice	4	1.41	Enfermedades del apéndice	4	1.30
Otras enfermedades del sistema urinario	5	1.16	Otras enfermedades del sistema urinario	5	1.01

Fuente: elaboración propia con datos de EsSalud.

Los principales cinco diagnósticos de atenciones de emergencias por cada 100 asegurados para el 2010 y el 2017 fueron los mismos en ambos periodos. Pese a lo anterior, se denotan cambios en el posicionamiento de estos con relación a la cantidad de atenciones por cada 100 asegurados. En el siguiente cuadro se muestran dichos diagnósticos. El principal diagnóstico en ambos años fue ocupado por faringitis aguda y amigdalitis aguda. En el 2017 se incrementaron las atenciones de este diagnóstico por cada 100 asegurados a 4.36. El segundo lugar en el 2017 lo ocupó el diagnóstico dolor abdominal y pélvico, que ascendió a 3.69 atenciones por cada 100 asegurados. Este ganó importancia con relación al 2010, cuando ocupó el puesto número 4. Lo contrario sucedió con otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo, el cual cedió un puesto en el 2017 con relación al 2010. El anterior diagnóstico se ubicó en el tercer puesto en el 2017, pero se aumentaron las atenciones por cada 100 asegurados a 3.50.

El cuarto lugar en el 2017 fue ocupado por fiebres de origen desconocido, diagnóstico que se ubicó un lugar más abajo al compararse con el 2010. La cantidad de atenciones por cada 100 asegurados por este diagnóstico aumentó a 3.01 en el 2017. Por último, en ambos años se registró la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso como el quinto diagnóstico, con 2.17 y 2.91 atenciones por cada 100 asegurados en el 2010 y 2017, respectivamente.

Cuadro 33.**EsSalud: Principales cinco diagnósticos de atenciones de emergencias, 2010 y 2017**

2010			2017		
Diagnóstico	Ranking	Atenciones por cada 100 asegurados de EsSalud	Diagnóstico	Ranking	Atenciones por cada 100 asegurados de EsSalud
Faringitis aguda y amigdalitis aguda	1	3.39	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	1	4.36
Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	2	3.05	Dolor abdominal y pélvico	2	3.69
Fiebre de origen desconocido	3	2.81	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	3	3.50
Dolor abdominal y pélvico	4	2.71	Fiebre de origen desconocido	4	3.01
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5	2.17	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5	2.91

Fuente: elaboración propia con datos de EsSalud.

Los principales cinco diagnósticos de incapacidad temporal entre los asegurados de EsSalud se han mantenido invariantes en los años 2012, 2015 y 2017, tal y como se muestra en el siguiente cuadro.

El principal diagnóstico causante de incapacidad temporal ha sido el lumbago no especificado. Sin embargo, la cantidad de casos por 1,000 asegurados ha disminuido en el tiempo, pasando de 10.3 casos por 1,000 asegurados en 2012 a 9.4 en el 2017. Así mismo, la cantidad de días por caso en dicho diagnóstico ha disminuido en 0.6 días en el periodo analizado.

El segundo diagnóstico en cantidad de casos por 1,000 asegurados es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. Mostró una leve disminución en el número de casos por cada 1,000 asegurados, al pasar de 7.6 en 2012 a 7.4 en el 2017. Presentó además una disminución de 0.2 días por caso en el 2017 con relación al 2012.

Faringitis aguda no especificada corresponde al tercer diagnóstico de relevancia, que representó en el 2017 4.3 casos por 1,000 asegurados. En el 2012 tuvo 5.1 casos por 1,000 asegurados. Los días por caso de este diagnóstico de incapacidad temporal se han reducido en 0.2 días en el 2017 al compararlo con el 2012.

El cuarto lugar está ocupado por la infección de vías urinarias, sitio no especificado. En 2012 dicho diagnóstico representó 3.8 casos por 1,000 asegurados, en 2015 y 2017 se ubicó en 3.4 casos por 1,000 asegurados. Al igual que en los diagnósticos anteriores, expuso una disminución en la cantidad de días por caso (0.3 días). Cabe destacar que este diagnóstico mostró el segundo valor más alto de días por caso del grupo analizado (2.7 días).

Por último, el lumbago con ciática es el quinto diagnóstico en términos de cantidad de casos por 1,000 asegurados. Representó 3.3 casos por 1,000 asegurados en el 2012, ascendió a 3.4 en el 2015 y se redujo a 3.2 en el 2017. En términos de días por caso, pese a que se redujo 1.3 días en el 2017 con respecto al 2012, se ubicó como el diagnóstico con mayor cantidad de días por caso en el grupo de diagnósticos analizado. En el 2017 representó 4.6 días de incapacidad temporal por caso.

Cuadro 34.

EsSalud: Principales cinco diagnósticos de incapacidad temporal, cantidad de casos por 1,000 asegurados y días por caso, 2012, 2015 y 2017

Año	Ranking	Diagnóstico	Cantidad de casos por 1,000 asegurados de EsSalud	Días por caso
2012	1	Lumbago no especificado	10.3	2.9
	2	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	7.6	1.6
	3	Faringitis aguda no especificada	5.1	1.8
	4	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	3.8	3.0
	5	Lumbago con ciática	3.3	5.9
2015	1	Lumbago no especificado	9.7	2.6
	2	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	7.3	1.5
	3	Faringitis aguda no especificada	4.2	1.7
	4	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	3.4	2.8
	5	Lumbago con ciática	3.4	5.1
2017	1	Lumbago no especificado	9.4	2.3
	2	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	7.4	1.4
	3	Faringitis aguda no especificada	4.3	1.6
	4	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	3.4	2.7
	5	Lumbago con ciática	3.2	4.6

Fuente: elaboración propia con datos de EsSalud.

4.1.3 Perfil general de la población atendida por EsSalud y los servicios brindados

De acuerdo con un estudio realizado por EsSalud en el 2015, en términos generales las mujeres son las que reportan en mayor porcentaje algún síntoma o malestar. En dicho año, el 52.5% de los casos reportados fueron mujeres. Además, la mayoría correspondieron a empleados (67.4%) y cónyuges de los jefes de hogar (71.7%). Al igual que en el caso anterior, quienes han sido atendidos por alguna enfermedad son en su mayoría mujeres (53.2%), empleados (65.6%) y cónyuges de los jefes de hogar (71.9%). Por el contrario, de aquellos que han sufrido algún accidente, la mayoría fueron hombres, registrándose el 61.8%. Además, los que han sufrido algún accidente fueron en su mayoría empleados (60.9%) y cónyuges de los jefes de hogar (72.4%).

La mayoría de la población asegurada con algún síntoma o malestar que se ha atendido lo hizo en los hospitales, policlínicos o centros médicos de EsSalud (71%). Lo mismo se registra para los casos de quienes han sufrido alguna enfermedad o accidente, quienes en su mayoría han sido atendidos en dichos centros, registrando porcentajes del 63.5% y del 70.7%, respectivamente. El 95% de los

atendidos por malestar, enfermedad o accidente fueron atendidos por un médico. Además, en los tres casos el 96.1% recibió un diagnóstico por un profesional de salud. En el 36.8% de los casos de estos diagnósticos se incluyeron análisis clínicos, al 18.7% se les realizaron exámenes por imágenes y al 5.6% se acompañó de algún otro procedimiento. Del total de la población diagnosticada, el 71.3% no recibió un diagnóstico grave. La mayoría de la población atendida lo hizo bajo la especialidad de medicina general (58%), mientras que el 4.9% fue hospitalizada y al 2.8% se le realizó alguna intervención quirúrgica.

Años de vida saludable por red asistencial

El siguiente cuadro muestra indicadores seleccionados de los años de vida saludable perdidos (AVISA) por red asistencial. Este indicador combina los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años vividos con discapacidad (AVD). Como se puede observar, el cálculo del total de AVISA por red asistencial presenta diferencias, siendo Almenara, Sabogal y Rebagliati las tres redes que contabilizaron la mayor cantidad de AVISA en el 2014. Es relevante recalcar que estos niveles elevados de AVISA pueden estar correlacionados con el hecho de que los hospitales nacionales de mayor nivel se encuentran en las redes de Almenara y Rebagliati, que son los que reciben los casos de enfermedades más complejas a nivel nacional. En contraposición, Madre de Dios, Moyobamba y Huaraz fueron las redes con las menores cantidades de AVISA registrados en el 2014.

Los resultados indican que los AVISA se concentran principalmente en las mujeres. En el 86.2% de las redes se registró que la mayoría de los AVISA correspondió a ellas. La red asistencial con el mayor porcentaje fue Tumbes, con el 65% de AVISA en mujeres. En contraste, Huancavelica fue la red con el menor porcentaje en el 2014, al registrar un 35% de AVISA femeninos.

Al igual que en el caso de las mujeres, el grupo de edad de 14 a 44 años se posiciona como el grupo etario que concentró el mayor porcentaje de AVISA en el 2014. Esto se registró en el 80% de las redes asistenciales. El departamento que registró el mayor porcentaje de AVISA para el 2014 en este rango de edad fue Huancavelica, con un 53%, mientras que La Libertad contabilizó el menor porcentaje, con 25%. En solo 6 de las 29 redes asistenciales se registró un rango de edad con mayor porcentaje de AVISA diferente: Apurímac, Cusco, Huaraz, Loreto, Rebagliati y Tumbes.

Por último, con relación a las principales causas de pérdida de años de vida saludable en cada una de las redes asistenciales, se destaca que en el 55.2% de estas la enfermedad osteomuscular y de tejido conectivo fue la principal causa. Además, las condiciones perinatales y las causas no intencionales se registraron como las principales causantes de pérdida de vida de años en el 10.3% de las redes.

Cuadro 35.

EsSalud: Indicadores seleccionados de AVISA por red asistencial, 2014

Red asistencial	Total AVISA	Porcentaje de AVISA en mujeres	Grupo de edad con mayor porcentaje de AVISA (15-44 años cuando no se especifica)	Principal causa de pérdida de AVISA
Almenara	162,880	54%	29%	Neuropsiquiátricas
Amazonas	7,036	57%	38%	Enf. osteomuscular y tejido conectivo
Áncash	37,182	43%	38%	Enf. genitourinarias
Apurímac	5,525	54%	45-59 años: 31%	Enf. osteomuscular y tejido conectivo

Red asistencial	Total AVISA	Porcentaje de AVISA en mujeres	Grupo de edad con mayor porcentaje de AVISA (15-44 años cuando no se especifica)	Principal causa de pérdida de AVISA
Arequipa	17,425	57%	26%	Enf. osteomuscular y tejido conectivo
Ayacucho	18,440	58%	34%	Enf. osteomuscular y tejido conectivo
Cajamarca	10,499	60%	31%	Enf. osteomuscular y tejido conectivo
Cusco	22,014	54%	0-4 años: 29%	Condiciones perinatales
Huancavelica	10,799.20	35%	53%	No intencionales
Huánuco	10,799.20	56%	30%	Enf. osteomuscular y tejido conectivo
Huaraz	3,978	56%	45-59 años: 29%	Enf. cardiovasculares
Ica	35,340.50	57%	30%	Enf. osteomuscular y tejido conectivo
Juliaca	14,413	56%	28%	Condiciones perinatales
Junín	34,910	56%	27%	Enf. osteomuscular y tejido conectivo
La Libertad	62,245	56%	25%	Enf. osteomuscular y tejido conectivo
Lambayeque	60,884.90	57%	27%	Enf. osteomuscular y tejido conectivo
Loreto	21,626.90	51%	0-4 años: 27%	Infecciosas y parasitarias
Madre de Dios	3,636.70	41%	33%	No intencionales
Moquegua	14,671.40	57%	33%	Enfermedades endocrinas y de la sangre
Moyobamba	3,881	57%	36%	No intencionales
Pasco	10,237.60	53%	39%	Enf. osteomuscular y tejido conectivo
Piura	37,342	49%	27%	Condiciones perinatales
Puno	11,321.40	59%	35%	Enf. osteomuscular y tejido conectivo
Rebagliati	98,976	62%	60 o más años: 33%	Tumores malignos
Sabogal	107,218	56%	28%	Enf. osteomuscular y tejido conectivo
Tacna	14,144.50	56%	32%	Enf. osteomuscular y tejido conectivo
Tarapoto	13,021.60	59%	33%	Enf. osteomuscular y tejido conectivo
Tumbes	5,351.10	65%	45-59 años: 36%	Enf. osteomuscular y tejido conectivo
Ucayali	19,588.60	54%	32%	Diabetes mellitus

Fuente: elaboración propia con datos de EsSalud (2016).

4.2 Perfil del asegurado de EsSalud

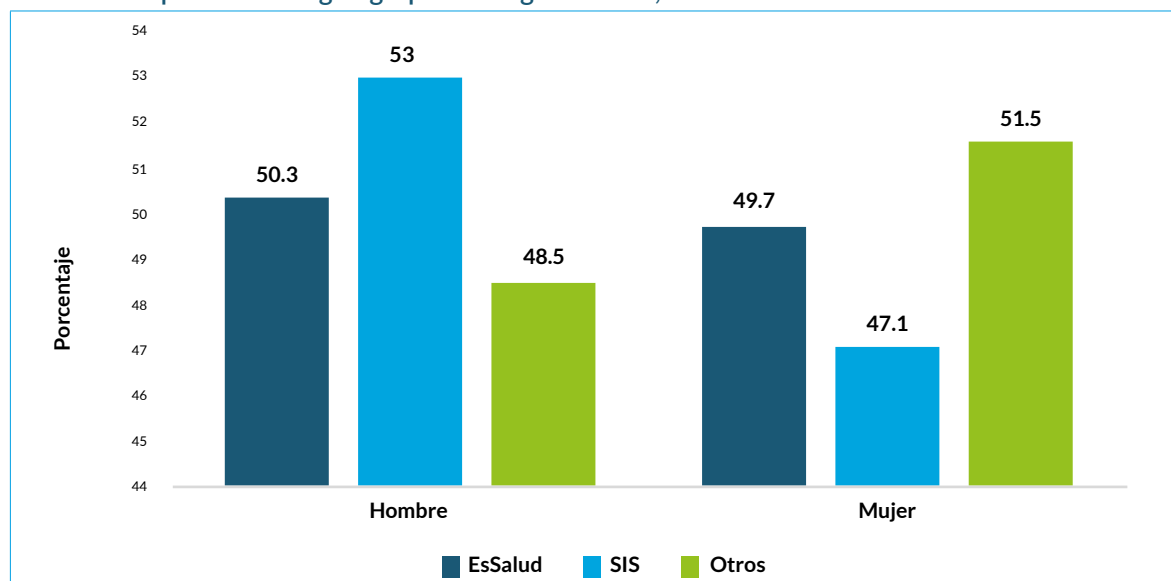
La presente sección tiene como objetivo la caracterización del asegurado de EsSalud. El perfil del asegurado será construido a partir de la información disponible de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del 2017 y del primer trimestre del 2018. Este perfil será comparado con el perfil de los asegurados del SIS y con los asegurados de los demás seguros disponibles en el sistema de seguridad social de Perú. El grupo de Otros Asegurados incluye: seguro privado, seguros otorgados por la Entidad Prestadora de Salud, seguro de las Fuerzas Armadas, seguro universitario, seguro escolar privado y seguros otorgados por otro sistema de prestaciones. La información presentada en cada una de las subsecciones expuestas a continuación incluirá datos a nivel de hogar, jefe de hogar y de persona. Del total de asegurados registrados en el primer trimestre de 2018 en la ENAH, el 29.5% corresponde a EsSalud, el 65.7% al SIS y el restante 4.9% a Otros Asegurados.

4.2.1 Características personales del asegurado

El siguiente gráfico permite visualizar la desagregación de los tres tipos de asegurados comparados según sexo. EsSalud cuenta con la desagregación entre hombres y mujeres más equilibrada de los tres grupos comparados. Los hombres en este grupo son mayoría por tan solo 0.3 p.p., mientras que en el grupo de asegurados del SIS el porcentaje de hombres es del 53%. Por último, en el grupo de Otros Asegurados el porcentaje de hombres (48.5%) es menor que el de las mujeres.

Gráfico 42.

Distribución porcentual según grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018

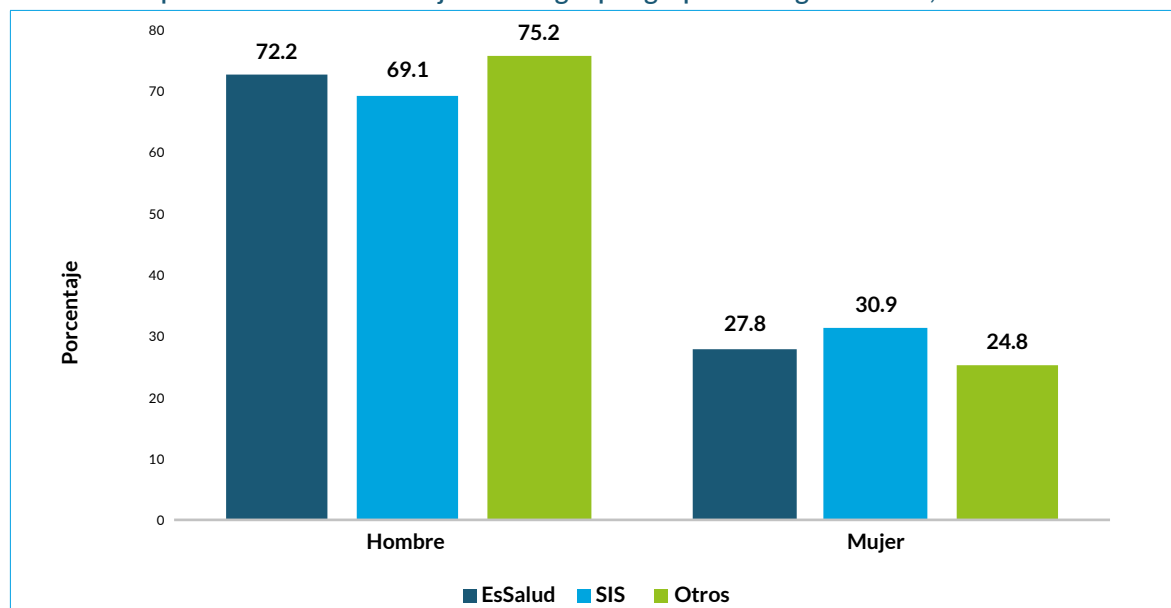


Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

En términos del sexo del jefe de hogar, se denota un sesgo marcado en los tres grupos de asegurados hacia hogares comandados por hombres, como se advierte en el siguiente gráfico. En el caso de EsSalud, el 72.2% de los hogares tienen jefes hombres, el SIS muestra un valor menor (69.1%) y Otros Asegurados presenta el mayor porcentaje de los tres grupos (75.2%).

Gráfico 43.

Distribución porcentual del sexo del jefe de hogar por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018

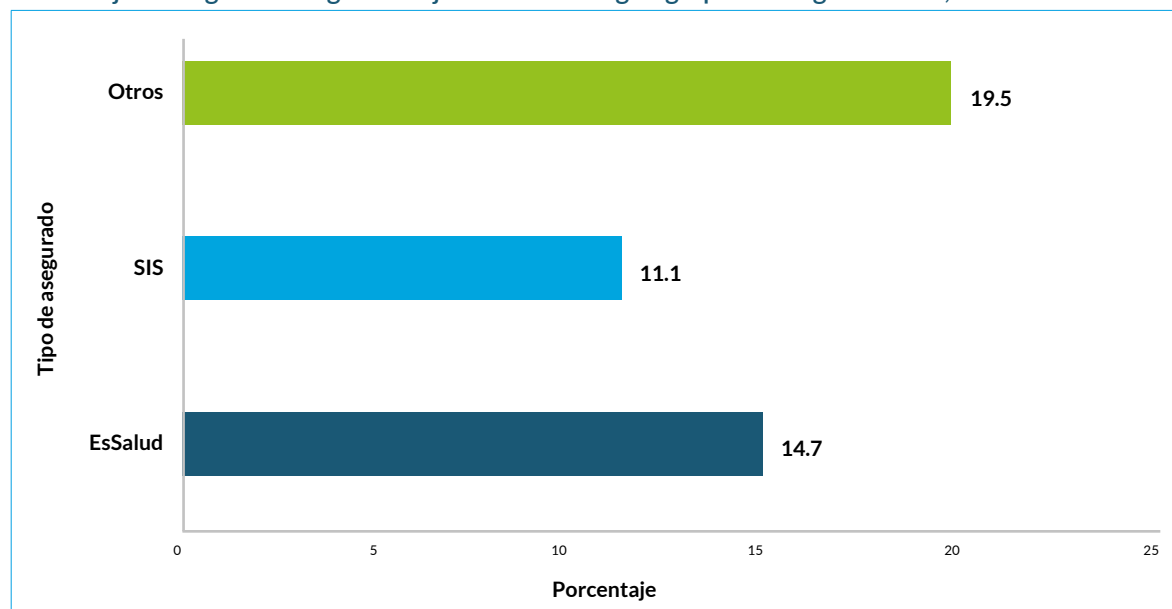


Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

En el siguiente gráfico se observa el porcentaje de hogares que son comandados por madres solteras del total de hogares que están a cargo de mujeres. De los tres grupos presentados, Otros Asegurados es el que presenta el mayor porcentaje en esta condición, con un porcentaje del 19.5% del total de hogares. Por su parte, EsSalud presenta el 14.7% de hogares en esta condición y el SIS el 11.1%.

Gráfico 44.

Porcentaje de hogares a cargo de mujeres solteras según grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018

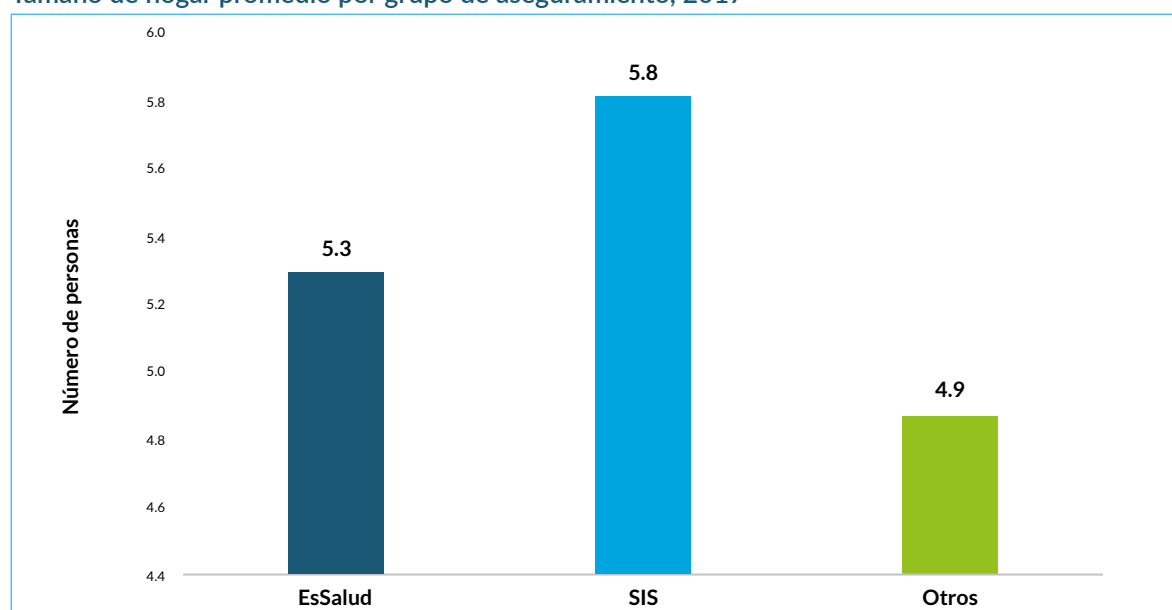


Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

El tamaño de hogar promedio por grupo de aseguramiento se observa en el siguiente gráfico. Los hogares asegurados bajo el SIS tienen el hogar más grande, con 5.8 personas en promedio. En el caso de EsSalud, este valor asciende a 5.3 personas en promedio. El grupo de Otros Asegurados tiene el tamaño de hogar más pequeño y en promedio los asegurados de este grupo viven en un hogar que tiene 4.9 personas.

Gráfico 45.

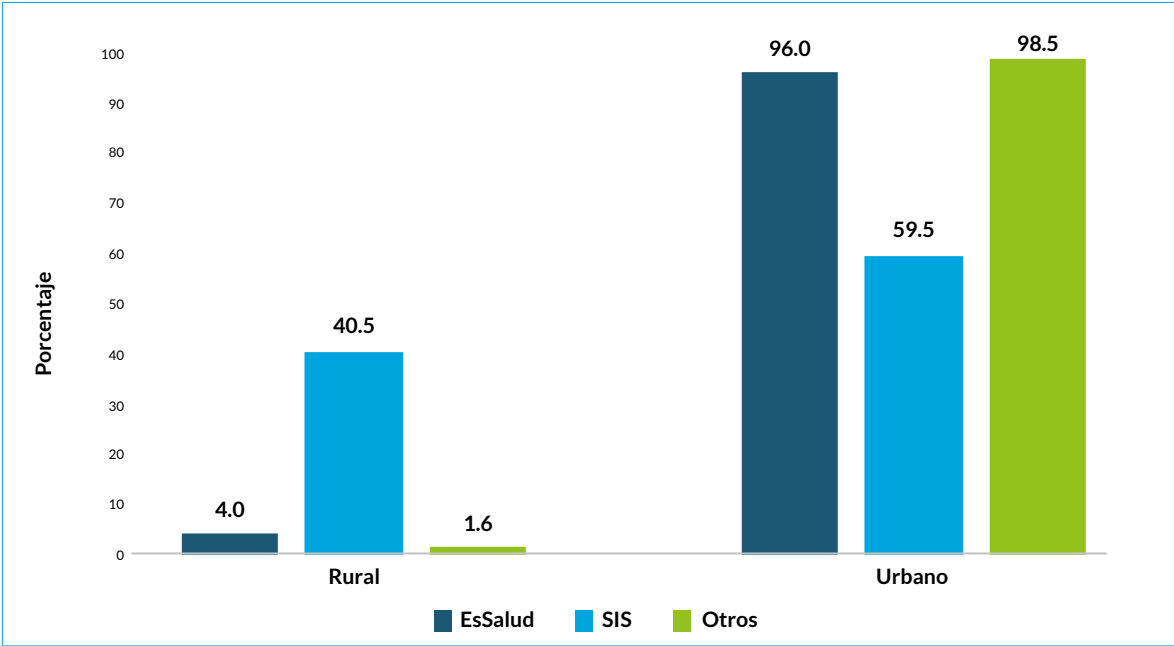
Tamaño de hogar promedio por grupo de aseguramiento, 2017



Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

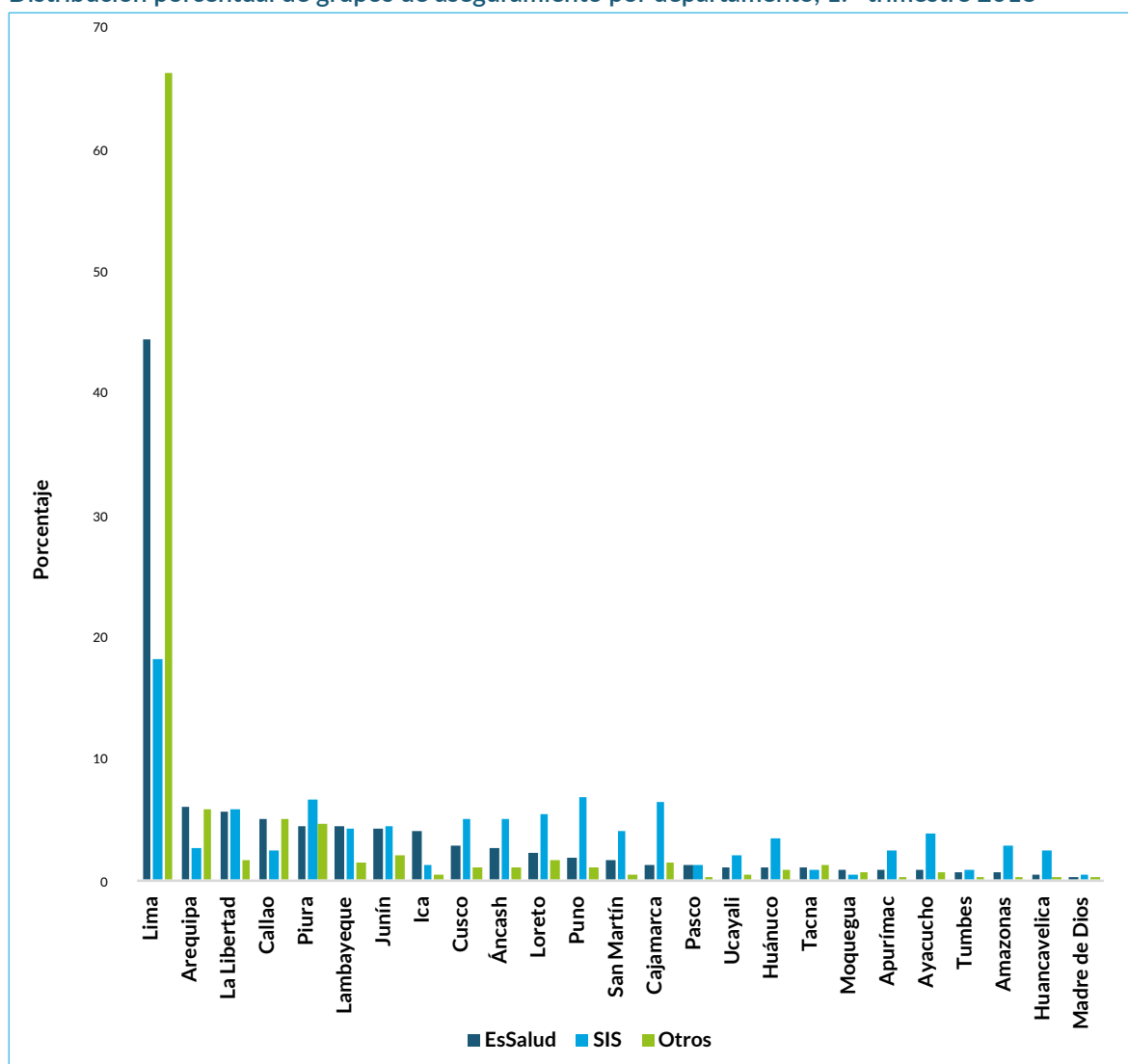
El siguiente gráfico muestra la distribución de los asegurados por zona de residencia. Los asegurados de EsSalud se ubican principalmente en la región urbana, con el 96% en esa condición. En el caso del grupo de aseguramiento del SIS, el porcentaje de asegurados por zona de residencia es menos marcado que en el caso de EsSalud. En este grupo el 59.5% viven en zona urbana y el restante 40.5% en zona rural. En el caso de Otros Asegurados, el porcentaje de residentes en la zona urbana es aún mayor que en los dos grupos de aseguramiento presentados, con el 98.5%.

Gráfico 46.
Zona de residencia por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018



Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

La distribución por departamento de los asegurados se observa en el siguiente gráfico. De manera muy marcada se denota que los tres grupos de asegurados se concentran principalmente en el departamento de Lima. En este departamento se agrupan el 44.3% de los asegurados de EsSalud, el 18.2% de los asegurados del SIS y el 66.2% de Otros Asegurados. En el caso de EsSalud, los siguientes dos departamentos en concentración de asegurados son Arequipa y La Libertad, los cuales agrupan al 6.1% y el 5.6% del total, respectivamente. Para el SIS, estos departamentos son Puno y Loreto, que agrupan al 6.9% y al 6.7% de los asegurados, respectivamente. Por último, en Callao y Piura se concentran el 5.1% y el 4.6% de Otros Asegurados, respectivamente.

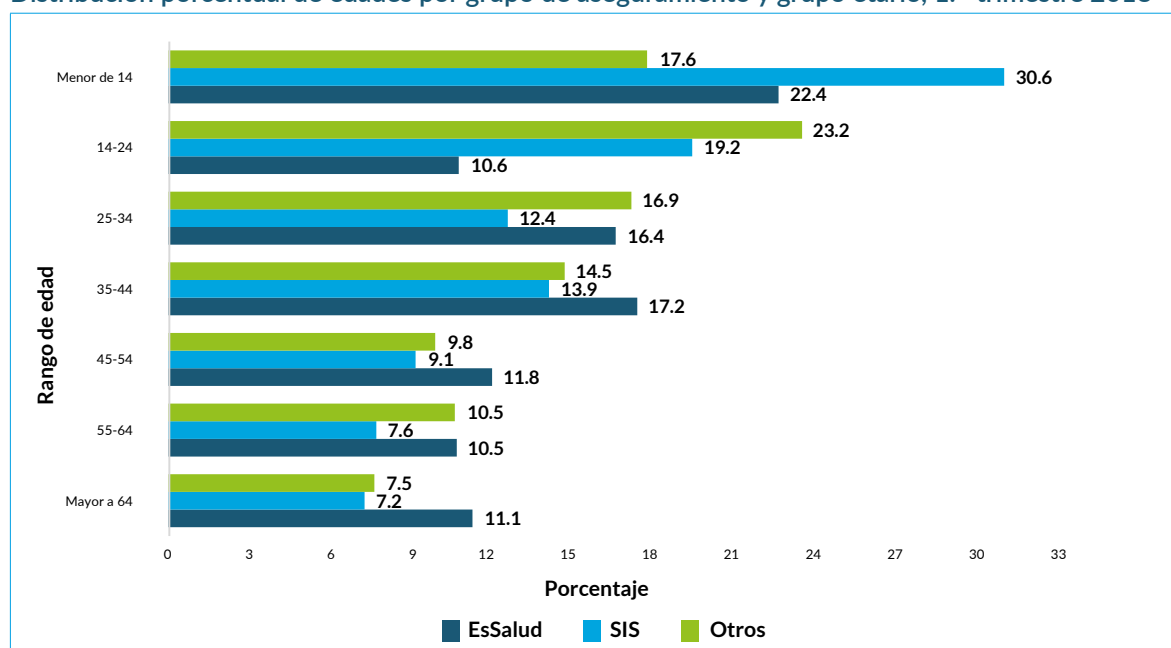
Gráfico 47.**Distribución porcentual de grupos de aseguramiento por departamento, 1.º trimestre 2018**

Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

La distribución porcentual de los asegurados por grupo de aseguramiento y rango de edad se puede observar en el siguiente gráfico. Tanto en el caso de EsSalud como en el del SIS, el mayor porcentaje de asegurados se concentra en el grupo etario de menores de 14 años, con valores del 22.4% y del 30.6%, respectivamente. El segundo grupo de edad de mayor concentración en el caso de EsSalud es el de 35 a 44 años, con un valor del 17.2% del total. El grupo de Otros Asegurados concentra el mayor porcentaje de asegurados en el grupo etario de 14 a 24 años (23.2%), luego se encuentran los grupos de edad menores de 14 años (17.6%) y 25 a 34 años (16.9%). El grupo etario de menor concentración en los asegurados de EsSalud es 55 a 64 años, el cual agrupa al 10.5% de los asegurados totales. En el caso del SIS y Otros Asegurados, el grupo que menor porcentaje de beneficiarios concentra es el de mayores de 64 años.

Gráfico 48.

Distribución porcentual de edades por grupo de aseguramiento y grupo etario, 1.º trimestre 2018

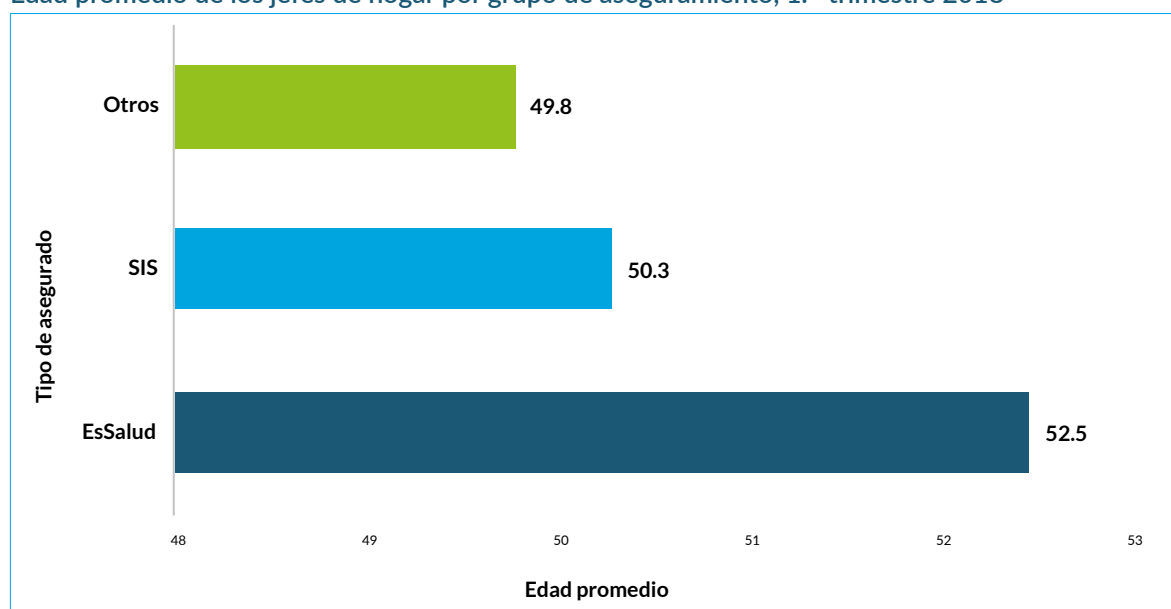


Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

El siguiente gráfico muestra la edad promedio de los jefes de hogar en los tres grupos de aseguramiento. Como se denota, la edad promedio de los jefes de hogar asegurados en EsSalud es mayor en comparación con los otros dos grupos de asegurados, con un valor de 52.5 años. Los jefes de hogar asegurados en el SIS tienen una edad promedio de 50.3 años, mientras que los pertenecientes a Otros Asegurados son los más jóvenes, con un promedio de edad de 49.8 años.

Gráfico 49.

Edad promedio de los jefes de hogar por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018



Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

En el siguiente cuadro se observa la distribución porcentual de los asegurados de acuerdo con su idioma o lengua materna. En los tres grupos de asegurados, el castellano es la lengua predominante. Sin embargo, en el caso del SIS el porcentaje de asegurados que hablan castellano como su lengua materna es relativamente menor al compararlo con EsSalud y Otros Asegurados. Mientras que el castellano es hablado por el 96.7% y el 93.1% de Otros Asegurados y de EsSalud, respectivamente, en el caso del SIS este porcentaje es del 76.1%. En contraposición, el quechua es hablado por el 19% de los asegurados del SIS y en el caso de EsSalud y Otros Asegurados es hablado por el 5.6% y el 2.1% del total, respectivamente. El aimara es la lengua materna del 2% de los asegurados del SIS. En el caso de EsSalud y Otros, el aimara es la lengua materna del 0.7 y del 0.1% de los asegurados, respectivamente. Además, el 2.2% de los asegurados del SIS habla otra lengua nativa. En menor porcentaje para los tres grupos de aseguramiento se habla portugués, otra lengua extranjera y lengua de señas peruanas.

Cuadro 36.

Distribución porcentual del idioma o lengua materna por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018

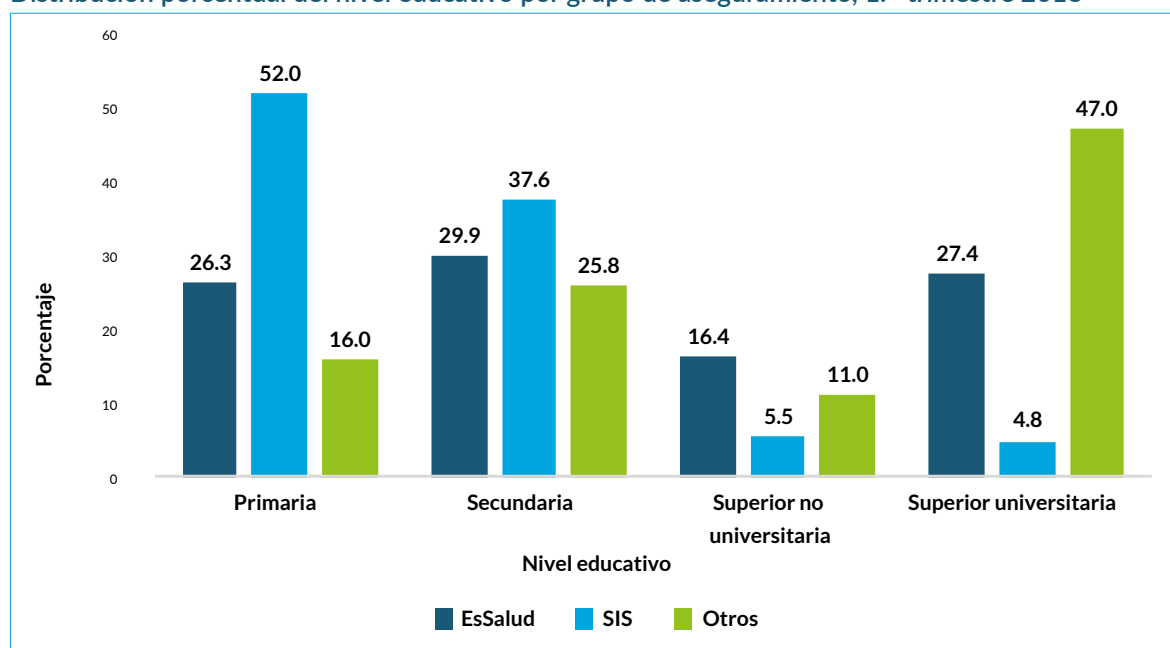
Idioma o lengua materna	EsSalud	SIS	Otros
Castellano	93.1	76.1	96.7
Quechua	5.6	19.0	2.1
Aimara	0.7	2.0	0.1
Portugués	0.3	0.3	0.5
Otra lengua nativa	0.2	2.2	0.1
Otra lengua extranjera	0.2	0.1	0.3
Lengua de señas peruanas	0.0	0.1	0.0
No escucha / No habla	0.0	0.2	0.0

Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

4.2.2 Perfil educativo

El siguiente gráfico muestra el mayor nivel educativo alcanzado por los asegurados. En el caso de EsSalud, se denota que secundaria es el nivel donde se concentra el mayor porcentaje de asegurados (29.9%). Además, poco más de una cuarta parte de los asegurados de EsSalud cuenta con educación superior universitaria (27.4%), seguido del 26.3% que cuenta con educación primaria. Por último, el nivel educativo que concentra al menor porcentaje de asegurados de EsSalud es la educación superior no universitaria (16.4%). En el caso del SIS, el 89.6% de sus asegurados se concentran en educación primaria y educación secundaria. En este grupo de aseguramiento, la educación superior no universitaria y universitaria concentran juntas al 10.3% de los asegurados. En contraste, el grupo de Otros Asegurados se concentra mayoritariamente en el nivel educativo de educación superior universitaria (47%). En este grupo la educación secundaria concentra al 25.8% de los asegurados, seguido de primaria (16%) y educación superior no universitaria (11%).

Gráfico 50.
Distribución porcentual del nivel educativo por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018

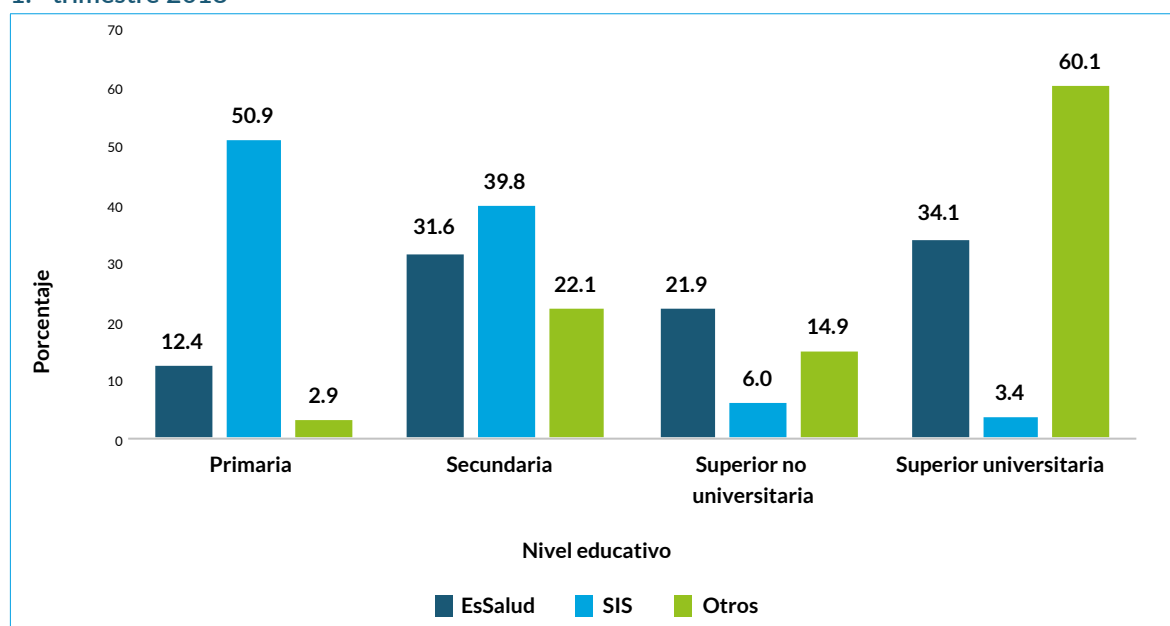


Nota: primaria incluye educación inicial, educación básica especial y a los que no tienen nivel de educación. Superior universitaria incluye posgrado.

Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

En el siguiente gráfico se presenta el perfil educativo de los jefes de hogar. A diferencia de la desagregación por persona, en el caso de los asegurados de EsSalud, los jefes de hogar se concentran principalmente en el nivel de educación superior universitaria (34.1%). Secundaria en este caso agrupa al 31.6%, seguido de la educación superior no universitaria (21.9%) y, por último, de primaria (12.4%). Al igual que en la desagregación por persona para los asegurados del SIS, los jefes de hogar de este grupo cuentan mayoritariamente con educación primaria y secundaria, niveles que agrupan el 90.7%. El restante porcentaje se ubica en educación superior no universitaria (6%) y educación superior universitaria (3.4%).

Gráfico 51.
Distribución porcentual del nivel educativo de los jefes de hogar por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018



Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

4.2.3 Perfil laboral

La PEA asegurada por EsSalud representa el 73.6% de este grupo de aseguramiento. En el siguiente cuadro se observa la desagregación de esta población en ocupados y desocupados. La gran mayoría de los asegurados de EsSalud están ocupados (71.5%), mientras que tan solo el 1.6% se clasifica como desocupado abierto y el 0.5% se agrupan como desocupados ocultos¹⁹. En el caso de los asegurados del SIS, el porcentaje de ocupados desciende al 67.2% y agrupa más desocupados abiertos y ocultos en comparación con EsSalud (4% en total). El porcentaje de ocupados es aún más bajo en el caso de Otros Asegurados, cifra que se ubica en el 57.4%. El porcentaje de desocupados, tanto abiertos como ocultos, asciende al 3.7%. Por último, el porcentaje de asegurados fuera de la PEA es menor en el caso de EsSalud (26%). Para el grupo de aseguramiento del SIS, este porcentaje asciende al 28.6% y en el caso de Otros Asegurados se ubica en el 38.3%.

Cuadro 37.

Indicadores de la PEA por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018

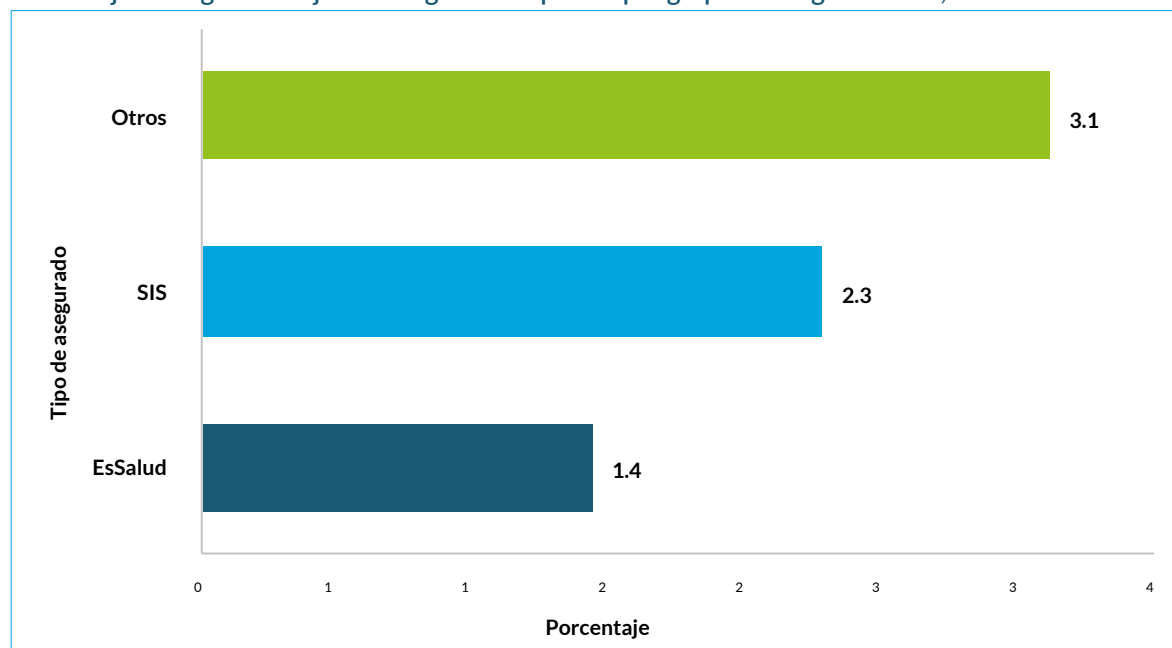
Indicador PEA	EsSalud	SIS	Otros
Ocupado	71.5	67.2	57.4
Desocupado abierto	1.6	2.8	2.8
Desocupado oculto	0.5	1.2	0.9
No PEA	26.0	28.6	38.3

Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

En el siguiente gráfico se observa el porcentaje de jefes de hogar dentro de cada grupo de aseguramiento con la condición de desocupados. EsSalud presenta el menor porcentaje de jefes de hogar desocupados, con el 1.4% del total de hogares. Seguido de este grupo se ubica el SIS, con el 2.3% de jefes de hogar en condición de desempleo. Por último, el mayor porcentaje de jefes de hogar desempleados se ubica en Otros Asegurados, con un 3.1%.

Gráfico 52.

Porcentaje de hogares con jefe de hogar desempleado por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018

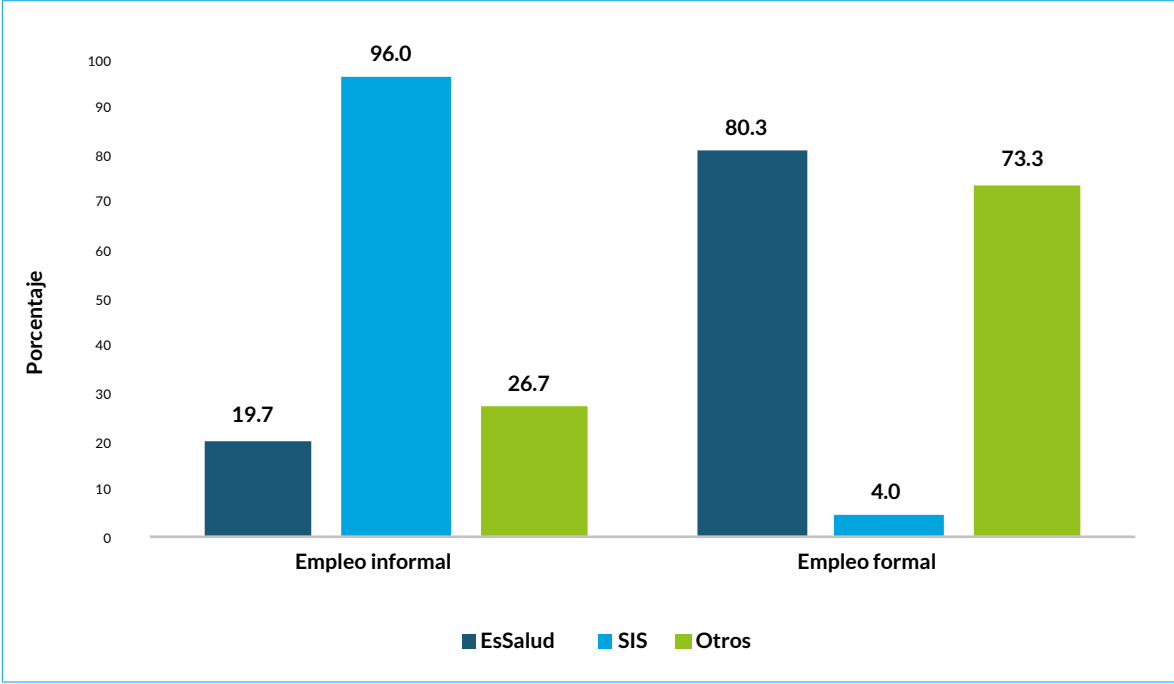


Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

¹⁹ De acuerdo con el INEI, los desocupados ocultos son aquellos inactivos con deseos de trabajar.

Otro elemento para considerar es la informalidad del empleo de los asegurados²⁰. En el siguiente gráfico se observa que el menor porcentaje de asegurados con la condición de empleo informal corresponde a EsSalud (19.7%). En contraste, el del SIS es el grupo de aseguramiento con mayor porcentaje de informalidad, pues concentra el 96% de asegurados en dicha condición. La categoría de Otros Asegurados concentra el 26.7% de afiliados en condición de empleo informal.

Gráfico 53.
Condición de informalidad por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018



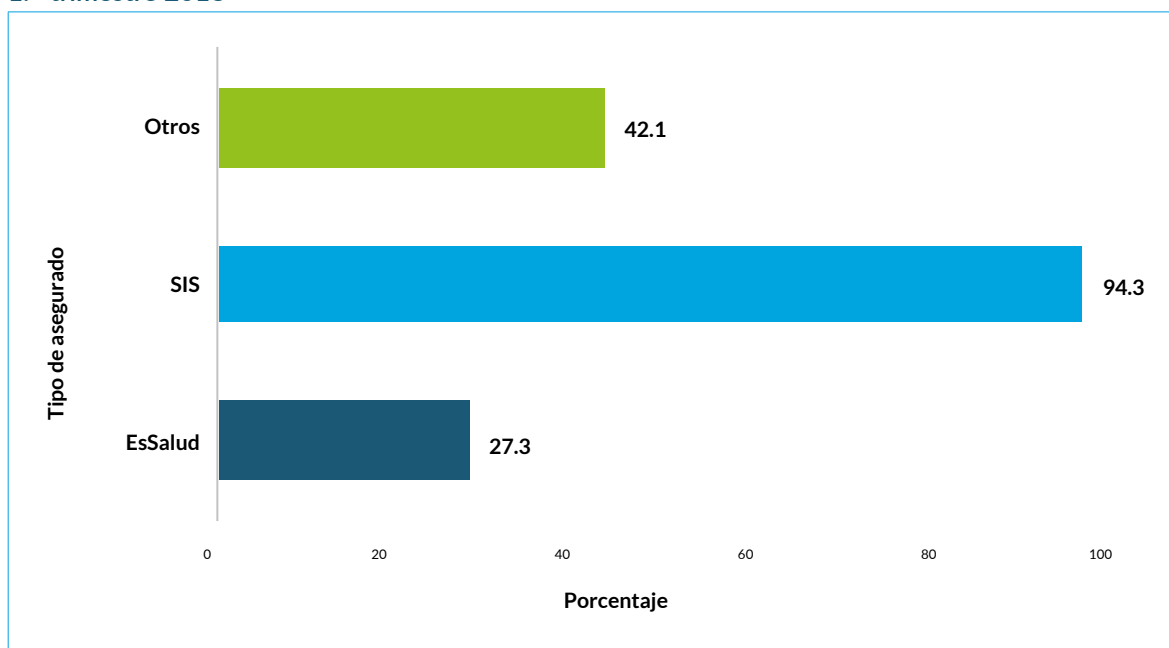
Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

Como se puede apreciar en el siguiente gráfico, el 27.3% de los jefes de hogar en el grupo de aseguramiento de EsSalud se encuentra en una condición de empleo informal. Este porcentaje es el más bajo de los tres grupos de aseguramiento comparados, el cual asciende al 42.1% en el caso de Otros Asegurados y al 94.3% en el grupo del SIS.

²⁰ El concepto de empleo informal adoptado por el INEI es el siguiente:
El empleo informal está referido al total de empleos que cumplen las siguientes condiciones, según la categoría de ocupación del trabajador:
i) Los patronos y cuenta propia cuya unidad productiva pertenece al sector informal.
ii) Los asalariados sin seguridad social financiada por su empleador.
iii) Los trabajadores familiares no remunerados, independientemente de la naturaleza formal o informal de la unidad productiva donde labora.
Pese a lo anterior, el análisis del perfil asegurado presentado en este apartado incluye a todas las personas afiliadas a EsSalud sin hacer distinción de si son asegurados directos o no. Debido a lo anterior, las personas con empleo informal pueden representar personas con empleo informal que están cubiertas por el seguro de EsSalud a través de un familiar en calidad de asegurado directo.

Gráfico 54.

Porcentaje de hogares con jefe de hogar en condición de informalidad por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018

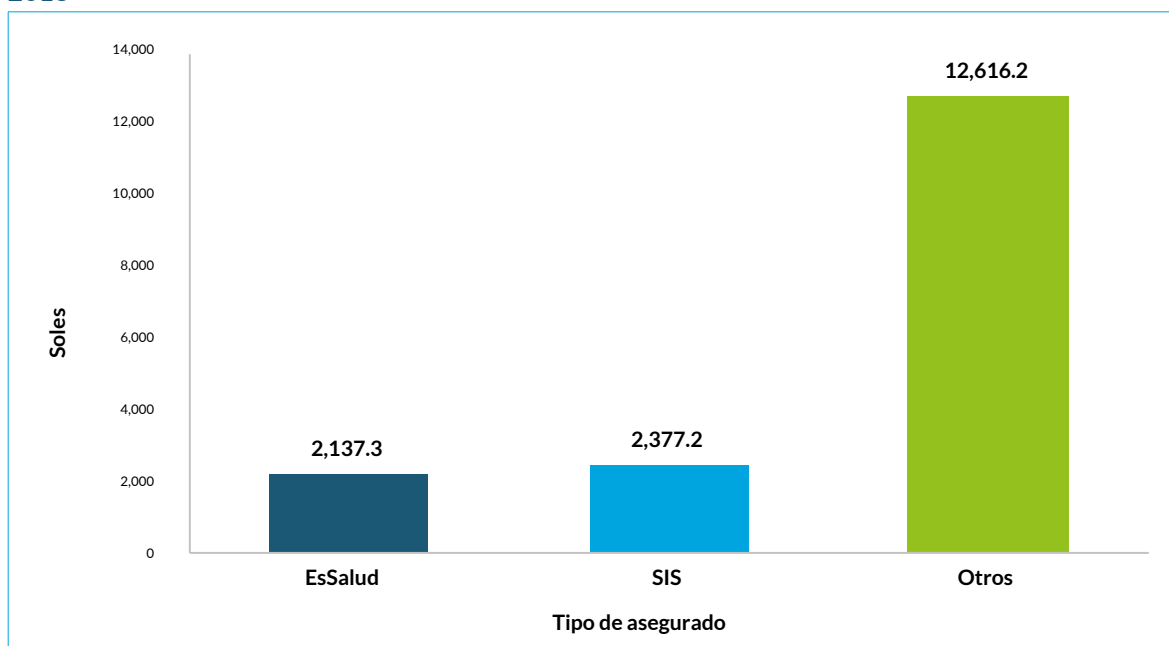


Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

El siguiente gráfico muestra el salario laboral mensual promedio de los asegurados²¹. Como puede observarse, el grupo de Otros Asegurados es el que tiene el mayor ingreso laboral promedio (12,616.2 soles). El SIS presenta un ingreso laboral promedio de 2,377.2 soles. Por último, EsSalud es el grupo de aseguramiento con el menor salario laboral, con un valor de 2,137.3 soles.

Gráfico 55.

Ingreso laboral mensual promedio de principal ocupación por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018



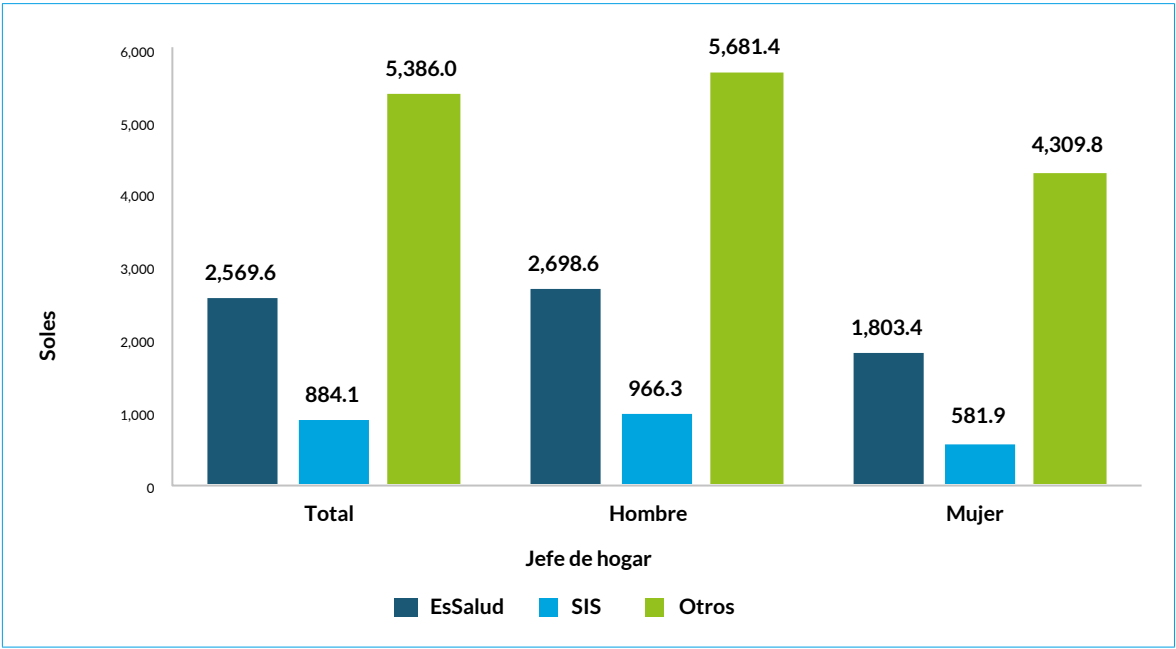
Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

²¹ Este valor incluye los ingresos laborales de las personas que declararon recibir sueldo o salario, así como de aquellos que son empleados u obreros.

De acuerdo con información de los sueldos declarados a EsSalud, durante el 2017 el salario promedio de los asegurados rondó los 1,919.99 soles²². El 80% de los asalariados se encuentra en un rango de sueldo menor o igual a 1,999 soles. El sueldo promedio de los hombres asciende a 2,120 soles y para las mujeres desciende a 1,629 soles. En el caso de los hombres, el 87.60% se encuentra por debajo de un valor de 2,999 soles, mientras que el 84.53% de las mujeres se ubican en un rango de sueldo menor de 1,999 soles. Estos valores son cercanos a los declarados en la Encuesta Nacional de Hogares anteriormente presentados.

El salario laboral promedio de los jefes de hogar se observa en el siguiente gráfico. Del total de jefes de hogar se denota que los pertenecientes al grupo de Otros Asegurados presentan el mayor ingreso promedio, con 5,386 soles. Los jefes de hogar de EsSalud tienen un ingreso laboral promedio de 2,569.6 soles. En el caso de los jefes de hogar del SIS, este valor desciende a 884.1 soles. Una desagregación por sexo muestra diferencias relevantes. En los tres grupos de aseguramiento, el ingreso laboral promedio de los jefes de hogar hombres es mayor que en el de las mujeres. La mayor brecha salarial se presenta en el caso del grupo de aseguramiento del SIS. En este grupo los jefes de hogar hombres ganan en promedio un 66.1% más que las mujeres jefas de hogar. En el caso de EsSalud, este porcentaje desciende al 49.6% y para Otros Asegurados al 31.8%.

Gráfico 56.
Ingreso laboral promedio de principal ocupación del jefe de hogar por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018

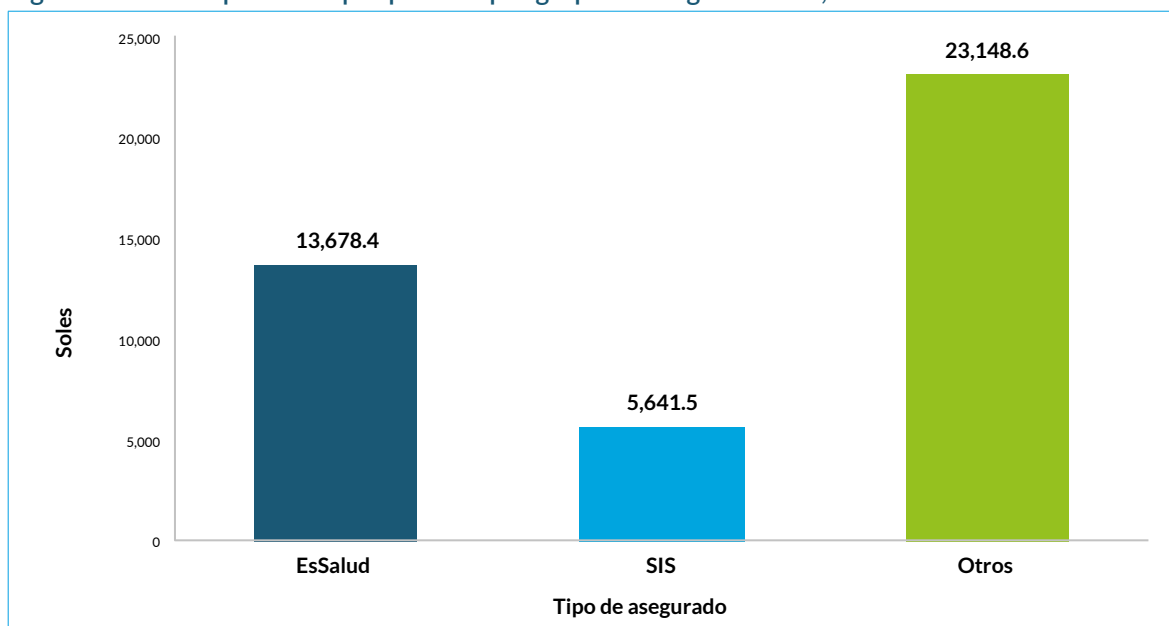


Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

4.2.4 Condiciones socioeconómicas

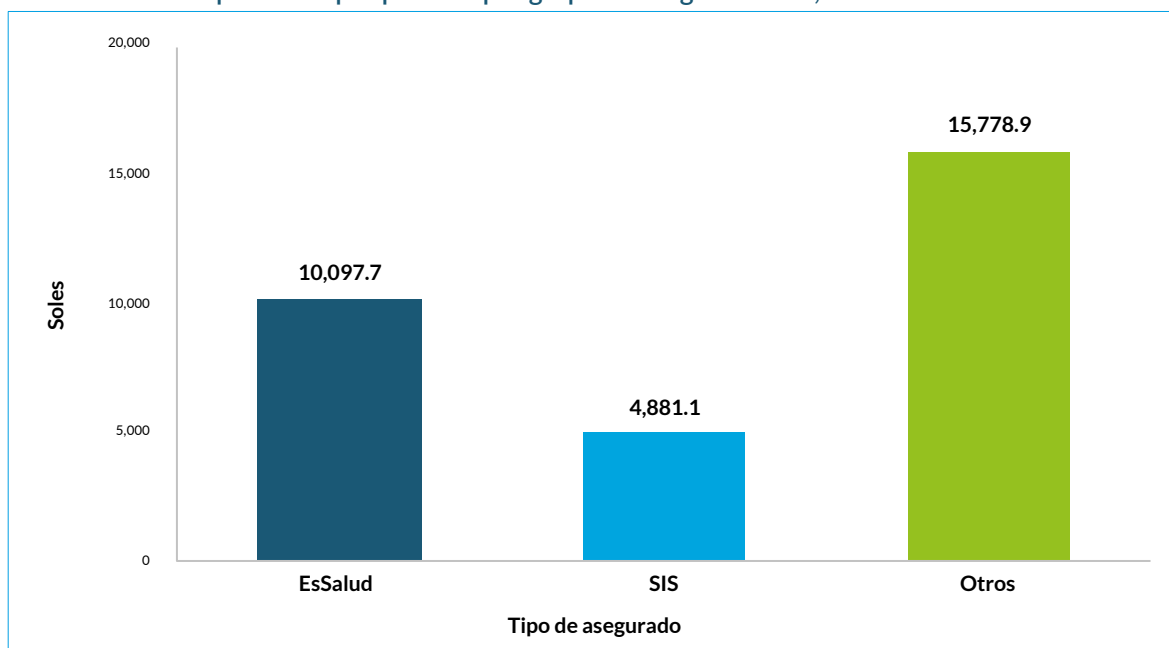
Los ingresos netos promedio de los asegurados se presentan en el siguiente gráfico. El grupo de Otros Asegurados tiene el mayor nivel de ingresos promedio. Este ingreso es un 69% mayor que los ingresos promedio de EsSalud y un 310% mayor que los ingresos promedio del SIS. El ingreso promedio EsSalud es 13,678.4 soles. Esta cifra corresponde a 5,614.5 soles en el caso del SIS y 23,148.6 soles para Otros Asegurados.

²² Se obtuvo a partir de información de los rangos de los sueldos de los cotizantes de EsSalud, aplicando la siguiente fórmula: $\frac{\sum_i^n (\text{Punto medio de rango}_i \times \text{Número de cotizantes de rango}_i)}{\text{Número total de cotizantes}}$

Gráfico 57.**Ingreso total neto promedio por persona por grupo de aseguramiento, 2017**

Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

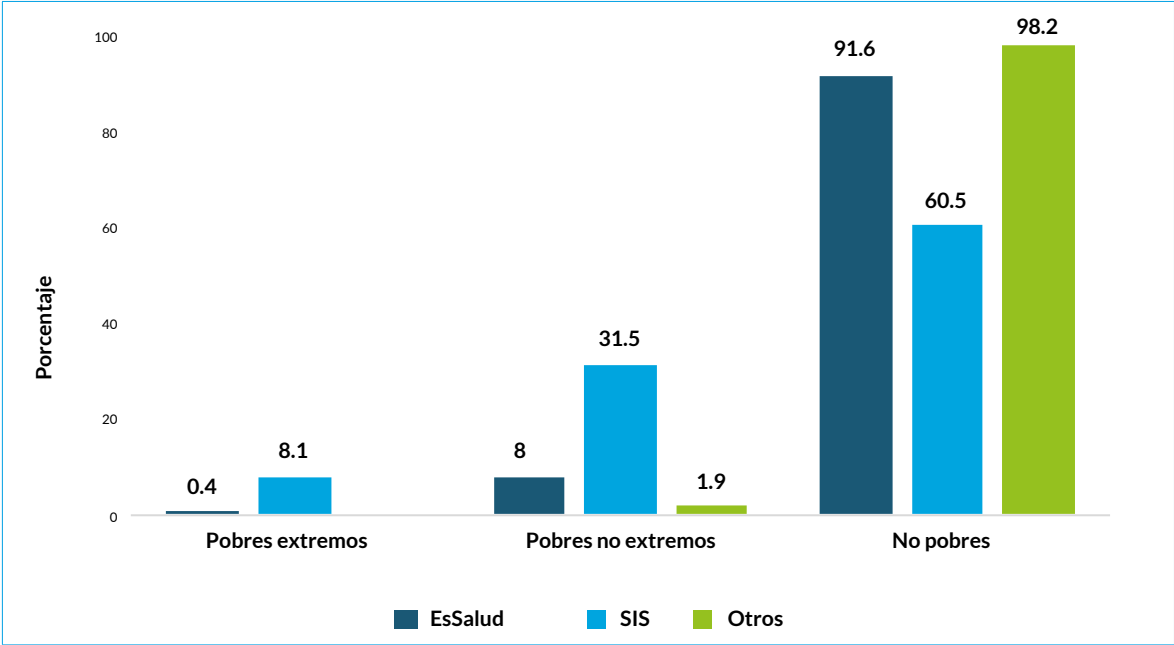
El siguiente gráfico muestra el gasto promedio de los asegurados. Al igual que en los ingresos, el gasto promedio es mayor para los asegurados del grupo de Otros Asegurados. El gasto promedio de este grupo de aseguramiento es un 56% mayor que el grupo de asegurados de EsSalud y un 223% mayor que el grupo de Otros Asegurados. El gasto promedio por persona en el grupo de aseguramiento de EsSalud es 10,097.7 soles, en el caso del SIS este valor desciende a 4,881.1 soles y se ubica en 15,778.9 soles para Otros Asegurados.

Gráfico 58.**Gasto bruto total promedio por persona por grupo de aseguramiento, 2017**

Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

El siguiente gráfico muestra el porcentaje de hogares determinados como pobres en términos monetarios, según grupo de aseguramiento. La pobreza se presenta en mayor porcentaje en los hogares bajo el aseguramiento del SIS, seguido de los hogares asegurados por EsSalud. La pobreza extrema ataca al 0.4% de los hogares asegurados por EsSalud, en el caso del SIS este porcentaje asciende al 8.1%. El grupo de Otros Asegurados no presenta hogares con pobreza extrema. Los pobres no extremos del grupo de EsSalud representan el 8% del total de hogares del grupo. En el caso del SIS, este porcentaje asciende al 31.5%, mientras que para Otros Asegurados es tan solo del 1.9%.

Gráfico 59.
Indicadores de pobreza por grupo de aseguramiento, 2017



Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

El siguiente gráfico muestra el porcentaje de hogares con NBI en cada una de las cinco categorías de necesidades básicas y por grupo de aseguramiento. En todos los casos se denota que el grupo de aseguramiento del SIS concentra un mayor porcentaje de hogares según NBI, al compararlo con EsSalud y Otros Asegurados. Además, el grupo de Otros Asegurados es el que presenta el menor porcentaje de hogares por NBI, en comparación con EsSalud y el SIS.

La primera NBI hace referencia a vivienda inadecuada. En este caso el 9.5% de los hogares del grupo de aseguramiento del SIS presenta la insatisfacción de esta necesidad. En el caso de EsSalud, ese porcentaje se ubica en el 1.9% y para Otros Asegurados es tan solo el 0.3%.

La segunda NBI está relacionada con viviendas con hacinamiento. De los hogares asegurados con EsSalud, el 2.1% residen en una vivienda con estas características. Este indicador asciende al 10% en el caso del SIS y al 0.9% para Otros Asegurados. Esta NBI es la de mayor incidencia para el grupo de Otros Asegurados.

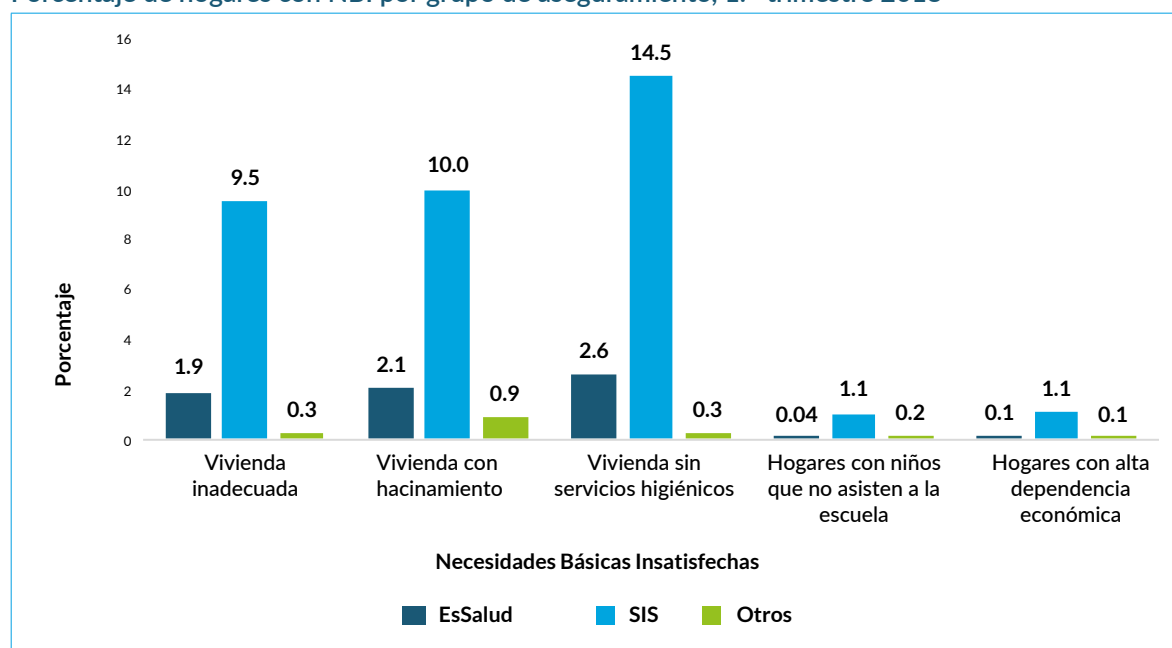
La tercera NBI, vivienda sin servicios higiénicos, es la que más se presenta en los grupos de aseguramiento de EsSalud y del SIS. EsSalud agrupa el 2.6% de hogares que no cuentan con esta necesidad básica y el SIS concentra el 14.5%. Por último, Otros Asegurados agrupan al 0.3% de sus asegurados habitando en viviendas hacinadas.

En comparación con las primeras tres NBI presentadas, la cuarta NBI, hogares con niños que no asisten a la escuela, presenta una menor incidencia. El 0.04% de los hogares dentro del grupo de aseguramiento de EsSalud cuentan con dicha condición. Este porcentaje asciende en el caso del SIS al 1.1% y disminuye al 0.2% para Otros Asegurados.

Por último, la quinta NBI se refiere a hogares con alta dependencia económica. Al igual que en el caso de la anterior NBI, esta presenta una baja incidencia en los grupos de aseguramiento. El 0.1% de los hogares de EsSalud y de Otros Asegurados cuentan con dicha condición, mientras que en el caso del SIS asciende al 1.1% de los hogares.

Gráfico 60.

Porcentaje de hogares con NBI por grupo de aseguramiento, 1.º trimestre 2018



Fuente: elaboración propia con datos de la ENAHO (2018).

5.

Breve descripción del Seguro Social de Salud (EsSalud)

Este apartado resume las principales características del seguro de salud, tanto en su operación administrativa y legal como en los distintos componentes del seguro mismo. Incluye aspectos como grupos beneficiarios, cotizaciones, prestaciones y beneficios y redes asistenciales, entre otros²³.

5.1 Marco legal

Una primera sección resume el marco legal-normativo sobre el cual se desarrolla el trabajo del Seguro, contemplando tanto la Ley Marco de Aseguramiento como aquella relacionada con la creación y operación de EsSalud propiamente dicha. Finalmente, también se contemplan otras piezas legales.

5.1.1 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud - Ley N° 29344

La Ley N° 29344 en su artículo 1° determina como su objetivo establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud garantizando el derecho de toda persona a la seguridad social. A su vez, se norma el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento. Se debe considerar que esta ley es aplicable a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas. El aseguramiento universal pretende que la población pueda acceder a un conjunto de prestaciones de salud, ya sean tanto de carácter preventivo, promocional, recuperativo como de rehabilitación. A continuación, se listan los principios y las características del aseguramiento universal en salud.

Cuadro 38.
Principios y características del aseguramiento universal

Principios	Características
Universalidad	Obligatorio
Solidaridad	Progresivo
Unidad	Garantizado
Integralidad	Regulado
Equidad	Descentralizado
Irreversibilidad	Portable
Participativo	Transparente
	Sostenible

Fuente: Ley N° 29344.

²³ En su gran mayoría, este apartado se sustenta en lo establecido en el *Manual Institucional* de EsSalud (2008), en la información de la página web y en otra información que permitiera actualizar lo que ha sido modificado desde la publicación de dicho manual.

Además, tal y como se menciona en la Ley N° 29344, las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud son instituciones que administran los fondos destinados a prestaciones y también ofrecen coberturas de riesgos de salud a los afiliados. A continuación, se indican dichas instituciones:

1. Seguro Integral de Salud.
2. Seguro Social de Salud (EsSalud).
3. Sanidades de las Fuerzas Armadas.
4. Sanidad de la Policía Nacional del Perú.
5. Entidades Prestadoras de Salud (EPS).
6. Compañías de Seguros Privados de Salud.
7. Entidades de salud que ofrecen servicios de salud prepagadas.
8. Autoseguros y fondos de salud.
9. Otras modalidades de aseguramiento públicos, privados o mixtos distintas a las señaladas anteriormente.

En línea con lo indicado, es importante tener en cuenta que las instituciones prestadoras de servicios de salud son entidades públicas, privadas o mixtas categorizadas y acreditadas por la autoridad competente. Están registradas en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, cuyo organismo es público, adscrito al Ministerio de Salud y con autonomía técnica. Dicha Superintendencia tiene como finalidad velar por las siguientes cuestiones:

1. El aseguramiento universal en salud y su promoción.
2. El uso eficiente y oportuno de los fondos destinados a dicho proceso.
3. La calidad, puntualidad, eficiencia y eficacia de la provisión de las prestaciones.
4. La reglamentación de la recolección, transferencia y difusión de la información por parte de los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal.
5. El establecimiento de mecanismos de conciliación y arbitraje entre los usuarios y las instituciones prestadoras y financiadoras, vinculados al proceso de aseguramiento universal en salud.
6. La transparencia y accesibilidad de la información en resguardo de los derechos de los asegurados.
7. Otras que se le asigne por ley, para el mejor cumplimiento de la supervisión del proceso de aseguramiento universal en salud.

Según dicha ley, el Directorio de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud está integrado por:

- a. Dos representantes del Ministerio de Salud, uno de los cuales lo preside.
- b. Un representante del Ministerio de Economía y Finanzas.
- c. Un representante del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.
- d. Un representante del Ministerio de Trabajo y Promoción Social.

El Presidente y los miembros del Directorio son nombrados por resolución suprema.

Ahora bien, en el siguiente cuadro se muestran los grupos de planes de aseguramiento en salud.

Cuadro 39.
Planes de aseguramiento

Planes	Características
Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)	Lista de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud. Dicho plan es ofertado de manera obligatoria. Este plan es elaborado considerando las siguientes cuestiones: 1) Estudios de carga y epidemiológicos que muestran la salud de la población. 2) Beneficios compatibles con las prioridades sanitarias. 3) Manejo integral de la persona. 4) Prestación de atención a la población sana. 5) Análisis de diagnósticos y procedimientos médicos contenidos en planes existentes, entre otros. Este plan es evaluado cada dos años.
Planes complementarios	Estos planes son para complementar el PEAS; no obstante, tanto la regulación como la fiscalización están a cargo de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
Planes específicos	EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú se mantienen vigentes para los nuevos afiliados.

Fuente: Ley N° 29344.

En la ley anteriormente mencionada, los peruanos son beneficiarios del PEAS en su condición de afiliados a los regímenes que se detallan en el siguiente cuadro. Cabe destacar que las fuentes de financiamiento de los regímenes subsidiado y semicontributivo son los asignados por el Estado en la Ley N° 29344, los aportes y las contribuciones que realicen los afiliados, los fondos que los gobiernos regionales y locales asignan basándose en la adecuación del PEAS y otros que puedan surgir por ley. Para el caso de las enfermedades que tienen un alto costo de atención y que no estén incluidas en el PEAS, estas pueden ser financiadas bajo el régimen subsidiado y semicontributivo con el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL).

Cuadro 40.
Regímenes de aseguramiento

Régimen	Características
Contributivo	Vinculación de las personas por medio de un pago o cotización, sea por cuenta propia o de su empleador.
Subsidiado	Personas afiliadas a través de un financiamiento público. Está dirigido a la población más vulnerable y de menores recursos económicos, y es otorgado por medio del Seguro Integral de Salud.
Semicontributivo	Personas afiliadas mediante financiamiento público parcial y aportes de los asegurados y empleadores, según sea el caso.

Fuente: Ley N° 29344.

5.1.2 Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud) - Ley N° 27056

La Ley N° 27056 de 1999 creó el Seguro Social de Salud (EsSalud) y estableció en su artículo 1 lo siguiente:

Artículo 1. Creación, definición y fines

1.1 Créase sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social, el Seguro Social de Salud (EsSalud) como organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera presupuestal y contable.

1.2 Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

Asimismo, en su artículo 2, la ley establece como principales funciones asignadas a EsSalud las siguientes: i) administrar el régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud y otros seguros de riesgos humanos; ii) inscribir a los asegurados y entidades empleadoras; iii) recaudar, fiscalizar, determinar y cobrar las aportaciones y demás recursos establecidos en la ley; iv) invertir los fondos administrados procurando su rentabilidad, seguridad y estabilidad; v) realizar actos jurídicos necesarios para el cumplimiento de las funciones; vi) desarrollar programas de prevención de la salud ocupacional y riesgos profesionales; vii) apoyar a la población afectada por siniestros y catástrofes; entre otras funciones.

Al igual que otros seguros, EsSalud brinda diferentes prestaciones, que se enumeran en el siguiente cuadro.

Cuadro 41.
Prestaciones que otorga EsSalud

Prestaciones	¿Qué comprende?
De prevención y promoción de la salud	Educación para la salud, evaluación y control de riesgos e inmunizaciones.
De recuperación de la salud	Atención médica, medicinas e insumos médicos, prótesis y aparatos ortopédicos imprescindibles y servicios de rehabilitación.
De bienestar y promoción social	Actividades de proyección, ayuda social y de rehabilitación para el trabajo.
Económicas	Subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y prestaciones por sepelio.
De maternidad	Cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto, extendiéndose al período de puerperio y al cuidado de la salud del recién nacido.

Fuente: Ley N° 27056.

Asimismo, el ámbito de aplicación de EsSalud comprende a los trabajadores que realizan actividades dependientes, independientes, del campo, del mar y pensionistas, así como a sus derechohabientes. También abarca a las poblaciones afectadas por siniestros o catástrofes, a las personas con discapacidad física o mental, que carecen de ingresos, que sufren pena privativa de la libertad, ingresan al país en calidad de turistas y a los trabajadores que desempeñan servicio al Estado fuera del país, así como a los escolares y universitarios, entre otros.

5.1.3 Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud - Ley N° 26790 y sus modificaciones - Ley N° 28791

Según el artículo 1, la Seguridad Social en Salud se fundamenta en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas. Se desarrolla en un marco de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud.

Se indica, además, que el Ministerio de Salud tiene a su cargo el Régimen Estatal con el objeto principal de otorgar atención integral de salud a la población de escasos recursos que no tiene acceso a otros regímenes o sistemas. Dicho régimen se financia con recursos del Tesoro Público y brinda atención

a través de la red de establecimientos del Estado, así como mediante otras entidades públicas o privadas que cuenten con convenios para tal efecto.

Cabe resaltar que la cobertura que brinda dicho seguro a los afiliados es a través de prestaciones de prevención, recuperación y subsidios para el cuidado de la salud y bienestar social, trabajo y enfermedades a causa de la profesión que desempeñan.

Tal y como se menciona en dicha ley, las prestaciones están a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y se complementa con los planes y programas de salud brindados por las EPS debidamente acreditadas, financiando las prestaciones mediante los aportes y otros pagos que correspondan con arreglo a ley.

Los afiliados regulares o potestativos y sus derechohabientes son los asegurados del Seguro Social de Salud. En el siguiente cuadro se muestran los aportes por afiliación, que son de carácter mensual.

Cuadro 42.
Aportes por afiliación

Afiliados	Aportes
Regulares en actividad	Trabajadores bajo relación de dependencia como los socios de cooperativas, equivale al 9% de la remuneración o ingreso.
Regulares pensionistas	Equivale al 4% de la pensión.
Afiliados potestativos	El aporte de los afiliados potestativos es el que corresponde al plan elegido por cada afiliado.

Fuente: Ley N° 26790 y Ley N° 28791.

Las diferentes prestaciones del Seguro Social de Salud son las siguientes:

- Prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud.
- Prestaciones de bienestar y promoción social.
- Prestaciones en dinero correspondientes a subsidios por incapacidad temporal y maternidad.
- Prestaciones por sepelio.
- Prestaciones por lactancia.

Es importante resaltar que las prestaciones mencionadas en ningún caso podrán tener una cobertura inferior al PEAS, según se establece en los reglamentos. El siguiente cuadro muestra el derecho de las prestaciones del Seguro Social de Salud.

Cuadro 43.
Derecho de cobertura

Afiliados	Derecho a la cobertura
Afiliados y derechohabientes	Siempre que se cuente con tres meses de aportación consecutivos o con cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendario anteriores al mes en que se inició la contingencia, y que la entidad empleadora haya declarado y pagado o se encuentre en fraccionamiento vigente las aportaciones de los doce meses anteriores a los seis meses previos al mes de inicio de la atención. En caso de accidente solamente se requiere que exista afiliación.
Afiliados regulares	Periodos de aportación que determinan la obligación de la entidad empleadora de declarar y pagar los aportes.
Afiliados potestativos	Corresponde a los aportes efectivamente cancelados.
Caso especial: desempleados	Prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud durante un periodo de latencia no menor de seis meses ni mayor de doce, siempre que cuenten con un mínimo de treinta meses de aportación durante los tres años precedentes al cese.

Fuente: Ley N° 26790 y Ley N° 28791.

Sin perjuicio de lo indicado anteriormente, los subsidios se rigen por las siguientes reglas:

Cuadro 44.
Derecho por subsidio

Subsidios	Derecho por subsidio
Por incapacidad temporal	Tienen derecho al subsidio en dinero los afiliados regulares en actividad. Equivale al promedio diario de las remuneraciones de los últimos 12 meses calendario inmediatamente anterior al mes en que se inicia la contingencia. Si el total de los meses de afiliación es menor de 12, el promedio se determinará en función a los que tenga el afiliado. El subsidio se adquiere a partir del vigésimo primer día de incapacidad hasta un máximo de 11 meses y 10 días consecutivos.
Por maternidad y lactancia	Tienen derecho al subsidio por maternidad en dinero las afiliadas regulares en actividad. Se otorga por 90 días, en los periodos inmediatamente anteriores o posteriores al parto, conforme lo elija la madre, a condición que durante esos periodos no realice trabajo remunerado. La determinación del subsidio se establece de acuerdo con el promedio diario de las remuneraciones de los 12 últimos meses. Si el total de meses de afiliación es menor de 12, se determina en función de los que tenga el afiliado. Se otorga el subsidio por lactancia en dinero para contribuir con el cuidado del recién nacido, de acuerdo con las normas que fija el IPSS.

Fuente: Ley N° 26790 y Ley N° 28791.

Asimismo, las prestaciones por sepelio cubren los servicios funerarios por la muerte del asegurado regular, sea activo o pensionista, basado en las normas fijadas por EsSalud.

Además, con el objetivo de autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las EPS y prevenir el uso correcto de los fondos de dichas entidades, se creó la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS), actual SUSALUD. Se trata de un organismo público descentralizado del sector de salud, con personería de derecho público interno, que se financia con recursos propios constituidos por los derechos que cobra a las entidades sujetas a su control.

Del mismo modo, los empleadores que brinden seguros de salud a sus colaboradores en actividad, mediante servicios propios o a través de planes o programas de salud contratados con EPS, podrán obtener un crédito basado en las aportaciones.

5.1.4 Ley de los Trabajadores del Hogar - Ley N° 27986

La Ley N° 27986 regula las relaciones laborales de los trabajadores del hogar. Se trata de las personas que realizan labores de aseo, cocina, lavado, asistencia, cuidado de niños y las demás tareas para la conservación de una residencia o casa de habitación que no importen lucro o negocio para el empleador o sus familiares.

Según dicha Ley, el contrato de trabajo se puede realizar de forma escrita o verbal. Cabe resaltar que el monto de la remuneración de los trabajadores del hogar se da por acuerdo libre de las partes y que debe ser pagado por periodos mensuales, quincenales o semanales. Asimismo, el empleador tiene como obligación suministrar la alimentación u hospedaje al trabajador del hogar, si bien esto no se considera parte de la remuneración.

En caso de que el trabajador renuncie al empleo, deberá dar un preaviso de quince días; no obstante, el empleador podrá eximirlo de dicho plazo. En la misma línea, otras causas del contrato de trabajo pueden ser las siguientes: i) por muerte de una de las partes; ii) por mutuo acuerdo; iii) por jubilación del trabajador, o iv) por falta grave.

Adicionalmente, cuando finaliza la relación laboral existe una compensación por el tiempo de servicio brindado. Esta equivale a quince días por cada año trabajado, la paga el empleador y debe ser cancelada en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas. Esta compensación también puede abonarse al finalizar cada año de servicio. En el siguiente cuadro se resume la información sobre descanso semanal, días feriados, vacaciones y gratificaciones.

Cuadro 45.

Descanso semanal, días feriados, vacaciones y gratificaciones

Descanso semanal	Veinticuatro horas de descanso continuo por semana.
Trabajo en días feriados	Descanso remunerado los días feriados señalados bajo actividad privada.
Vacaciones	Descanso remunerado de quince días luego de un año continuo de servicio.
Gratificaciones	Derecho a gratificación por Fiestas Patrias y Navidad. Deben ser remuneradas en la primera quincena de julio y diciembre y equivalen a un 50% del pago mensual.

Fuente: Ley N° 27986.

Además, para los trabajadores al servicio del hogar bajo la modalidad “cama adentro”, el tiempo laborado no podrá exceder por día las ocho horas y las cuarenta y ocho horas por semana. Adicionalmente, en caso de que el trabajador quiera estudiar, el empleador deberá brindarle las facilidades para garantizar la asistencia regular al centro de estudios fuera del horario de trabajo.

Los trabajadores bajo la relación de dependencia están comprendidos como asegurados obligatorios. Con respecto a las pensiones, pueden optar por el Sistema Nacional de Pensiones o por el Sistema Privado de Pensiones.

Para el caso de los adolescentes que trabajen al servicio del hogar, les rigen las normas del Código de los Niños y Adolescentes, y adicionalmente la Ley N° 27986 en lo que los beneficie.

5.1.5 Decreto Legislativo N° 1160, que modifica el porcentaje que debe pagar el Seguro Social de Salud (EsSalud) a la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT) por la recaudación de sus aportaciones

Este Decreto Legislativo establece que la comisión será del 1 % y el 0.4% y que estará sujeta a indicadores que deberán ser aprobados por Decreto Supremo, que aún no ha sido promulgado. Esto implica que la comisión que cobra la SUNAT actualmente es del 1%.

5.2 Estructura orgánica de EsSalud

La estructura orgánica de EsSalud está conformada por un Consejo Directivo, al que le corresponde establecer la política institucional y supervisar que esta se efectúe; por el Presidente Ejecutivo, quien es la más alta autoridad ejecutiva y el titular del pliego presupuestal; además, hay un Gerente General, que ocupa el más alto cargo administrativo y debe ser un profesional de primer nivel con estudios adicionales y/o experiencias en áreas de salud. Finalmente, está el Órgano de Auditoría Interna, que tiene como fin contribuir al establecimiento de un sistema de control eficiente y eficaz, verificando que los procesos se lleven a cabo en concordancia con lo señalado.

Figura 4.
Estructura orgánica



Fuente: elaboración propia con datos de EsSalud (2008).

Además, según el capítulo 11 de la Ley N° 27056, los recursos que administra EsSalud se constituyen por los aportes o las contribuciones de los afiliados, incluyendo intereses y multas. También por sus reservas y el rendimiento de las inversiones, así como por los ingresos de los seguros de los riesgos humanos y las prestaciones de salud a no asegurados y cualquier otro ingreso que sea por ley.

En ese sentido, de acuerdo con el capítulo 14 de la Ley N° 27056, el pago de aportaciones por los empleadores de los afiliados regulares es obligatorio. Se debe considerar que EsSalud sanciona a los empleadores que no se inscriben, no inscriben a sus trabajadores, presentan declaraciones falsas tendientes a que se otorguen prestaciones indebidas o no proporcionen los documentos e informaciones que se requieran.

EsSalud es un seguro de amplio alcance en cuanto a su potencial cobertura poblacional y abarca prácticamente a todos los subgrupos de personas que residan en Perú. De esta forma, se incluyen legalmente a grupos como trabajadores asalariados, agrícolas e independientes y sus derechohabientes, pensionistas, extranjeros, personas con discapacidad, en pena privativa de libertad, voluntarios, artistas, estudiantes y quienes se dedican a labores del hogar, entre los más importantes.

5.3 El asegurado y sus derechohabientes

De acuerdo con el *Manual Institucional* de EsSalud, capítulo II, los asegurados son las personas que están afiliadas de forma obligatoria o voluntaria a alguno de los seguros de EsSalud y de esta forma pueden obtener los servicios que brinda. En dicho manual también se especifican los diferentes tipos de asegurados. De acuerdo con el tipo de aseguramiento, corresponden las condiciones, las coberturas y los demás criterios. Ahora bien, dentro del manual se consideran derechohabientes a los familiares directos²⁴ del afiliado titular, quienes gozan también de los beneficios que da el seguro.

²⁴ Familiares directos: cónyuge o concubino (a), hijo (a) menor de edad, hijo (a) mayor de edad con incapacidad en forma total y permanente para trabajar y madre gestante de hijo (a) extramatrimonial.

5.4 Cobertura de afiliación por tipo de seguro y asegurado de salud

EsSalud ofrece diferentes tipos de seguro orientados a distintas poblaciones. El objetivo es brindar oportunidades tanto a aquellos trabajadores asalariados regulares como a otros grupos que, sin cumplir dicha condición, pueden ser afiliados y tener los beneficios del seguro. Estos seguros se presentan a continuación.

5.4.1 Seguro Regular (+ Seguro)

Es el seguro al cual se encuentran afiliados obligatoriamente todos los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o como socios de cooperativas de trabajadores. Incluye además a las personas que reciben pensión de jubilación por incapacidad y de sobrevivencia.

Los beneficiarios de este seguro son los siguientes:

- Trabajador activo.
- Pensionista (ONP o AFP) / Pensionista de la ex Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador (CBSSP).
- Trabajador del hogar.
- Pescador artesanal.
- Trabajador con Contrato Administrativo de Servicios (CAS).

Los empleadores pagan los aportes en el caso de los trabajadores activos. Los pensionistas pagan su aporte respecto de la pensión percibida. Los aportes que deben cancelar los afiliados son los siguientes:

- Remuneración mensual: 9%.
- Pensión mensual: 4%.
- Del valor del producto comercializado: 9%. No podrá ser menor del 9% de la Remuneración Mínima Vital (RMV) vigente.
- De la remuneración mensual: 9%, hasta un monto máximo del 30% de una unidad impositiva tributaria (UIT).

5.4.2 Seguro Agrario (EsSalud)

Se trata de un seguro especial que ofrece prestaciones de salud, económicas y sociales a los trabajadores dependientes e independientes que realizan labores de actividades de cultivo y/o crianza, avícolas, agroindustriales o acuícolas (especies acuáticas). Este seguro no está dirigido a los trabajadores de la industria forestal.

La población a la que se dirige este régimen corresponde a los siguientes trabajadores:

- Agrario dependiente.
- Agrario independiente.
- Actividad acuícola.

Los empleadores pagan un aporte del 4% de la remuneración mensual de los trabajadores agrarios dependientes, que no podrá ser menor de 994.80 soles mensuales. En el caso de los trabajadores agrarios independientes, el cargo es responsabilidad del propio trabajador y equivale al 4% de la RMV vigente.

Los beneficiarios de los asegurados regulares y de los asegurados agrarios son los siguientes:

- La (el) cónyuge o concubina (o).
- Hijos menores de edad.
- Hijos mayores de edad incapacitados en forma total y permanente para el trabajo.
- Madre gestante de hijo extramatrimonial.

Es importante destacar que las coberturas que ofrece el Seguro Regular son iguales que las del Seguro Agrario. Estas otorgan a los afiliados prestaciones de prevención y promoción, de recuperación de la salud, de bienestar y promoción social, económicas y de maternidad, como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 46.
Cobertura del Seguro Regular y del Seguro Agrario

Prestaciones	Cobertura
Prestaciones de prevención y promoción	Educación para la salud, evaluación y control de riesgos e inmunizaciones.
Prestaciones de recuperación de la salud	Atención médica, ambulatoria y de hospitalización, medicinas e insumos médicos, prótesis y aparatos ortopédicos imprescindibles, servicios de rehabilitación.
Prestaciones de bienestar y promoción social	Actividades de proyección, ayuda social y de rehabilitación para el trabajo, orientadas a la promoción de la persona y protección de su salud.
Prestaciones económicas	Pérdida económica derivada de la incapacidad temporal para el trabajo (enfermedad o accidente), del parto, y para contribuir al cuidado del recién nacido. También para el afiliado que demuestre haber efectuado los gastos de los servicios funerarios por la muerte del asegurado titular.
Prestaciones de maternidad	Cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto, extendiéndose al periodo de recuperación y al cuidado de la salud del recién nacido.

Fuente: sitio web de EsSalud.

5.4.3 Seguro Potestativo (+ Salud)

Es un seguro que cubre sus necesidades bajo el Plan de Salud por un pago mensual a cambio de cobertura frente a situaciones inesperadas. Este seguro no requiere de pagos adicionales por consulta médica, días de hospitalización o servicio de emergencia. Como tal, está orientado principalmente a trabajadores independientes, universitarios y emprendedores, entre otros.

Los beneficiarios del Seguro Potestativo son los siguientes:

- Titular (persona mayor de edad).
- Cónyuge o concubino (a).
- Hijo (a) menor o mayor de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo.

Seguidamente se indican las principales coberturas que ofrece este seguro, según lo indicado en el sitio web de EsSalud:

- Atenciones ambulatorias: consultas médicas de todas las especialidades, exámenes clínicos, rayos X, curaciones, atenciones odontológicas, entre otras, que no requieren el internamiento del asegurado.
- Atenciones hospitalarias: atenciones en las que el asegurado debe permanecer internado en un centro de salud por indicación médica.
- Cirugías ambulatorias o con internamiento hospitalario, programadas o de emergencia.
- Emergencias médicas o accidentales: situaciones repentinas e inesperadas que ponen en peligro la vida del asegurado o en grave riesgo su salud, y requieren atención médica y/o quirúrgica inmediata.
- Atenciones de maternidad: relacionadas con la gestación, el nacimiento y puerperio (posparto); así como sus respectivas complicaciones.
- Medicamentos e insumos médicos contenidos en los petitorios institucionales.

Sin perjuicio de lo indicado anteriormente, y según el sitio web de EsSalud, es importante tener en cuenta que el +Salud Seguro Potestativo excluye las siguientes enfermedades:

- Enfermedades preexistentes: son aquellas condiciones de salud o enfermedades que se han iniciado o diagnosticado antes de la contratación del seguro y se refieren al tratamiento de todo tipo de cáncer no comprendido en la lista de condiciones asegurables del PEAS.
- Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria.
- Todo daño derivado de la autoeliminación o lesiones autoinfligidas.
- Trasplantes de órganos y tejidos.
- Insuficiencia renal crónica terminal y tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal.
- Enfermedades raras o huérfanas.
- Consumo de alcohol y drogas ilícitas: enfermedades y/o accidentes, así como sus consecuencias.
- Deportes de alto riesgo (práctica de automovilismo, ala delta, paracaidismo, entre otros).
- Accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales.

Asimismo, sujeto a la autorización médica, el titular afiliado y los dependientes pueden acceder también al Programa de Asistencia Domiciliaria (PADOMI), EsSalud en línea y el Sistema de Transporte Asistido de Emergencia.

Siguiendo en la misma línea, la cobertura de dicho seguro se inicia una vez cumplido el periodo de carencia de tres meses, contados desde el primer día hábil de efectuarse el primer pago del aporte, a partir del cual entra en vigencia el contrato. En caso de presentarse una emergencia, la atención se brinda desde la entrada en vigencia del contrato. Además, se debe considerar que, para la atención de algunas enfermedades o condiciones de salud, este seguro establece periodos de espera para activar la cobertura, los cuales se muestran a continuación.

Cuadro 47.
Periodo de espera para activar algunas coberturas

Condición	Periodo de espera (meses continuos)
Atenciones por maternidad	10
Tratamiento de cáncer	12
Enfermedades congénitas (recién nacido o no diagnosticadas)	24
Tratamiento del VIH, sida y enfermedades relacionadas al VIH	24
Prótesis internas o endoprótesis, tales como marcapaso cardíaco, <i>stent</i> (endoprótesis vascular), prótesis osteoarticulares, cajetillas o cages para columna vertebral.	24

Fuente: sitio web de EsSalud.

Respecto a los aportes mensuales que los afiliados deben pagar, estos se realizan según rango de edad (años), como muestra el siguiente cuadro.

Cuadro 48.
Aportes mensuales del Seguro + Salud

Edad	Aporte mensual (S/S/)
0 - 17	137
18 - 29	132
30 - 59	138
60 a más	215

Fuente: sitio web de EsSalud.

5.4.4 Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (+ Protección)

Es un seguro que brinda cobertura por accidentes de trabajo y enfermedad profesional a los trabajadores dependientes o independientes que realizan actividades bajo riesgo. Las actividades de riesgo que son cubiertas por este seguro se encuentran en el Anexo 5 del Reglamento de la Ley N° 26790 de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 009-97-SA.

Tal y como se indica en el sitio web de EsSalud, el Seguro +Protección brinda las siguientes coberturas en prestaciones de salud hasta la completa recuperación y rehabilitación del afiliado:

- Asistencia y asesoramiento preventivo promocional en salud ocupacional al empleador y los asegurados, desarrollado a través de nuestros Centros de Prevención de Riesgos del Trabajo (CEPRIT) a nivel nacional.
- Atención médica, farmacológica, hospitalaria y quirúrgica, cualquiera que fuere el nivel de complejidad, hasta su total recuperación o declaración de invalidez o muerte en los centros asistenciales de EsSalud a nivel nacional.
- Rehabilitación y readaptación laboral al asegurado inválido bajo este seguro, desarrollado a través de nuestros Centros Especializados de Rehabilitación Profesional (CERP) a nivel nacional.
- Aparatos de prótesis y ortopédicos necesarios.

Se debe considerar que un accidente de trabajo es toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el lugar de trabajo o por motivo de este, ya sea por alguna u otra acción; asimismo, se entiende por enfermedad profesional a aquella que el asegurado obtiene por el trabajo que realiza.

Para poder recibir atención médica bajo este seguro, en el caso de los trabajadores dependientes, el empleador deberá declarar y cancelar el monto total de los trabajadores afiliados a este seguro. La cobertura se inicia a partir del día siguiente de la suscripción del contrato, o a partir del día siguiente del registro del trabajador en el T-Registro. Para el caso de los trabajadores independientes, únicamente se requiere que se encuentre al día con los pagos.

Para el caso de los aportes que se deben realizar en este tipo de seguro, se basan en el nivel de riesgo de las actividades que ejercen los afiliados. En el siguiente cuadro se muestra la prima mensual.

Cuadro 49.
Aportes mensuales del Seguro + Protección

Actividad económica	Nivel de riesgo	Tasa de aporte (INC.IGV)	Base imponible		
			Empresas	Independientes	
Limpieza de edificios. Servicios sociales de salud. Eliminación de desperdicios y aguas residuales.	I	0.63%	Remuneración bruta	½ UIT = 2,075	S/ 13
Industrias manufactureras. Suministros de electricidad, gas y agua. Transporte, almacenamiento y comunicaciones.	II	1.23%	Remuneración bruta	½ UIT = 2,075	S/ 25
Extracción de madera. Pesca. Construcción.	III	1.53%	Remuneración bruta	½ UIT = 2,075	S/ 32
Explotación de minas y canteras.	IV	1.83%	Remuneración bruta	½ UIT = 2,075	S/ 38

Fuente: sitio web de EsSalud.

5.4.5 Seguro de Accidentes (+ Vida)

Es un seguro de accidentes personales que entrega una indemnización por muerte o invalidez permanente total o parcial a causa de un accidente, siendo este un acto fortuito, repentino, violento e imprevisto. EsSalud, en su sitio web, define como invalidez permanente total a la consecuencia de un accidente, por el cual el asegurado es incapaz de mover el cuerpo o ha sufrido pérdida de sus miembros, por lo que se le imposibilita realizar algún tipo de trabajo por el resto de su vida. Asimismo, la invalidez permanente parcial es la pérdida de algún o algunos miembros del cuerpo que no impiden que el asegurado realice su trabajo.

Los beneficios que ofrece este seguro son los siguientes:

Cuadro 50.
Beneficios del Seguro + Vida

Beneficios	+ Vida
Al afiliado titular	Monto
Por muerte accidental o por invalidez permanente total por accidente	S/ 72,456.30
Pago adicional (S/ 1,000 x 12 meses) por canasta familiar por muerte accidental del titular	S/ 13,801.20
	S/ 86,257.00
Al afiliado titular	Monto
Por invalidez permanente parcial (según el grado de lesión, hasta...)	S/ 54,342.523
Cónyuge o concubino	
Por muerte accidental o por invalidez permanente total por accidente	S/ 36,228.15
Cobertura adicional por desamparo familiar súbito	
Por muerte de ambos padres en el mismo accidente	S/ 46,004.00
Cobertura adicional por beneficio del hijo póstumo	
Cuando la cónyuge se encuentra embarazada al fallecimiento del titular	S/ 2,300.00
Otras coberturas adicionales	
Muerte por: Quemadura Electrocución Ahogamiento Pérdida total y definitiva: De la visión de ambos ojos De la audición de ambos oídos Amputación De ambos brazos (arriba del codo) De ambas piernas (arriba de la rodilla)	S/ 1,725.15
Coberturas adicionales especiales	
Beneficio de luto y sepelio: Beneficio de luto tipo adelantado de cobertura ambos asegurados (titular y cónyuge o concubina)	S/ 6,900.60
Servicios de sepelio-solo para el titular	S/ 6,900.60
Cobertura especial de vida: Muerte accidental por negligencia médica declarada en una sentencia firme	S/ 18,401.60

Fuente: sitio web de EsSalud.

La prima mensual que se debe cancelar por afiliación del Seguro de Accidentes + Vida es de S/ 5.00. Por lo tanto, el pago de dicha prima mensual brindará la cobertura por un mes.

El siguiente cuadro muestra un resumen de los diferentes seguros que brinda EsSalud.

Cuadro 51.
Resumen de los seguros ofrecidos por EsSalud

Seguros/ Condiciones	Seguro Regular (+ Seguro)	Seguro Agrario (EsSalud)	Seguro Potestativo (+ Salud)	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (+ Protección)	Seguro de Accidentes (+ Vida)
Concepto	Seguro obligatorio para todos los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o como socios de cooperativas de trabajadores. Pensionados por incapacidad y de sobrevivencia.	Seguro que ofrece prestaciones de salud, económicas y sociales a los trabajadores dependientes e independientes que realizan labores de cultivo y/o crianza, avícola, agroindustrial o acuícola (especies acuáticas).	Seguro que ofrece cobertura frente a situaciones inesperadas. Orientado principalmente a trabajadores independientes, universitarios y emprendedores, entre otros.	Seguro que brinda cobertura por accidentes de trabajo y enfermedad profesional a los trabajadores dependientes o independientes que realizan actividades bajo riesgo.	Seguro de accidentes personales que entrega indemnización por muerte o invalidez permanente total o parcial a causa de un accidente.
Beneficiarios	La (el) cónyuge o concubina (o). Hijos menores de edad. Hijos mayores de edad incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Madre gestante de hijo extramatrimonial.		Titular cónyuge o concubino (a). Hijo (a) menor o mayor de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo.	N/A	Titular cónyuge o concubino (a).
Aporte mensual (S/)	Remuneración mensual: 9%. Pensión mensual: 4%. Del valor del producto comercializado: 9%. No podrá ser menor del 9% de la RMV vigente. De la remuneración mensual: 9%, hasta un monto máximo del 30% de una UIT.	4% de la remuneración mensual, no podrá ser menor de 994.80 soles, 4% de la remuneración mínima vital vigente (RMV).	0 – 17: 137 18 – 29: 132 30 – 59: 138 60 a más: 215	Contribución: depende del tipo de actividad económica. Ver Cuadro 49.	S/ 5.00

Fuente: elaboración propia basada en el sitio web de EsSalud.

Además de los tipos de seguros anteriores, se debe mencionar a los beneficiarios de la Ley N° 30478 que son afiliados al Régimen de Jubilación Anticipada (REJA). Estos tienen una contribución social equivalente al 4.5% de sus respectivas cuentas individuales de capitalización (CIC). Es relevante mencionar que, pese a que se transfiere una parte de los fondos a EsSalud, no existe un estudio formal que evalúe si esta transferencia es suficiente para asegurar la sostenibilidad financiera de EsSalud.

5.5 Proceso de adscripción del asegurado

Basándose en la información del domicilio, se le asigna al afiliado y a sus derechohabientes un determinado centro asistencial en donde recibirá las atenciones de salud de manera directa. Existen dos tipos de adscripción, una es la llamada “permanente”, que es de acuerdo con el domicilio permanente del asegurado titular y sus derechohabientes; la otra es la llamada “temporal”, mediante la cual el asegurado puede recibir atención de manera transitoria (máximo 3 meses) en un lugar diferente al de su domicilio permanente.

5.6 Las redes asistenciales y los niveles de atención

En la actualidad existen 29 redes, con sus gerencias ubicadas por circunscripción geográfica y cada una estructurada alrededor de tres niveles de atención y un Hospital Base. Asimismo, las redes asistenciales tienen una clasificación de acuerdo con la capacidad de resolución de su Hospital Base, de forma que pueden categorizarse en Hospital Nacional, Hospital IV, Hospital III, Hospital II u Hospital I. En el siguiente cuadro se muestran por tipo o categoría las redes asistenciales de EsSalud con su respectivo tipo de Hospital Base.

Cuadro 52.
Redes asistenciales de EsSalud por tipo o categoría

Tipo o categoría	Nivel de Hospital Base
Redes asistenciales "A"	
Red Asistencial La Libertad	Hospital IV
Red Asistencial Arequipa	Hospital Nacional
Red Asistencial Lambayeque	Hospital Nacional
Redes asistenciales "B"	
Red Asistencial Áncash	Hospital III
Red Asistencial Cusco	Hospital Nacional
Red Asistencial Ica	Hospital III
Red Asistencial Junín	Hospital Nacional
Red Asistencial Juliaca	Hospital III
Red Asistencial Piura	Hospital III
Red Asistencial Puno	Hospital III
Redes asistenciales "C"	
Red Asistencial Amazonas	Hospital I
Red Asistencial Apurímac	Hospital II
Red Asistencial Ayacucho	Hospital II
Red Asistencial Cajamarca	Hospital II
Red Asistencial Huancavelica	Hospital II
Red Asistencial Huánuco	Hospital II
Red Asistencial Huaraz	Hospital II
Red Asistencial Loreto	Hospital III
Red Asistencial Madre de Dios	Hospital I
Red Asistencial Moquegua	Hospital II
Red Asistencial Moyobamba	Hospital I
Red Asistencial Pasco	Hospital II
Red Asistencial Tacna	Hospital III
Red Asistencial Tarapoto	Hospital II
Red Asistencial Tumbes	Hospital I
Red Asistencial Ucayali	Hospital II

Fuente: EsSalud (2008).

Siguiendo la misma línea, las redes asistenciales se han implementado por departamento o región y las gerencias en las capitales de estos; no obstante, hay departamentos que, debido a la demanda y las condiciones de acceso, han establecido más de una sede, como es el caso de Lima, que cuenta con tres sedes.

Cuadro 53.
Redes prestacionales en Lima

Red asistencial	Centro asistencial (Hospital, Policlínico, Centro Médico, Centro de Atención Primaria, Posta Médica)
Rebagliati	Hospital III Suárez-Angamos, Hospital II Cañete, Hospital I Carlos Alcántara, Hospital I Uldarico Rocca, Policlínico Central de Prevención Larco, Policlínico Chíncha, Policlínico José Rodríguez Lazo, Policlínico Pablo Bermúdez, Policlínico Próceres, Policlínico Santa Cruz, Centro Médico de Atención Integral de Diabetes e Hipertensión, Centro Médico Mala, Centro de Atención Primaria III San Isidro, Centro de Atención Primaria III San Juan de Miraflores, Centro de Atención Primaria III Surquillo, Centro de Atención Primaria II Lurín, Posta Médica La Quebrada y Posta Médica San Isidro.
Almenara	Hospital III de Emergencia Grau, Hospital II Ramón Castilla, Hospital II San Isidro Labrador, Hospital II Vitarte, Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral, Hospital I Jorge Voto Bernalles Corpancho, Policlínico Chosica, Policlínico Francisco Pizarro, Policlínico Complejidad Creciente San Luis, Centro de Atención Primaria III Alfredo Piazza Roberts, Centro de Atención Primaria III El Agustino, Centro de Atención Primaria III Gamarra, Centro de Atención Primaria III Huaycán, Centro de Atención Primaria III Independencia, Centro de Atención Primaria III Zárate, Centro Médico Ancije, Centro Médico Casapalca y Posta Médica Construcción Civil.
Sabogal	Hospital II Gustavo Lanatta Luján, Hospital II Lima Norte-Callao, Hospital I Marino Molina Scippa, Hospital I Octavio Mongrut Muñoz, Policlínico Fiori, Policlínico de Complejidad Creciente El Retablo, Centro de Atención Primaria III Carabayllo, Centro de Atención Primaria III Hermana María Donose Sutmöller, Centro de Atención Primaria III Huaral, Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros, Centro de Atención Primaria III Metropolitano del Callao, Centro de Atención Primaria III Pedro Reyes Barboza, Centro de Atención Primaria III Puente Piedra, Centro de Atención Primaria II Chancay, Centro de Atención Primaria II Paramonga, Centro de Atención Primaria II Sayán, Posta Médica Humaya, Posta Médica Oyón y Posta Médica Raura.

Fuente: EsSalud (2018).

Cada red de prestación, por su parte, se estructura internamente alrededor de tres niveles de atención, de forma que los niveles superiores tienen mayor capacidad resolutoria. El primer nivel es la puerta de entrada al sistema y comprende cuatro categorías distintas de proveedores, a saber: a) puestos o postas de salud con personal no médico; b) puestos o postas de salud con médicos; c) centros de salud, centros médicos, centros médicos especializados y policlínicos, y d) centros de salud y centros médicos con camas de internamiento.

Por su lado, el segundo nivel comprende tres categorías de nivel superior, particularmente hospitales y clínicas de atención general, las de mayor especialidad clínica y aquellos dedicados a atención especializada. Por último, el tercer nivel también agrupa tres categorías: hospitales y clínicas con mayores unidades productoras de servicios de salud, aquellas productoras de servicios de salud y generales y por los institutos especializados.

Un concepto central en la conformación de las redes son las Unidades Básicas de Atención Primaria. Según lo señala el mismo EsSalud, estas unidades se conciben como “un modelo de gestión y organización del Primer Nivel de Atención diseñado por EsSalud cuyo proceso de implementación implica el funcionamiento de una oferta de servicios de salud de atención primaria ambulatoria que brinda atención integral de salud en forma oportuna y accesible a una población asegurada residente en un determinado territorio geográfico delimitado”. Las principales características de estas unidades son las siguientes:

- Provisión de servicios ambulatorios.
- Ejecución de actividades de promoción y prevención de la enfermedad.
- Localización cercana a los centros poblacionales.
- El mecanismo de pago utilizado es la capitación con evaluación de desempeño.

5.7 Cartera de servicios de salud

Las prestaciones de servicios de salud se estructuran alrededor de un conjunto de categorías de mayor o menor complejidad y lugar de atención. En su página web, EsSalud define los servicios de atención primaria como “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”. Estos servicios corresponden principalmente a **actividades de promoción y prevención** de la salud de aquellas enfermedades clasificadas como prioritarias, **actividades recuperativas**, de **rehabilitación** y **salud colectiva**. La población meta de la cartera de servicios de atención primaria es la siguiente:

- Menor de 1 año.
- De 1 año a menor de 2 años.
- De 2 años a menor de 5 años.
- De 5 años a menor de 10 años.
- De 10 años a menor de 18 años.
- De 18 años a menor de 40 años.
- De 40 años a menor de 60 años.
- Mayor de 60 años.
- Gestante.

Adicionalmente, los distintos seguros disponibles permiten al asegurado acceder a otros servicios de distinta naturaleza clínica, como atención hospitalaria, cirugías ambulatorias o complejas, emergencias médicas, maternidad, medicamentos y servicios ancilares (imágenes y laboratorio).

5.8 El Sistema de Referencia y Contrarreferencia

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia es el conjunto de procesos que un asegurado debe realizar para ser atendido en los centros asistenciales de las redes de EsSalud. Para realizar el trámite de la Referencia y la Contrarreferencia, se requiere considerar lo indicado en la Resolución de Gerencia General N° 1517 (Aprueba Directiva N° 14, de fecha 31 de diciembre de 2015), que define las “Normas para el Proceso de Referencia y Contrarreferencia en EsSalud”. Esta normativa establece disposiciones generales, específicas y complementarias.

Algunas de las disposiciones generales son las siguientes: 1) La atención del paciente referido es exclusiva para el diagnóstico que genera la Referencia, 2) Los Directores/Gerentes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) institucionales y extrainstitucionales realizan las acciones necesarias para la actualización mensual del listado de subactividades y procedimientos disponibles en el Sistema de Referencias y Contrarreferencias, 3) Solo se admite la extensión de la referencias en proceso por oferta insuficiente debido a falta de especialista en la IPRESS de destino, y 4) La Gerencia

Central de Operaciones monitorea permanentemente la lista de espera de pacientes para atenciones especializadas a fin de mejorar la oportunidad de atención de la referencia.

Dentro de las disposiciones específicas se enumeran las siguientes: 1) La Gerencia Central de Operaciones a través la Gerencia de Operaciones Territoriales conduce y supervisa el Sistema de Referencias y Contrarreferencias a nivel nacional, 2) Las IPRESS de destino del tercer nivel de atención reservan el 25% de sus cupos para pacientes nuevos referidos; las IPRESS de destino del segundo nivel de atención reservan el 15% de sus cupos para pacientes nuevos referidos, 3) Las referencias de pacientes al servicio de emergencia se realizan mediante la coordinación entre los jefes de guardia por vía telefónica y correo electrónico, 4) Los pacientes referidos a hospitalización pueden acceder a todas las prestaciones que se requieran durante su permanencia, y 5) La referencia para prestaciones de ayuda al diagnóstico y tratamiento tiene validez hasta la realización de la prueba o el procedimiento.

Por último, dentro de las disposiciones complementarias, se incluyen las siguientes: 1) Los Gerentes/ Directores de las IPRESS realizan las acciones que sean necesarias a fin de contar con la oferta que se requiera para atender con oportunidad la demanda de la población de su ámbito de adscripción, para lo cual hacen uso de todas las opciones que brinda la institución (apoyo descentralizado, telemedicina, compra de servicios, convenios interinstitucionales, entre otros), 2) Las IPRESS disponen de Centros de Telemedicina para acceder a una atención oportuna con médicos especialistas donde no se cuenta con ellos, evitando referencias y traslados del asegurado a ciudades distantes, y 3) El Gerente I Director y el Jefe de la Oficina de Administración de la Red Desconcentrada I Asistencial son los responsables del cumplimiento de la presente directiva en todas las IPRESS de su jurisdicción.

5.9 Las prestaciones económicas

Se conoce como prestaciones económicas la compensación en dinero en efectivo que concede EsSalud a los asegurados bajo el Sistema Regular, que corresponden a las siguientes situaciones: i) incapacidad temporal; ii) maternidad; iii) lactancia; y iv) prestación por sepelio. Para los asegurados bajo el Sistema Potestativo solo los afiliados al Plan Total pueden tener derecho a este tipo de prestación por sepelio, que asciende a un máximo de 2,070.00 soles.

5.9.1 Subsidio por incapacidad temporal

La incapacidad temporal es la situación del paciente que, como consecuencia de su enfermedad o accidente, presenta limitaciones funcionales presumiblemente reversibles que le impiden ejecutar las tareas propias de su profesión y/o que el desempeño de tales tareas repercutiría negativamente en la evolución favorable de su patología; susceptibles de ser tratadas y recuperadas en un periodo igual o menor a 340 días (11 meses con 10 días), consecutivos o no consecutivos. Es importante destacar que dicha incapacidad deberá ser certificada por un médico. También aplican estos criterios para los asegurados bajo el Seguro del Pescador y Procesador Pesquero Artesanal Independiente y bajo el Seguro Agrario Independiente.

Para que el asegurado pueda acceder a este tipo de prestaciones, deberá cumplir con la condición de tener relación de trabajo al inicio y durante el periodo a subsidiar, así como los periodos de contribución pagados según el tipo de seguro, los cuales se aprecian en el siguiente cuadro.

Cuadro 54.**Contribuciones pagadas por tipo de seguro para poder acceder a prestaciones**

Tipo de seguro	Contribuciones
Seguro para Trabajadores Dependientes en actividad regular, Pensionistas, Socios de Cooperativas de Trabajadores, Trabajadores Pesqueros Activos y Pensionistas de la CBSSP, Trabajadores del Hogar y Trabajadores de Construcción Civil	3 aportaciones consecutivas o 4 no consecutivas en los 6 meses anteriores al mes de inicio de la incapacidad. En caso de accidente solo requiere la afiliación.
Seguro Agrario Dependiente y Seguro Agrario Independiente	3 contribuciones consecutivas o 4 no consecutivas en 12 meses anteriores al inicio de la incapacidad.
Seguro del Pescador y Procesador Pesquero Artesanal Independiente	3 contribuciones consecutivas anteriores al mes de que se entregue el subsidio.

Fuente: EsSalud (2008).

Es importante que se tome en consideración que el asegurado puede perder estos subsidios si se presentan las siguientes situaciones:

- Por abandono o incumplimiento en el tratamiento médico.
- Si durante el periodo de incapacidad realiza alguna actividad que sea remunerada.
- Si recupera su estado de salud y finaliza su declaración de incapacidad.
- Si cesa la relación laboral.

En el siguiente cuadro se muestra el subsidio por incapacidad temporal según tipo de seguro.

Cuadro 55.**Subsidio por incapacidad temporal según tipo de seguro**

Tipo de seguro	Subsidio por incapacidad temporal
Seguro para Trabajadores Dependientes, Trabajadores del hogar y Construcción civil	Promedio diario de las 12 últimas remuneraciones anteriores al mes en que se inicia multiplicado por los días a subsidiar.
Seguro Pescador y Procesador Pesquero Artesanal Independiente	Promedio diario de la remuneración mínima vital de los 4 últimos meses multiplicado por los días a subsidiar.
Seguro Trabajador Pesquero Activo	Promedio diario de las 4 últimas remuneraciones asegurables por las que se aportó multiplicando por los días a subsidiar.
Seguro de Salud Agrario - Dependiente	Promedio diario de la remuneración de los 4 últimos meses multiplicado por los días a subsidiar.
Seguro de Salud Agrario - Independiente	Promedio diario de la remuneración mínima vital de los 4 últimos meses multiplicado por los días a subsidiar.

Fuente: EsSalud (2008).

5.9.2 Subsidio por maternidad

Se refiere al subsidio otorgado al que tienen derecho las aseguradas titulares en actividad (trabajo dependiente) con motivo del nacimiento y cuidado del recién nacido. Cabe indicar que EsSalud reconoce como 30 días adicionales por subsidio por partos múltiples, según está establecido en la Ley N° 28239.

Para poder optar por este subsidio, la asegurada deberá cumplir con las siguientes condiciones: i) tener una relación laboral; ii) la entidad responsable bajo la cual labora la asegurada deberá comunicar el mes de la concepción y haber cumplido con el pago del aporte requerido a ese mes; iii) para las afiliadas mediante el Seguro Agrario, no es exigido estar asegurada al tiempo de la concepción; iv) tener relación laboral al inicio y durante el plazo que recibirá el subsidio; v) tener 3 aportaciones consecutivas o 4 no consecutivas en los 6 meses anteriores al mes en que recibe el pago por subsidio;

vi) estar asegurada previo a la concepción; vii) si la afiliada tiene Seguro Agrario tiene que tener 3 aportaciones consecutivas o 4 o consecutivas en los 12 meses antes al mes de recibir el primer subsidio; viii) si tiene seguro de pescadora y procesadora pesquera artesanal independiente, debe haber pagado 3 aportaciones mensuales consecutivas antes del mes que se brinda la prestación.

El siguiente cuadro muestra los montos de subsidio por maternidad según el tipo de seguro.

Cuadro 56.
Subsidio por maternidad

Seguro para Trabajadores Dependientes, Trabajadores del Hogar y Construcción Civil	Promedio diario de las 12 últimas remuneraciones anteriores al mes que se inicia la contingencia multiplicado por los días a subsidiar.
Seguro Pescador y Procesador Pesquero Artesanal Independiente	Promedio diario de la remuneración mínima vital de los 4 últimos meses multiplicado por los días a subsidiar.
Seguro Trabajador Pesquero Activo	Promedio diario de las 4 últimas remuneraciones asegurables por las que se aportó multiplicado por los días a subsidiar.
Seguro de Salud Agrario - Dependiente	Promedio diario de la remuneración de los 4 últimos meses multiplicado por los días a subsidiar.
Seguro de Salud Agrario - Independiente	Promedio diario de la remuneración mínima vital de los 4 últimos meses multiplicado por los días a subsidiar.

Fuente: EsSalud (2008).

Este subsidio se otorga por 98 días, iniciándose regularmente 49 días antes de la fecha probable del parto, si bien la madre podrá diferir el inicio del descanso con una autorización del médico tratante. El pago de la primera armada se realiza al término de los primeros 49 días. El pago de la segunda armada se efectuará al vencimiento de los 98 días o 120 días subsidiado en caso de parto múltiple o de niños con discapacidad. El subsidio también puede recibirse en un solo pago al final de los 98 días.

5.9.3 Subsidio por lactancia

Es el subsidio que se le entrega a la madre para contribuir al cuidado del hijo recién nacido. Algunas de las condiciones que la asegurada debe cumplir para poder optar por este derecho son las siguientes: i) la madre del lactante debe estar inscrita en EsSalud; ii) la afiliada debe tener relación laboral al momento del nacimiento del menor; iii) tener 3 aportaciones consecutivas o 4 no consecutivas en los 6 meses antes del mes que nació el menor; iv) en caso de fallecimiento de la madre o abandono, este subsidio será entregado al padre o tutor del menor; entre otros. El subsidio entregado asciende a 820 soles, monto que es aplicado para todos los demás seguros del Sistema Regular.

5.9.4 Subsidio por sepelio

Se entiende como el monto en dinero que se otorga a la persona que cumpla con la condición de beneficiario y que acredite haber efectuado los gastos funerarios por la muerte de un asegurado regular titular (activo o pensionista) de regímenes especiales y agrarios. Algunas condiciones que el beneficiario debe cumplir para solicitar este subsidio, a excepción de los fallecidos por un accidente laboral o enfermedad profesional, son las siguientes: i) tener relación laboral al momento del fallecimiento; ii) en caso de accidente, es suficiente que exista la afiliación; iii) tres (3) aportaciones consecutivas o cuatro (4) no consecutivas en los seis (6) meses anteriores al mes del fallecimiento, y iv) si se trata de un beneficiario del Seguro Agrario, debe tener tres (3) aportaciones consecutivas o cuatro (4) no consecutivas en los doce (12) meses anteriores al mes del fallecimiento.

El subsidio entregado asciende como máximo a 2,070 soles, monto que es aplicado para todos los demás seguros del Sistema Regular.

El siguiente cuadro muestra un resumen de las prestaciones económicas.

Cuadro 57.

EsSalud: Resumen de las prestaciones económicas

Subsidios	Incapacidad temporal	Maternidad	Lactancia	Sepelio
Reembolso	Se paga por un periodo igual o menor a 340 días (11 meses con 10 días) consecutivos o no consecutivos.	Se otorga por 98 días, 49 días antes de la fecha probable del parto. El primer pago se realiza a los 49 días y el segundo al vencimiento de los 98 días o 120 días, subsidiado en caso de parto múltiple o niños con discapacidad.	El subsidio entregado asciende a 820 soles.	El subsidio entregado asciende a 2,070 soles.
Requisitos	El asegurado regular debe contar con tres meses de aportaciones consecutivas o cuatro no consecutivos dentro de los seis meses anteriores al mes en que se inició la incapacidad. El asegurado agrario debe contar con tres meses de aportaciones consecutivas o cuatro no consecutivos en los últimos doce meses, anteriores al mes en que se inició la incapacidad. El asegurado trabajador pesquero según la Ley N° 28320 debe contar con dos aportes consecutivos o no consecutivos pagados en los seis meses calendario anteriores al mes en que se inició la incapacidad. Los asegurados pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes deben contar con tres contribuciones mensuales consecutivas pagadas. El trabajador debe tener vínculo laboral en el momento del goce de la prestación (al inicio y durante el periodo a subsidiar). En caso de accidente, basta que exista afiliación.	La asegurada regular debe contar con tres meses consecutivos de aportaciones o cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendario anteriores al mes en que se inicia el goce del subsidio. La asegurada agraria debe contar con tres meses consecutivos de aportaciones o cuatro no consecutivos en los últimos doce meses, anteriores al mes en que se inicia el goce del subsidio. La asegurada regular debe tener vínculo laboral en el momento del goce de la prestación (al inicio y durante el periodo de subsidio). Adicionalmente, la asegurada regular en actividad debe haber tenido vínculo laboral en el mes de la concepción. La asegurada de régimen especial y la pescadora y procesadora pesquera artesanal independiente deben haber pagado el aporte del mes de la concepción antes de presentar la solicitud.	Contar con tres meses consecutivos de aportaciones o cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendario anteriores al mes en que se produjo el parto. La asegurada agraria debe contar con tres meses consecutivos de aportaciones o cuatro no consecutivos en los últimos doce meses, anteriores al mes en que se produjo el parto. El lactante debe estar inscrito como derechohabiente del asegurado. Si la madre del lactante no es asegurada titular, deberá estar inscrita en EsSalud. Si el lactante ha fallecido, corresponde efectuar la inscripción póstuma.	El asegurado regular titular debe contar con tres meses consecutivos de aportaciones o cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendario anteriores al mes en que ocurrió su fallecimiento. El asegurado agrario debe contar con tres meses consecutivos de aportaciones o cuatro no consecutivos en los últimos doce meses, anteriores al mes en que ocurrió su fallecimiento. El trabajador debe tener vínculo laboral en el momento del fallecimiento. Es importante señalar que esta prestación no corresponde ser otorgada a los fallecidos afiliados al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).

Fuente: elaboración propia con datos de EsSalud (2019).

Análisis de la microdimensión

6.

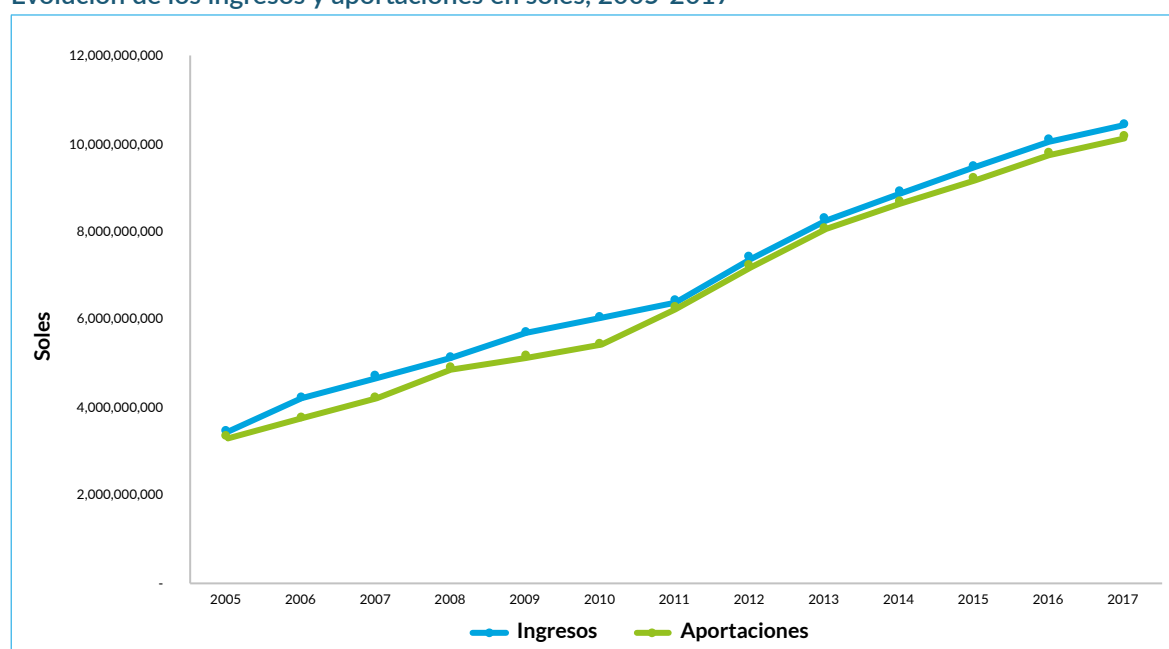
Presupuesto de EsSalud

El presente apartado analiza las principales tendencias y características observadas desde el 2005 a la fecha en materia presupuestaria. Se consideran tanto el desempeño temporal de la entidad como la estructura de ingreso y gasto que hoy prevalece. También se señalan los principales retos que el presupuesto tiene como herramienta estratégica de asignación de recursos y promoción de resultados.

6.1 Evolución de los ingresos

Los ingresos totales de operación de EsSalud pasaron de 3,421.5 millones a 10,420.1 millones de soles entre el 2005 y el 2017²⁵. Esto significa que, en promedio, la tasa de crecimiento de los ingresos fue del 9.7% por año, pero con periodos de alta variabilidad, que fueron desde el 22.5% (2006) al 3.6% (2017). En el largo plazo, se observa una desaceleración de la tasa de crecimiento, especialmente en los últimos cuatro años. De esta forma, entre el 2006 y el 2009 los ingresos totales crecieron al 13.6% por año, en tanto durante el periodo 2010-2013 fue del 9.9%. El quiebre mayor se produjo en el lapso 2014-2017, cuando la tasa media se redujo al 6% anual.

Gráfico 61.
Evolución de los ingresos y aportaciones en soles, 2005-2017



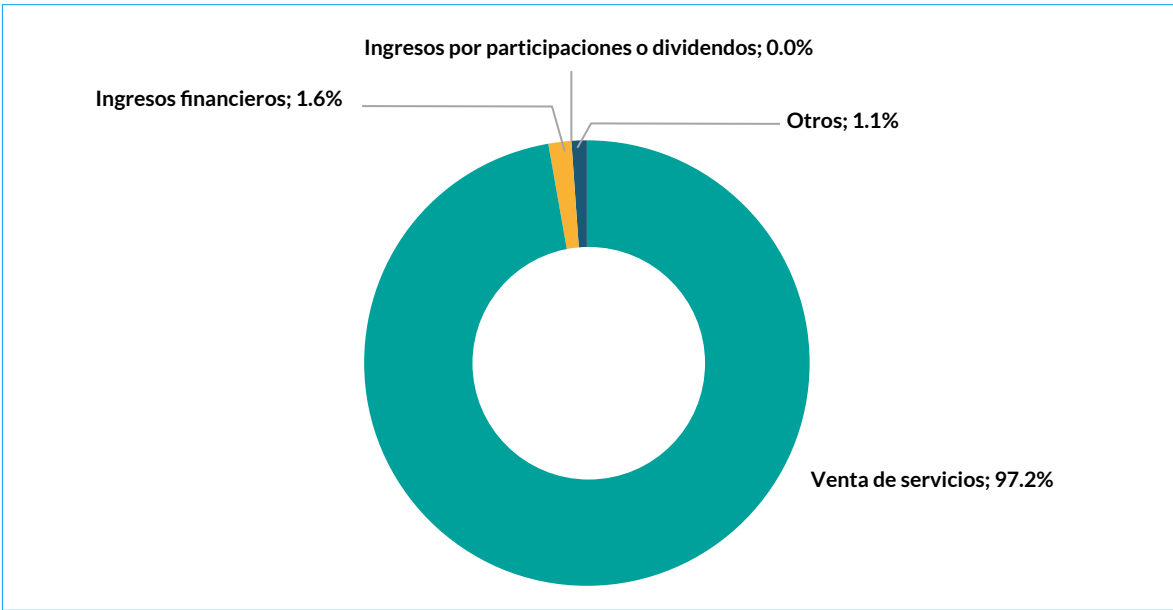
Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

²⁵ Los ingresos de operación representan el 99.98% de los ingresos totales de la entidad, de ahí que el apartado se dedique a este rubro específicamente. Los ingresos de capital promediaron únicamente 1.9 millones de soles por año en aquellos periodos donde los hubo.

En cuanto a su composición, el siguiente gráfico muestra los ingresos acumulados por grandes categorías contables entre 2015 y 2017. Los ingresos por venta de servicios, donde se ubican las contribuciones sociales y las ventas a personas no aseguradas, son por mucho la principal fuente, con un 97% de los ingresos del periodo. De manera fluctuante y limitada se encuentran los ingresos financieros, que apenas aportan un 1.6% del total y representaron unos 164 millones de soles por año en ese lapso.

Como es de esperar en el caso de los seguros de salud, las aportaciones (contribuciones sociales correspondientes al 9% de la remuneración bruta del trabajador, pagada por el patrono) brindan la gran mayoría de los ingresos de EsSalud. Según los datos compilados, durante la última década las aportaciones contribuyeron con el 95.6% de los ingresos, con excepción de dos años (2009 y 2010) en los que pesaron menos del 95%. Este periodo de excepción concuerda con las difíciles condiciones económicas experimentadas por la economía local e internacional debido a la crisis financiera del 2008. Eso produjo una súbita reducción en la tasa de crecimiento del PIB y en los ingresos laborales en ese mismo lapso, según fue analizado en la sección de entorno. Siendo tan cercana la relación entre contribuciones e ingresos totales, es claro que la tasa media de crecimiento de las aportaciones deba ser muy cercana a ella y con un comportamiento prácticamente igual. Desde 2005 a 2017, el crecimiento de estas se estimó en un 9.8% por año, con un último trienio que experimenta una marcada desaceleración.

Gráfico 62.
Distribución de los ingresos de EsSalud por fuente, promedio 2015-2017

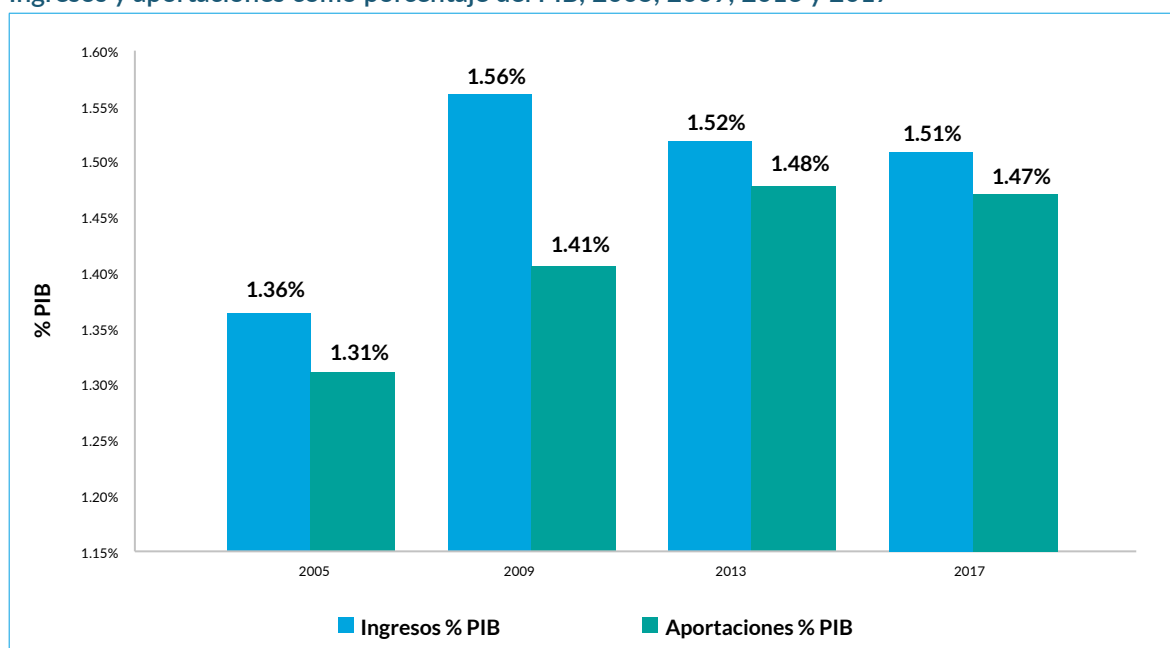


Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

En cuanto a su contribución al PIB, los ingresos totales han representado poco más del 1.55% de la producción en los pasados años, con excepción del 2017. En esa misma línea, las aportaciones son el 1.5% del PIB, aunque en el 2013 y el 2017 dicho porcentaje se mantuvo en el rango del 1.47%-1.48%. En el largo plazo, si bien es cierto que la tendencia ha sido al alza, los ingresos totales lograron ganar 0.12 p.p. del PIB (del 1.42% en 2005-2007 al 1.54% en 2015-2017), mientras las contribuciones aumentaron 0.19 p.p. (del 1.30% al 1.50%). Esto quiere decir que, por año, los ingresos ganan 0.01 puntos del PIB, en tanto las aportaciones lo hacen a un ritmo de 0.015 p.p., resultado que pareciera ser pequeño y reflejar mayores oportunidades de crecimiento.

Gráfico 63.

Ingresos y aportaciones como porcentaje del PIB, 2005, 2009, 2013 y 2017



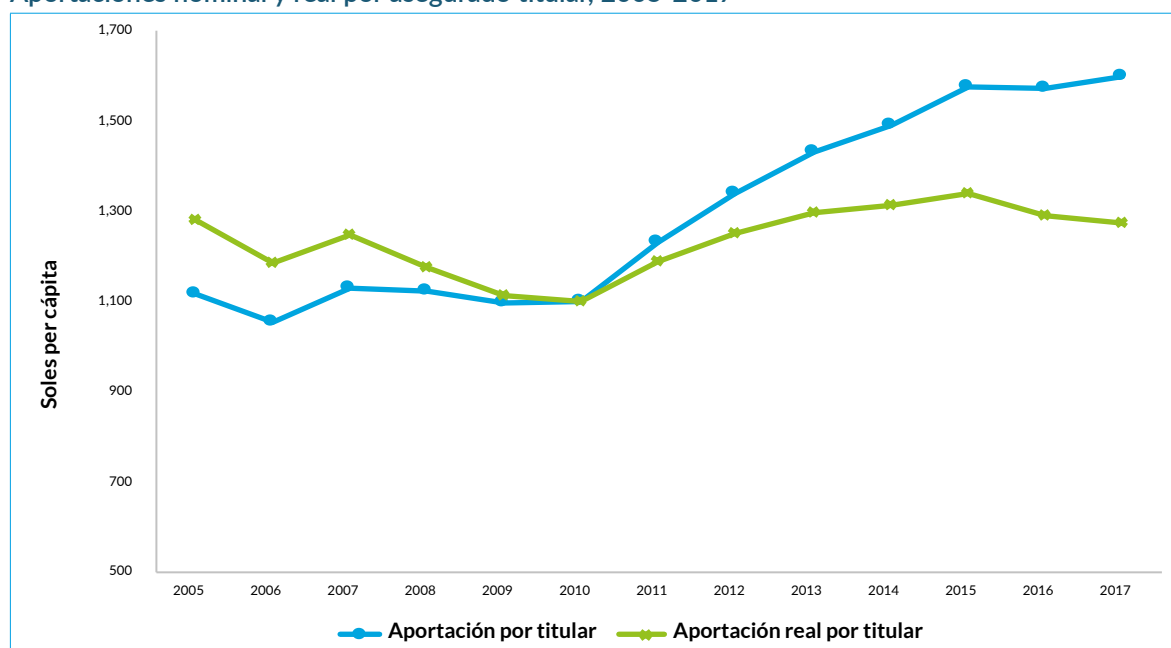
Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Quizás uno de los datos más relevantes para los fines del análisis de gestión financiera tiene que ver con lo que, en promedio, aporta cada asegurado titular, persona con quien el seguro tiene definido el “contrato”. Los datos de EsSalud muestran que, en términos nominales, la aportación por titular ha crecido 1.43 veces desde 2005. Existen, sin embargo, dos características que merece la pena destacar. La primera es que, en términos reales, una primera impresión muestra que prácticamente no ha habido variante alguna en el monto por titular. De esta forma, mientras en el 2005 el indicador reflejaba un valor de 1,281 soles por asegurado titular, en el 2017 dicha cifra apenas alcanzó los 1,273.7 soles, una variación negativa del 0.6%. Esto bien puede ser producto de una coyuntura especial, puesto que el 2017 fue un año en que el valor por titular decreció. En tales circunstancias, si se compara el promedio de aportación real entre 2005-2007 con 2015-2017 (de forma que se eviten o moderen fluctuaciones atípicas), el crecimiento real sería del 5%.

La existencia de “crecimientos negativos” no es extraña en la evolución de este indicador. Desde el 2005 la aportación por titular cayó respecto al año previo en seis ocasiones, siendo el periodo 2008-2010 el de peor desempeño, por cuanto en esos tres años se dio una reducción persistente. Al final del 2010, la contribución media había caído un 14.3% respecto al 2005. A ese lapso le siguió una secuencia de crecimiento sostenido que permitió alcanzar, en el 2015, una aportación real por titular que fue un 21.8% superior a la del 2010.

Un segundo aspecto resultante se refiere a las posibles fuentes de fluctuación del indicador. Entre 2005 y 2016, la cantidad de asegurados titulares se multiplicó por 2.1 veces, no existiendo ningún año en que la afiliación haya caído. Esto presupone que la inscripción de nuevos afiliados crece a ritmo mayor que los ingresos sobre los cuales contribuyen tales trabajadores, lo cual puede explicarse por el perfil de cualificación del trabajador que, en promedio, se está acercando a EsSalud.

Gráfico 64.
Aportaciones nominal y real por asegurado titular, 2005-2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Finalmente, cabe destacar que la recaudación total de EsSalud proviene principalmente del Seguro Regular, situación que se ha mantenido en los últimos quince años. De total de recaudación del Seguro Regular, el 98% corresponde al seguro de salud, mientras que el porcentaje restante corresponde al Seguro Agrario, al fraccionamiento y a la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador.

En los últimos quince años, la recaudación del SCTR, el Seguro Potestativo y otros seguros ha representado menos del 2% en promedio de los ingresos totales de EsSalud.

Cuadro 58.
Recaudación total de EsSalud y sus componentes, en millones de soles y porcentajes

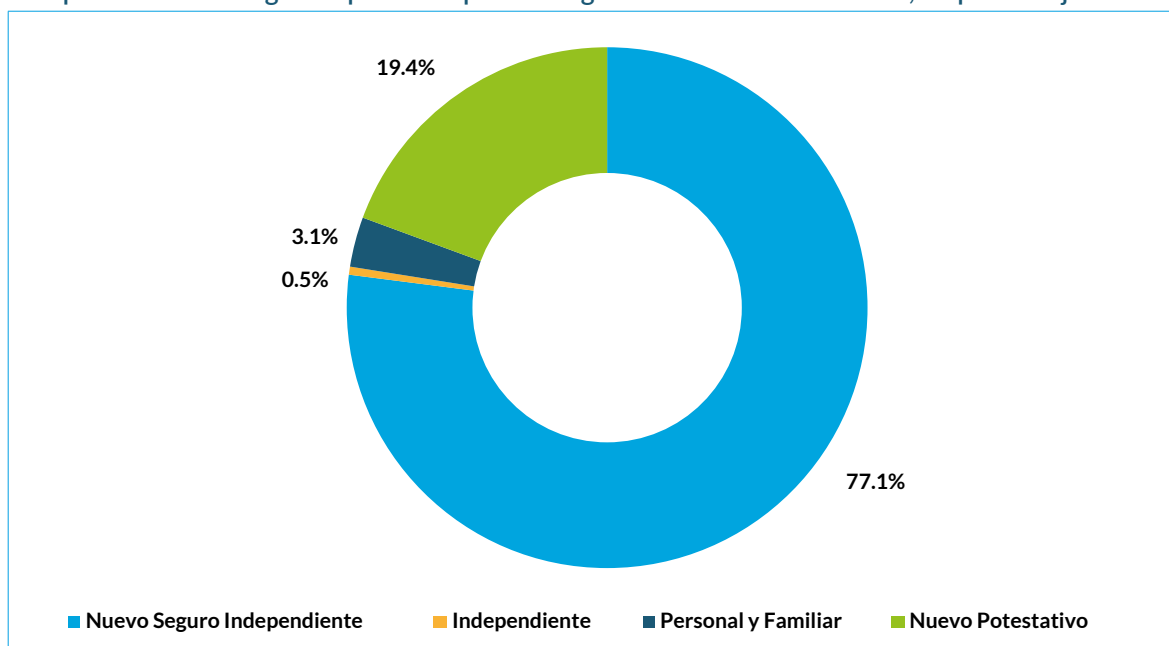
Año	Seguro Regular	Seguro Potestativo	SCTR	Otros	Recaudación total
2007	97.4%	0.7%	1.3%	0.6%	4,250.9
2012	98.0%	0.4%	1.0%	0.6%	7,235.7
2017	98.6%	0.2%	0.8%	0.4%	9,910.8

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Por su parte, dentro del total de recursos recaudados por concepto del Seguro Potestativo, el porcentaje más elevado corresponde a los ingresos por el nuevo Seguro Independiente, seguido por la recaudación del nuevo Seguro Potestativo.

Gráfico 65.

Composición de los ingresos por concepto del Seguro Potestativo de EsSalud, en porcentajes

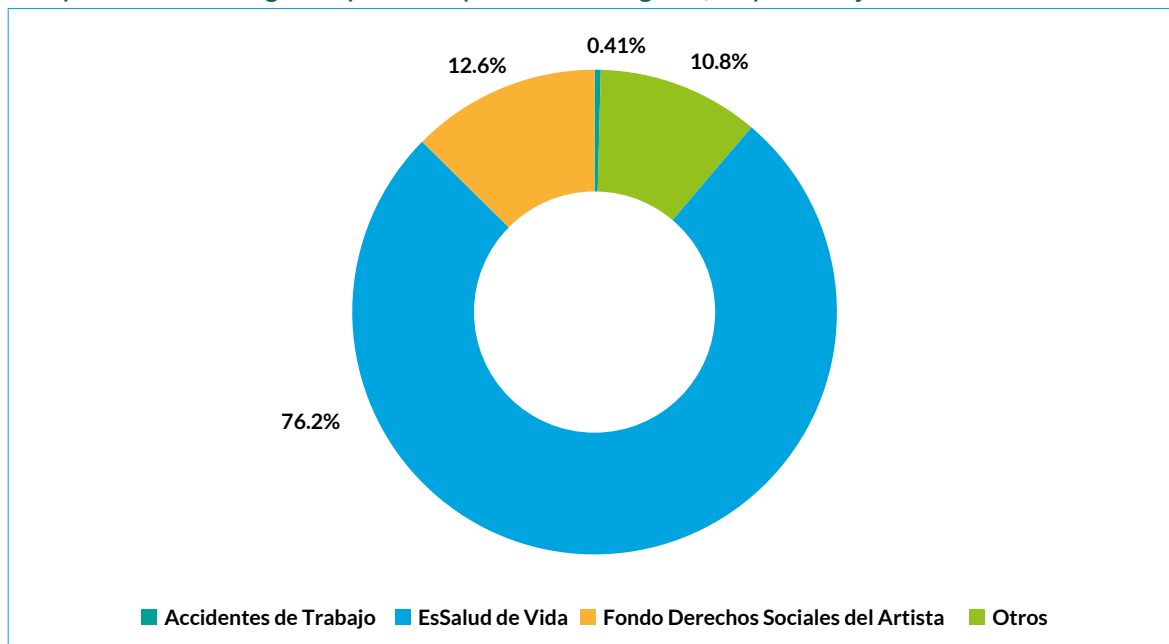


Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Por último, en lo que concierne a la recaudación por otros seguros, es importante señalar que la mayor cantidad de ingresos corresponde al Seguro de Vida de EsSalud. El porcentaje restante corresponde a la recaudación del Seguro de Accidentes de Trabajo, el Fondo de Derechos Sociales del Artista y otros seguros menores.

Gráfico 66.

Composición de los ingresos por concepto de otros seguros, en porcentajes



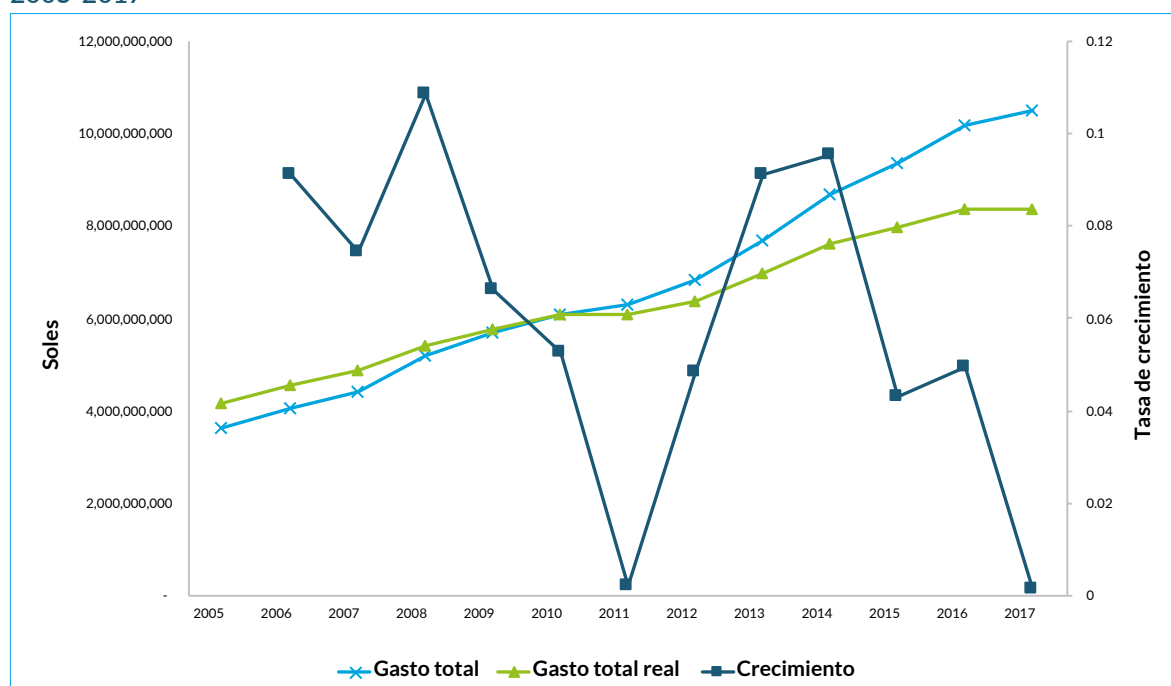
Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

6.2 Tendencias generales en materia de gasto

El gasto total ejecutado por EsSalud (operativo, de capital y transferencias) ascendió a 10,482.9 millones de soles en el 2017, unas 2.9 veces más grande que las erogaciones observadas en el 2005. En términos reales (soles del 2010), el gasto del seguro se duplicó en cuestión de doce años, producto de una tasa de crecimiento promedio del 6.0% anual. No obstante ese crecimiento sostenido, la tasa de crecimiento real muestra una paulatina desaceleración en los cuatro años, al punto que, mientras en el 2014 creció un 9.5%, para el 2017 fue prácticamente nulo (0.2%).

Gráfico 67.

Evolución del presupuesto de operación de EsSalud per cápita real y como porcentaje del PIB, 2005-2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

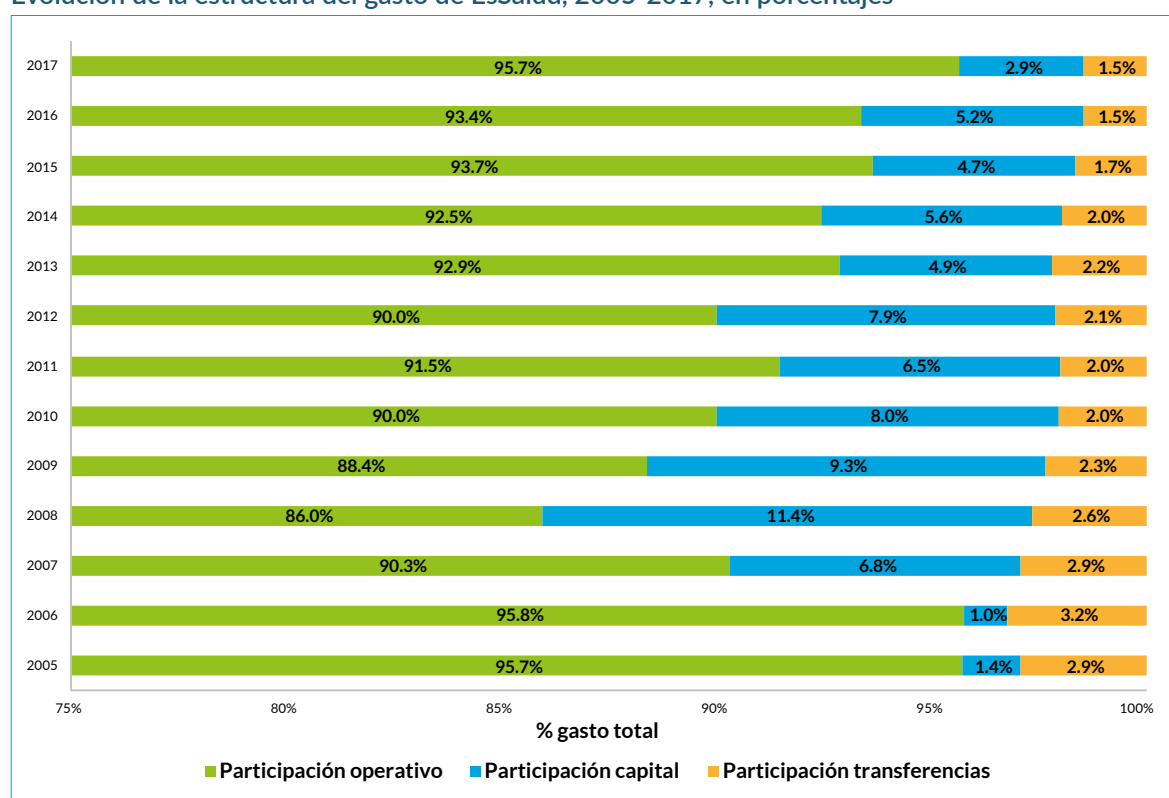
Tanto en términos per cápita como porcentaje del PIB, el gasto total fue creciente. En el primer caso, la inversión por persona pasó de 149.8 soles a 262.6 soles; en términos del PIB, el indicador se movió del 1.45% al 1.52%. Cabe destacar que el 2017 fue un año de “retroceso” en algunos de estos indicadores en relación con años previos. Con respecto al PIB, por ejemplo, el valor del 2017 (1.52%) fue igual al observado en el 2014; desde el 2011 este indicador no caía.

Según la estructura del gasto, el 92% del gasto es de naturaleza operativa, mientras un 2.2% se dirigió al pago de transferencias a la ONP. Según datos provistos por la institución, el presupuesto de operación de EsSalud ascendió en el 2017 a 10,028.7 millones de soles, un monto que representa 2.9 veces el valor observado en el 2005, siendo el principal gran componente de las erogaciones del seguro. Es decir, el gasto de la entidad se mueve de forma prácticamente paralela a la dinámica del gasto de operación.

Nominalmente, dicho presupuesto creció a un ritmo medio del 9.2% por año, con tres características que merecen la pena resaltar. Primero, si bien en el largo plazo el crecimiento presupuestario no muestra un patrón definido, en años recientes la tasa ha venido cayendo de forma paulatina, al punto que pasó del 15.7% (2013) al 5.5% en el 2017, desempeño en línea con lo que se explicó párrafos arriba. Segundo, el patrón de crecimiento muestra una alta volatilidad, es decir, el monto mantiene un crecimiento persistente, pero lo hace con grandes cambios a lo largo de los años. Tercero, la ejecución del gasto suele estar muy cercana al presupuesto institucional con una tasa media de ejecución del 99% del presupuesto proyectado (2005-2017). En pocas palabras, el presupuesto de EsSalud mantiene tendencia positiva, con un periodo de crecimiento vigoroso a mediados de la primera década del siglo, que se ha venido desacelerando con el paso de los años.

Gráfico 68.

Evolución de la estructura del gasto de EsSalud, 2005-2017, en porcentajes

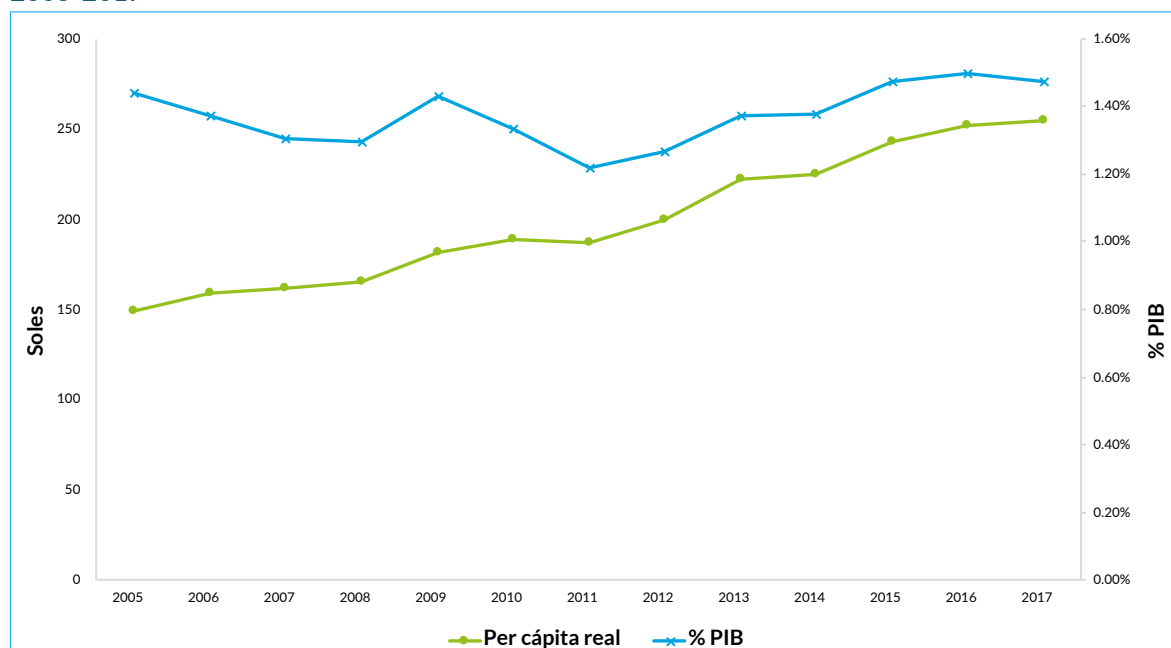


Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

La evolución del presupuesto operativo en términos reales se puede considerar satisfactoria, si bien la desaceleración reciente antes comentada es una condición que también se observa. La tasa promedio de crecimiento en el periodo de análisis fue del 6.0%, aunque desde el 2014 ha caído un 28%, promediando una tasa del 4.3% por año. Dos indicadores adicionales permiten dimensionar con mayor exactitud el desempeño en dicha materia. El primero se refiere a la evolución del presupuesto respecto al PIB, esto identificado como un parámetro de prioridad macroeconómica. Según los datos calculados a la luz del presente informe, el gasto de EsSalud representa un 1.37% del PIB (2005-2017) con una ligera tendencia al alza a lo largo del tiempo. Así las cosas, mientras entre 2005-2007 su presupuesto representó un 1.37% del PIB, entre 2015-2017 se había elevado al 1.48%. El segundo indicador se refiere al gasto real per cápita, que muestra una tendencia creciente con un valor de 254.2 soles por persona (soles del 2010). Esta cifra es 1.7 veces mayor que la existente en el 2005. De forma comparada, el PIB real per cápita creció 1.6 veces en ese mismo periodo, de forma tal que el crecimiento del gasto de EsSalud superó el experimentado por la producción nacional.

Gráfico 69.

Evolución del presupuesto de operación de EsSalud per cápita real y como porcentaje del PIB, 2005-2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

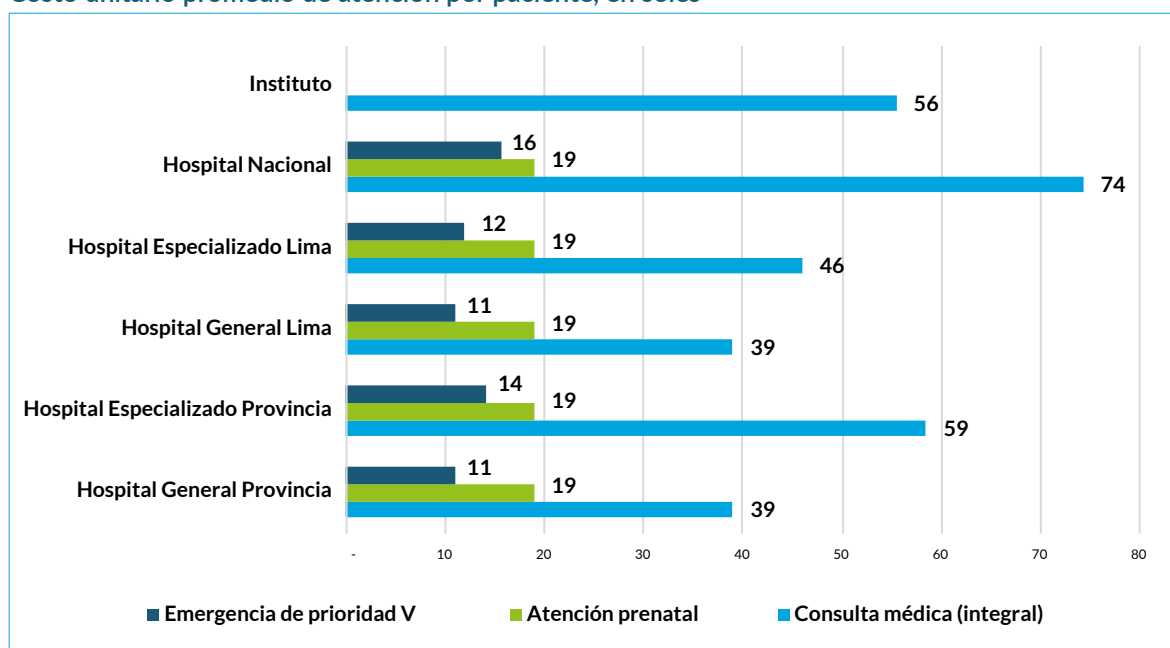
6.3 Costos unitarios: principales características

El análisis de costos unitarios de las diferentes prestaciones asistenciales de salud costeadas por EsSalud permite observar diferencias importantes, que se explican por el nivel de complejidad del proveedor o por su localización geográfica. Por ejemplo, si bien en los gráficos y cuadros de este apartado se incorporan los costos unitarios de los institutos, se considera que por su grado de especialización no son comparables completamente con los demás centros de atención hospitalaria.

En el caso de los servicios asistenciales relacionados con la atención de los pacientes, se encuentran diferencias considerables en el costo de las consultas médicas integrales de acuerdo con el centro de asistencia de salud. Tal y como se ilustra en el siguiente gráfico, el costo de las consultas médicas se incrementa de acuerdo con el nivel de complejidad del centro médico. En este comportamiento destaca la diferencia notable en el costo de la consulta médica en hospitales especializados de provincias, que supera considerablemente al costo de la consulta médica en estos centros en Lima.

El comportamiento antes descrito es aplicable para el costo de las emergencias de prioridad V. En el caso de las consultas prenatales, el costo es idéntico en todos los centros de asistencia de salud, sean de provincia o de la capital del país.

Gráfico 70.
Costo unitario promedio de atención por paciente, en soles



Fuente: tarifario de actividades hospitalarias EsSalud - Ejercicio 2016.

Por su parte, los costos unitarios de internamiento también difieren según sea el nivel de atención hospitalaria y el tipo de internamiento del paciente. Como se observa en el siguiente cuadro, el costo de internamiento mayor corresponde a aquellos pacientes que se encuentran en cuidados intensivos. Dicho costo disminuye conforme se reduce la complejidad del paciente internado.

Los costos de internamiento para cuidados intensivos e intermedios son ligeramente superiores en los hospitales de provincia con respecto a los costos en la capital, tanto en hospitales generales como en los especializados. En contraste, los costos de vigilancia intensiva son significativamente superiores en los hospitales de Lima. En general, del siguiente cuadro se desprenden las siguientes observaciones:

- En promedio, una hospitalización en un centro especializado es un 16.3% mayor que en un hospital general. La brecha, sin embargo, es mayor para centros de provincia que en Lima.
- Los pacientes de cuidados intensivos cuestan 3.1 veces más que aquellos con internamiento regular. Esta diferencia fluctúa entre 2.1 veces en los institutos y 4.2 en los hospitales especializados de Lima.
- Para hospitales de igual complejidad (generales y especializados), los costos en Lima suelen estar ligeramente por debajo que los provinciales. Estas diferencias son muchas veces poco significativas (1-2 soles de diferencia por día de internamiento), aunque en el caso de vigilancia intensiva Lima recibe en promedio 57 soles más que los proveedores provinciales a nivel de hospital general y 237 soles más a nivel especializado.

Cuadro 59.
Costo unitario promedio de un día de internamiento, en soles

	Hospitalización	Cuidados intensivos	Cuidados intermedios	Vigilancia intensiva	Emergencia > 24 horas
Hospital General Provincia	264	628	314	445	288
Hospital Especializado Provincia	314	1,261	632	225	555
Hospital General Lima	263	626	312	502	292
Hospital Especializado Lima	299	1,260	629	462	466
Hospital Nacional	340	1,268	640	-	891
Instituto	322	683	350	-	344

Fuente: tarifario de actividades hospitalarias EsSalud - Ejercicio 2016.

En lo que se refiere a la atención de emergencias médicas, la situación es similar. El costo unitario de la atención crece conforme el grado de prioridad de la emergencia en todos los centros de atención médica; asimismo, el costo de la atención de emergencias es superior en los hospitales nacionales, duplicando en muchos casos el costo del internamiento en los hospitales generales. No existen diferencias significativas en el costo de la atención de emergencias en los hospitales generales entre provincias y la capital; no obstante, en el caso de las emergencias en los hospitales especializados, el costo es superior en las provincias.

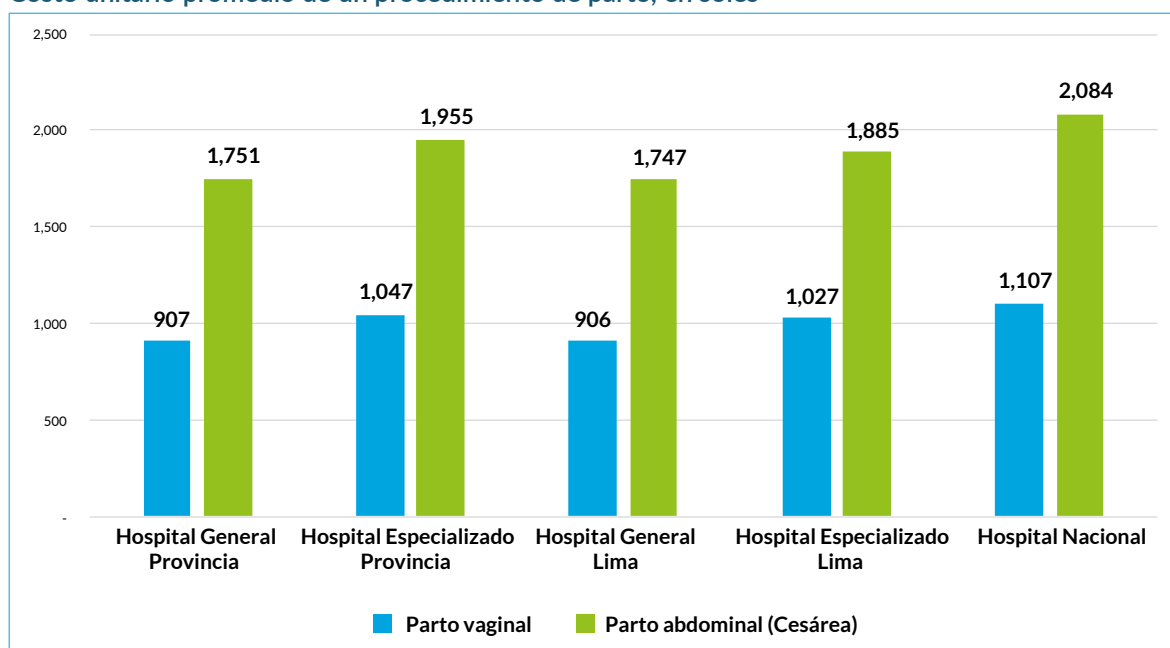
Cuadro 60.
Costo unitario promedio por un paciente atendido en la Unidad de Emergencias, en soles

	Prioridad				
	I	II	III	IV	V
Hospital General Provincia	327	148	52	18	11
Hospital Especializado Provincia	543	166	65	20	14
Hospital General Lima	326	148	52	18	11
Hospital Especializado Lima	534	163	56	16	12
Hospital Nacional	548	175	73	22	16
Instituto	272	101	36	-	-

Fuente: tarifario de actividades hospitalarias EsSalud - Ejercicio 2016.

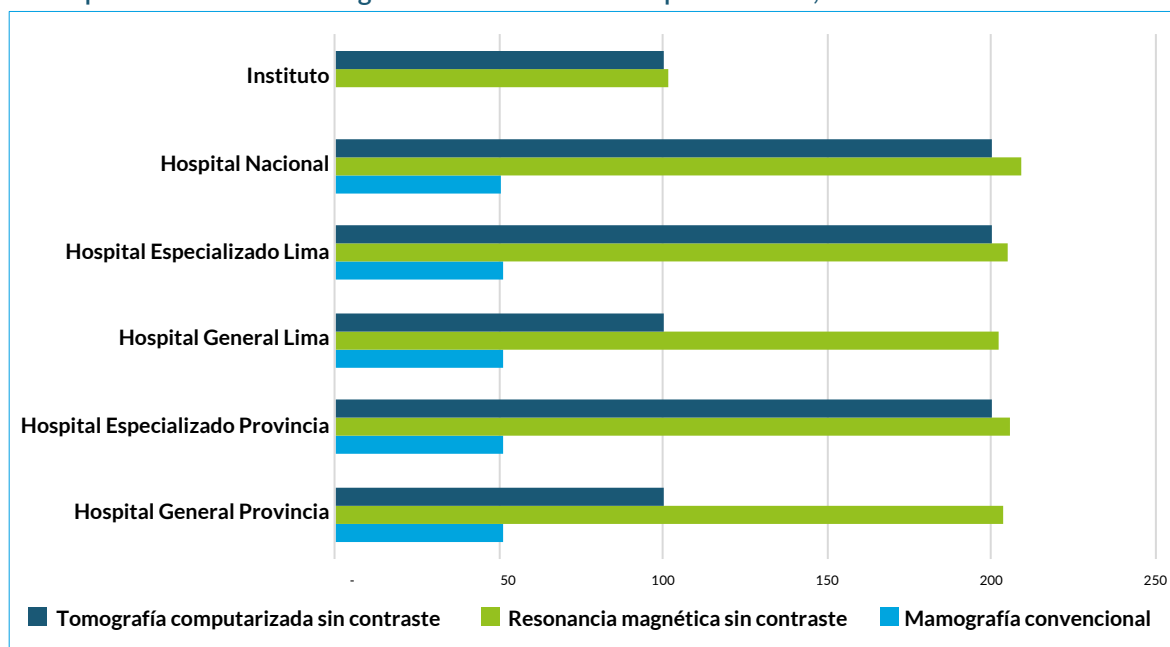
Otro indicador interesante para determinar diferencias entre los costos unitarios es la atención de los procedimientos de parto, pues permite establecer diferencias de costos por un procedimiento más estandarizado. En términos generales, el costo del parto abdominal es superior al del parto vaginal en todos los centros de atención de salud y, según muestra el siguiente gráfico, el costo superior de ambos procedimientos se encuentra en los hospitales nacionales. El costo de la atención de un parto en un hospital nacional supera casi en un 20% la atención del mismo procedimiento médico en los hospitales especializados de provincias y de la capital.

Cabe destacar que el costo de ambos procedimientos no difiere entre los hospitales generales de provincia o de la capital; sin embargo, existen diferencias en el caso de los hospitales especializados, siendo superiores los costos en los hospitales de provincia.

Gráfico 71.**Costo unitario promedio de un procedimiento de parto, en soles**

Fuente: tarifario de actividades hospitalarias EsSalud - Ejercicio 2016.

El comportamiento de los costos de los servicios asistenciales anteriormente descritos no difiere de lo que acontece con el costo unitario de los exámenes médicos en los diferentes centros asistenciales de salud. No obstante, en estos procedimientos estandarizados, las diferencias son considerablemente menores.

Gráfico 72.**Costo promedio unitario de algunos exámenes médicos para EsSalud, en soles**

Fuente: tarifario de actividades hospitalarias EsSalud - Ejercicio 2016.

Finalmente, en el caso de las intervenciones quirúrgicas, el costo unitario se incrementa con respecto al grado de complejidad de las cirugías y al nivel de atención del centro hospitalario.

Tal y como se observa en el siguiente cuadro, el costo de las cirugías del mismo grado de complejidad es significativamente superior en los hospitales nacionales, brecha que se amplía conforme aumenta el grado de complejidad de estas intervenciones. La diferencia de costos no es significativa entre provincias y la capital.

Cuadro 61.

Costo unitario promedio de una intervención quirúrgica, en soles

	Mayor de alta complejidad	Mayor de mediana complejidad	Mayor de baja complejidad	Menor de alto requerimiento	Menor de bajo requerimiento
Hospital General Provincia	3,596	1,199	793	472	163
Hospital Especializado Provincia	5,601	2,054	1,169	619	179
Hospital General Lima	3,567	1,194	790	470	162
Hospital Especializado Lima	4,392	1,535	1,093	620	179
Hospital Nacional	7,205	2,752	1,392	664	192
Instituto	6,813	2,634	1,265	983	69

Fuente: tarifario de actividades hospitalarias EsSalud - Ejercicio 2016.

6.4 Características y desempeño del gasto corriente

El gasto corriente u operativo comprende las erogaciones en bienes y servicios que realiza una entidad sin que esto implique aumentar el patrimonio de la institución. En el caso particular de EsSalud, la clasificación utilizada para categorizar el gasto de operación comprende los siguientes rubros:

- Compra de bienes.
- Gastos de personal (GIP).
- Servicios prestados por terceros.
- Tributos.
- Gastos diversos de gestión.
- Otros.

Se excluye como parte de este análisis las transferencias a la ONP, que serán valoradas más adelante. Vale la pena recalcar que entre 2005 y 2010 EsSalud clasificó tales transferencias como parte del gasto operativo, pero posteriormente fueron separadas y contempladas como una categoría distinta.

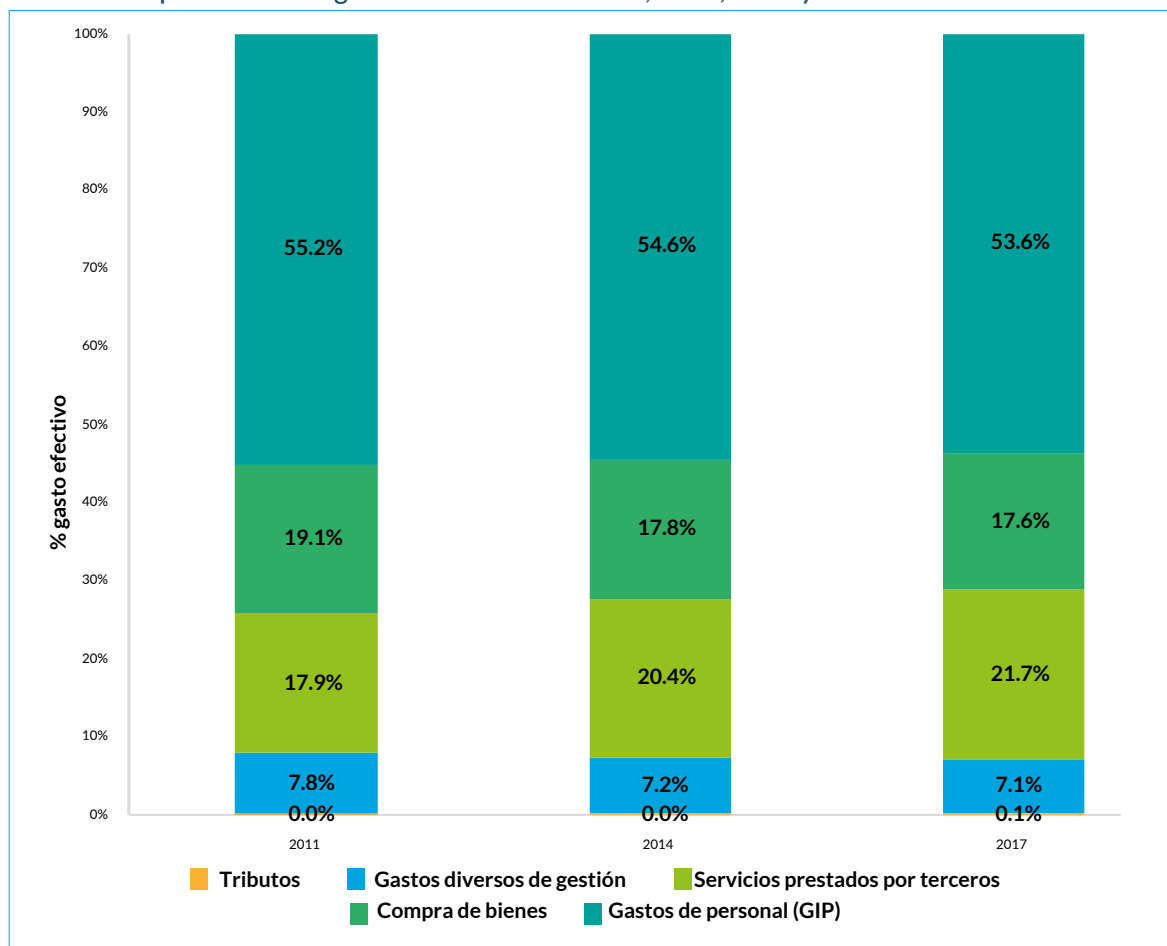
Entre el 2011 y el 2017, el gasto corriente o de operación de EsSalud creció a una tasa media del 9.7% por año, con cierta desaceleración a partir del 2014 (7.8% por año). En cuanto a su estructura, tres aspectos merecen resaltarse. El primero rescata que alrededor del 92.5% del gasto se concentra en erogaciones de personal, compras y servicios prestados por terceros. Si bien a lo largo del tiempo este porcentaje ha tendido al alza, ciertamente durante la presente década se ubica en el rango del 92.2%-92.9%, es decir, se puede asegurar que es un bloque con participación estable en la composición del gasto operativo. La otra partida pendiente, la de gastos diversos de gestión (que incluye rubros como seguros, viáticos y gastos de representación), representa uno de cada 13 soles gastados en materia operativa.

En segundo lugar, los gastos en personal, en el que predomina el pago de remuneraciones, pesan poco más de la mitad del gasto operativo y constituyen el ítem más grande de este. De esta forma, mientras el 55% del gasto corriente se destinaba a gastos de personal en el 2011, para el 2017 dicho porcentaje había bajado al 53.6%.

Finalmente, de los tres principales rubros, solo el de servicios prestados por terceros ganó participación, según se observa en el gráfico a continuación. Así, entre 2011 y 2017, este rubro pasó del 17.9% al 21.7% del total de gasto corriente, mientras compras y personal perdieron 1.5 puntos y 1.6 puntos, respectivamente.

Gráfico 73.

Distribución porcentual del gasto corriente de EsSalud, 2011, 2014 y 2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

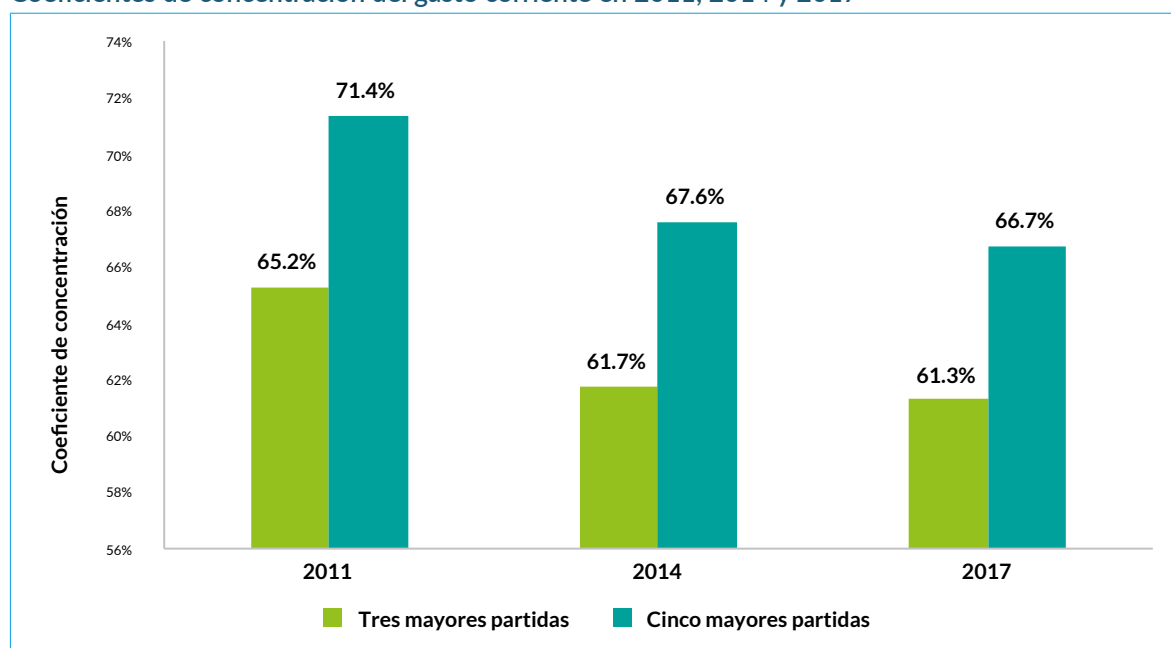
El análisis a nivel de macrocategoría no permite adentrarse en los detalles relacionados con aquellas partidas presupuestarias que impulsan o contienen el gasto de EsSalud. Por lo tanto, se hace menester descomponer cada uno de los grandes rubros de gasto operativo para entender las fuerzas que lo están impulsando a través de los años.

En cuanto a su peso individual, las tres categorías más grandes son sueldos y salarios (39% del gasto operativo en 2017), insumos y suministros (16.4%) y pensiones (5.8% del total)²⁶. En otras palabras, 6 de cada 10 soles se asignaron a alguna de esas tres partidas. Al ampliarse el análisis de concentración a las cinco partidas más elevadas (i. e., añadir servicios de vigilancia, guardianía y limpieza y seguridad y previsión social), el valor agregado se ubica en algo cercano al 66% del gasto corriente. La tendencia en ambos casos es a la baja, es decir, a una menor concentración del gasto en estos rubros.

²⁶ El rubro "Otros servicios prestados por terceros" (14.3%) es en realidad el tercer mayor ítem presupuestario, superior al de pensiones. No obstante, por ser un consolidado de partidas, no se contempla en la lista de las tres más grandes. Aparte del volumen de gasto que representa, este rubro tuvo un crecimiento acelerado y por encima del resto de categorías que lideran la lista. En general, las partidas denominadas bajo el formato de "Otras" no fueron contempladas.

Gráfico 74.

Coefficientes de concentración del gasto corriente en 2011, 2014 y 2017



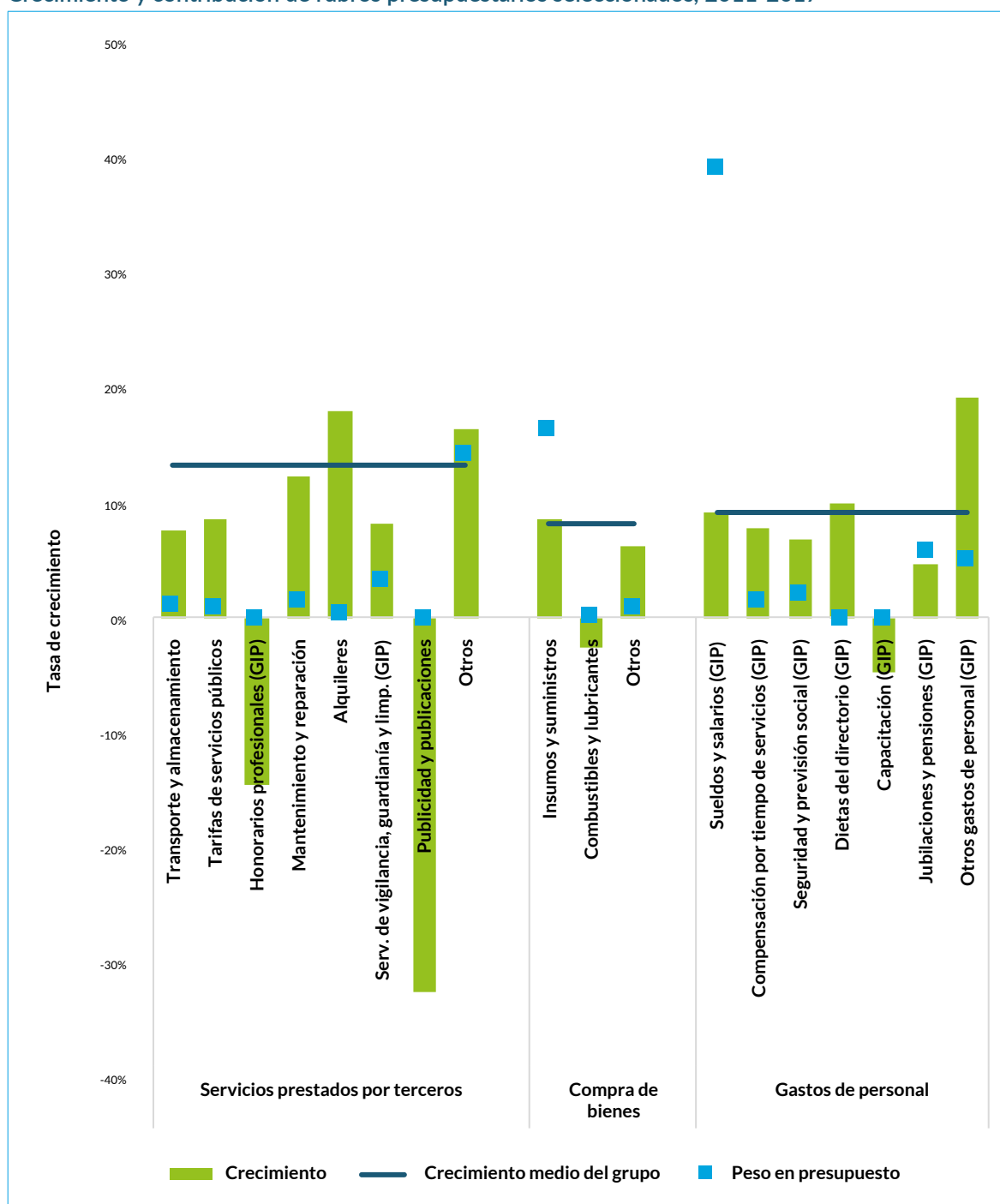
Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Una forma de analizar con más detalle los denominados “motores del crecimiento presupuestario” es por medio de un cruce entre el peso porcentual del rubro y su tasa de crecimiento promedio. El gráfico a continuación muestra, para las partidas presupuestarias pertenecientes a gastos de personal, compra de bienes y servicios prestados por terceros, sus respectivas participaciones porcentuales y tasas de crecimiento, estas últimas comparadas con el incremento de la macrocategoría como un todo. Para considerarse un impulsor o motor del crecimiento presupuestario, la correspondiente partida debe tener dos condiciones, a saber: pesar mucho en la estructura del gasto y crecer por encima del grupo y/o del presupuesto total.

Bajo tales consideraciones, las tres partidas que impulsan el gasto operativo de EsSalud son **sueldos y salarios, insumos y suministros y otros servicios prestados por terceros**. Las tres contribuyen con el 70% del presupuesto y crecieron, conjuntamente, un 10.3% por año. La partida llamada “Otros servicios”, en lo específico, creció un 16.5%, tasa que le permitió pasar del 10% de aporte al presupuesto en el 2011 al 14.3% en el 2017.

Gráfico 75.

Crecimiento y contribución de rubros presupuestarios seleccionados, 2011-2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

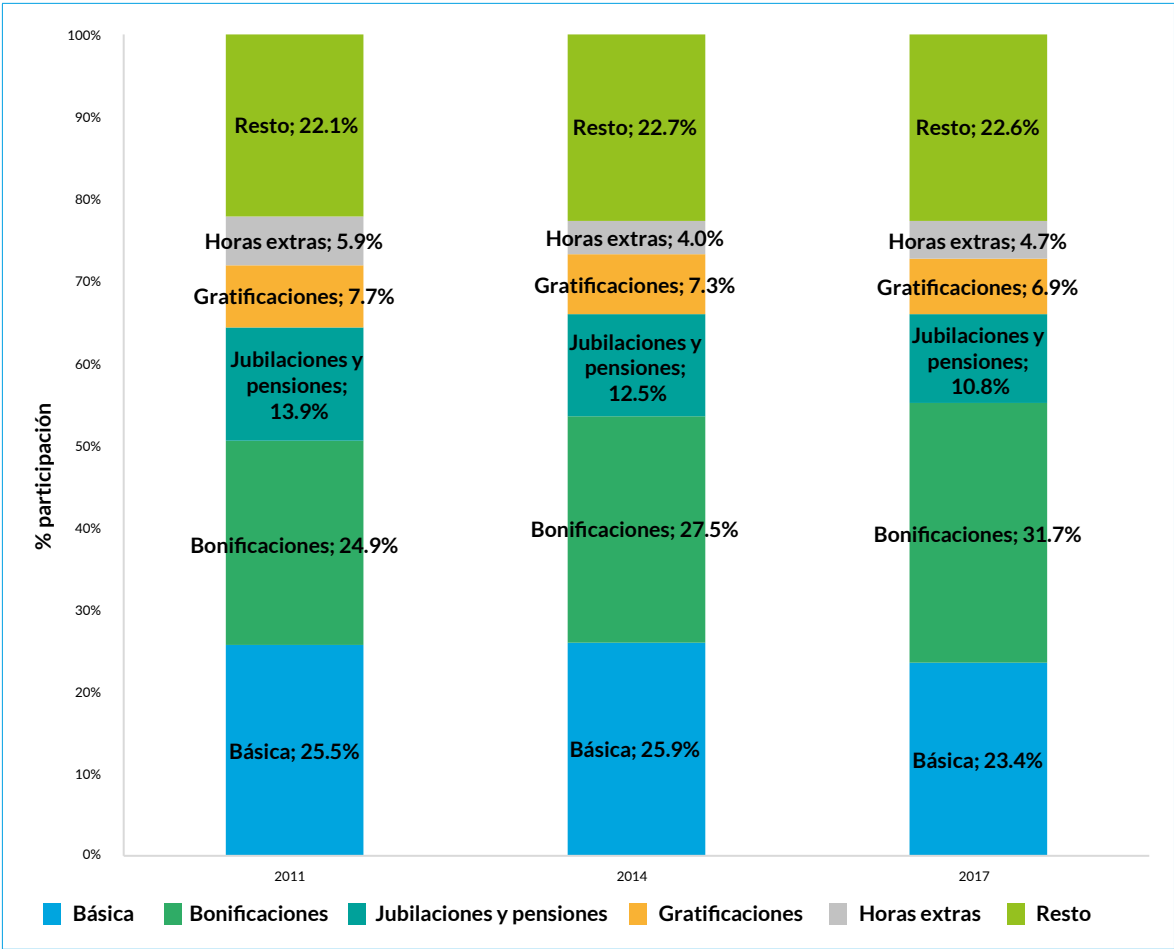
6.4.1 Evolución de los gastos de personal

Siendo los gastos de personal el mayor componente del gasto de EsSalud, se hace necesario analizar algunas de sus principales tendencias y características. Cabe mencionar que dicha partida es producto de tres bloques de gasto: **sueldos y salarios**, que incluye remuneraciones básicas, gratificaciones y bonificaciones, entre otros rubros; **otras remuneraciones**, que incorporan seguridad social, pago de pensiones y dietas principalmente, y **otros gastos de personal** (bono de productividad, refrigerio, uniformes, etc.).

Tal y como se mencionó anteriormente, el rubro salarial comprende cerca del 40% del presupuesto operativo. Creció a una tasa del 9.2% desde el 2011, convirtiéndose en uno de los más dinámicos del gasto institucional. Como porcentaje del PIB, los gastos de personal pasaron del 0.67% al 0.78% entre 2011 y el 2017. Esto evidencia un acelerado ritmo de crecimiento por encima de la economía y debería alertar sobre la necesidad de revisar los distintos rubros salariales para identificar eventuales factores de insostenibilidad.

Un acercamiento a los distintos componentes salariales permite identificar algunas de estas preocupaciones. Quizás dos aspectos merecen comentarios. El primero es que, al contrario de lo que sucede en otras estructuras salariales, en EsSalud el pago de bonificaciones tiene actualmente mayor peso que las remuneraciones básicas. Esto es contradictorio por cuanto cualquier tipo de incentivo debería ser una fracción del salario base. Según los datos emanados del gráfico a continuación, mientras los salarios básicos crecieron a un ritmo del 7.6% por año desde el 2011, las bonificaciones lo hicieron al 13.6%. En consecuencia, mientras en el 2011 las remuneraciones básicas y las bonificaciones compartían participaciones similares en el gasto salarial (25.5% y 24.9%, respectivamente), para el 2017 el distanciamiento era significativo (23.4% y 31.7%). Esta brecha se acentuó en el último trienio. Por ejemplo, entre 2011 y 2014 las remuneraciones básicas crecieron un 12.2% versus un 15.3% en las bonificaciones. Sin embargo, entre 2014 y 2017 las tasas anuales se redujeron considerablemente en la primera de esas partidas (3.2%), en tanto las bonificaciones continuaron creciendo a dos dígitos (12%). Al día de hoy, ambas partidas suman el 55% de los gastos de personal (2011 = 50.4%).

Gráfico 76.
Crecimiento y contribución de rubros presupuestarios seleccionados, 2011, 2014 y 2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Otra partida que llama la atención por su desempeño reciente es el llamado “bono de productividad” (BdP). El BdP es un incentivo introducido en el 2012 con el objetivo de premiar la eficiencia y calidad en la provisión de servicios clínicos. Bajo este esquema, el funcionario recibe un bono de entre un 10% y un 15% de su sueldo, según la calificación recibida.

El crecimiento de esta partida ha sido altamente acelerado. Para el 2012 el gasto ejecutado por el BdP fue de 176.6 millones de soles, un 5.2% del gasto total en gastos de personal. En cuestión de cinco años, su valor se duplicó hasta los 358.6 millones de soles. Esto significó un crecimiento medio anual del 15.2%, que le permitió ascender al 6.7% del gasto total en la categoría. Al igual que en el caso previo, fue el periodo 2012-2014 el que le dio el impulso al BdP: las tres cuartas partes del aumento entre 2012 y 2017 se dieron antes del 2015. La creación y operación del BdP trae sobre el tapete la discusión de si el incentivo efectivamente ha propiciado un aumento en la producción asistencial y su nivel de eficiencia. Algunos funcionarios consideran que no fue así y que, peor aún, el haber consagrado el BdP en la escala salarial según Resolución N°666-GG-ESSALUD-2014 ha hecho que la bonificación haya perdido su naturaleza inicial.

Si bien el crecimiento en las remuneraciones presentó un comportamiento dinámico a lo largo de esta década, no se le debe atribuir todo este aumento únicamente al factor monetario. Los movimientos en la masa salarial (que es lo que se ha analizado hasta ahora) son producto de cambios en las escalas salariales, en los incentivos laborales y en el tamaño de la planilla. Para entender el aporte de cada uno de ellos, se hace necesario descomponer la tasa de crecimiento salarial por cada uno de los factores. A nivel global, la partida de sueldos y salarios creció un 9.2% por año entre 2011 y 2017. Para descontar el efecto del crecimiento en la planilla, el informe estimó el sueldo por trabajador de forma que se descuenta el aumento en el número de trabajadores.

Según datos de EsSalud, el total de funcionarios creció a un ritmo del 3.6% por año, pasando de 45,359 trabajadores (2011) a poco más de 56,000. Esto significa que el 39% del crecimiento en los sueldos y salarios de EsSalud se explica por los cambios en la planilla; complementariamente, el 61% se debió a movimientos monetarios en los salarios mismos o en alguno de los beneficios incluidos en dicha categoría.

El descuento de la planilla permite calcular el costo salarial por trabajador. Dos estimaciones fueron consideradas. La primera incluyó un concepto restringido de costo salarial que contemplaba únicamente los componentes de la categoría “Sueldos y salarios” (básicas, bonificaciones, gratificaciones, asignaciones, horas extras y otros). El segundo cálculo utiliza un concepto ampliado en el que, además de lo anterior, se suman rubros como compensación por tiempo de servicios, seguridad y previsión social, seguro complementario de alto riesgo, bono de productividad y otros. Se excluyeron ítems como pensiones, refrigerios, uniformes y capacitaciones.

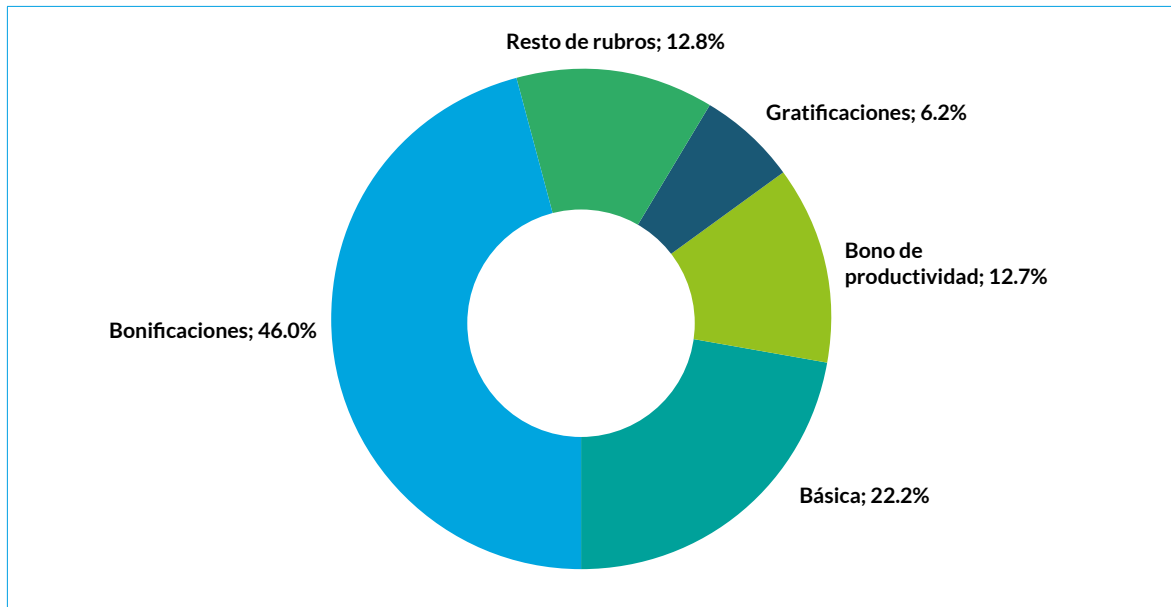
El costo salarial nominal por trabajador se calculó en 69,678 soles (concepto restringido) y en 83,292.9 soles (concepto amplio) para el 2017 con tasas de crecimiento promedio del 5.4% y del 5.9% anual, valores que difieren del crecimiento salarial total en, justamente, el ritmo de aumento de la planilla. En términos reales, eso significó, respectivamente, 54,588 y 66,412.7 soles.

Tal y como se mencionó antes, el crecimiento de la planilla explica el 39% del aumento en los salarios de EsSalud (concepto restringido), cifra que baja al 37.1% en el caso de las remuneraciones de concepto amplio. Eso implica que el 63% restante se debe a variaciones en el salario por trabajador. El gráfico a continuación refleja la participación de cada uno de esos componentes en el *crecimiento del salario*

promedio. Así, un 46% del cambio en dicha variable se debe al aumento en el rubro “bonificaciones”, mientras un 22% adicional se explica por los incrementos del salario base. Un detalle importante es que el BdP, no obstante su reducida (pero creciente) participación en el total, explica un 12.7% de las variantes.

Gráfico 77.

Participación de cada rubro salarial en la tasa de crecimiento de las remuneraciones



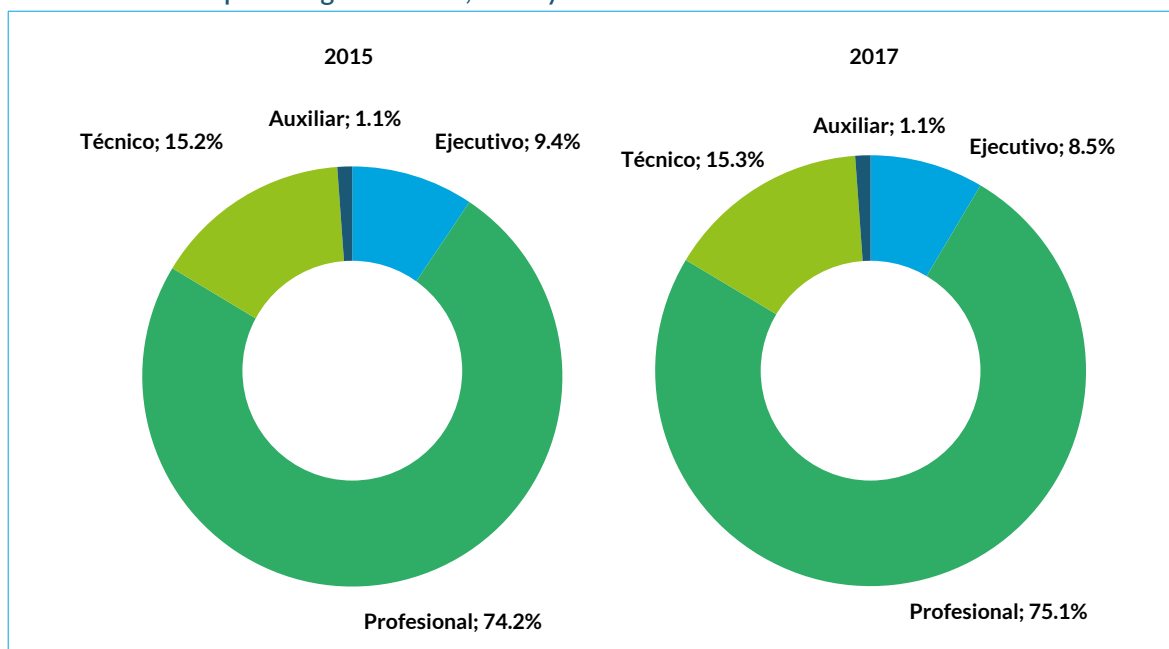
Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Si la valoración se traslada del salario promedio a la masa salarial, entonces los resultados mostrarían la siguiente desagregación por componentes:

- Crecimiento de planilla: 37.1% del aumento en remuneraciones.
- Bonificaciones: 29.0%.
- Básica: 14.0%.
- Bono de productividad: 8.0%.
- Gratificaciones: 3.9%.
- Resto de rubros: 8.1%.

Finalmente, si bien la estructura salarial por categoría laboral no muestra cambios sustantivos, entre 2015 y 2017 se dieron algunas variantes incipientes. Así, tres de cada cuatro soles en remuneraciones se destinan al pago de clases profesionales, mientras uno de cada siete soles se orienta a categorías técnicas. Entre esos dos años, la categoría profesional ganó un punto porcentual, mientras las remuneraciones ejecutivas cayeron en igual magnitud.

Gráfico 78.
Estructura salarial por categoría laboral, 2015 y 2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

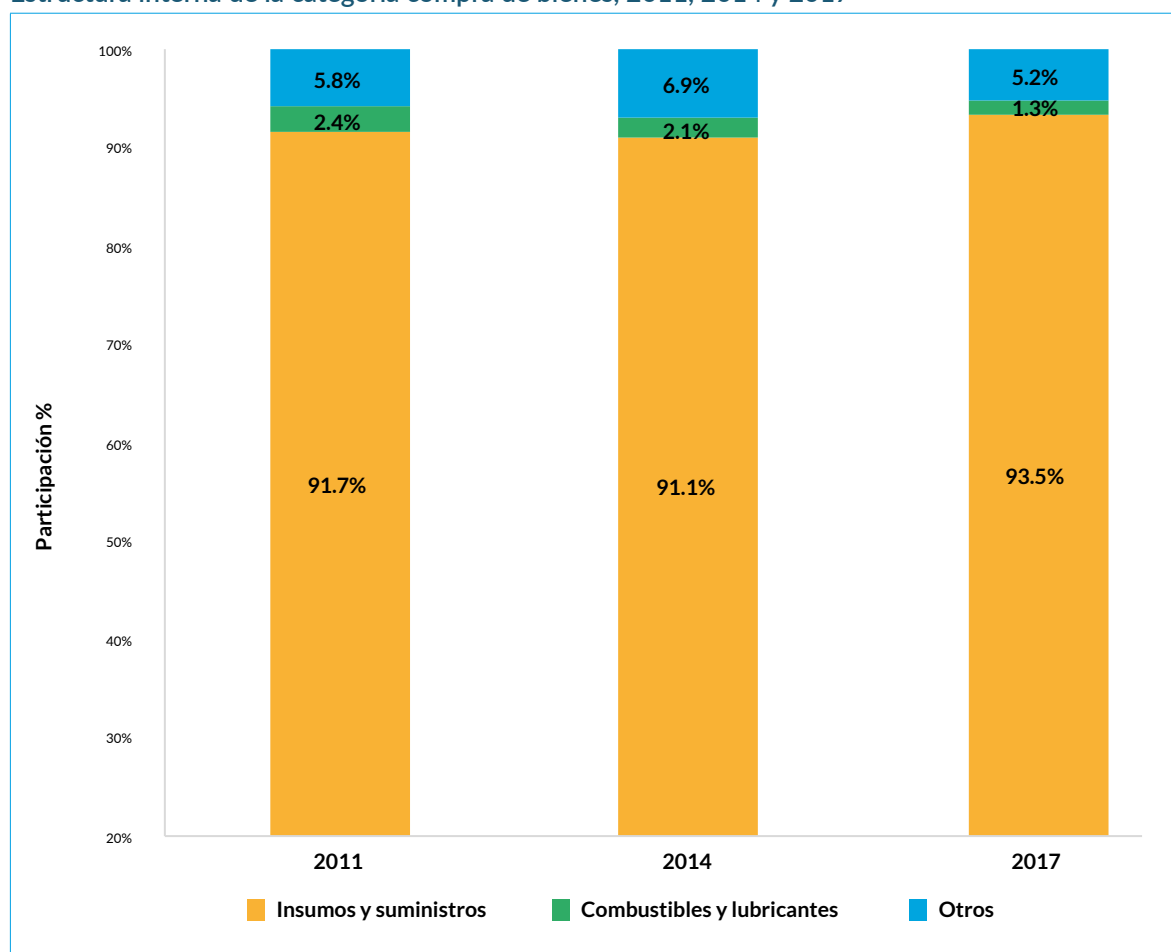
6.4.2 Evolución de servicios prestados por terceros y compra de bienes

Tal y como se presentó páginas arriba, además de las remuneraciones, la compra de bienes y el pago de servicios prestados por terceros son las otras dos grandes categorías que conforman el gasto operativo, ambas con una participación conjunta del 39% de las erogaciones.

Al adentrarse en su composición y comportamiento, los datos muestran dos realidades distintas. En el caso de la compra de bienes, los insumos y suministros pesan el 93% de la categoría, muy por encima de combustibles y “resto de compras”. Además, insumos no es solo el rubro de más peso, sino también el de mayor crecimiento en el tiempo: un 8.6% promedio por año.

Gráfico 79.

Estructura interna de la categoría compra de bienes, 2011, 2014 y 2017

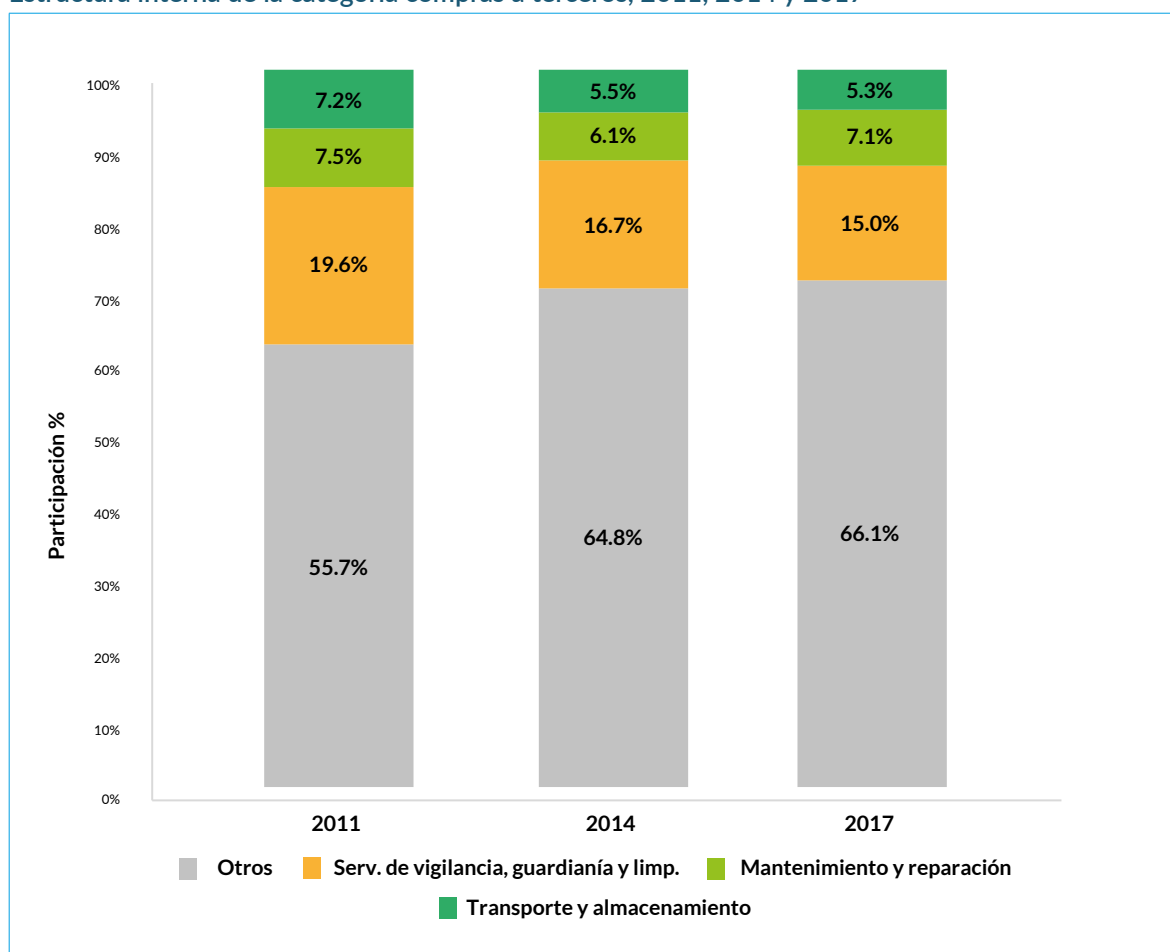


Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

En el caso de las compras a terceros, su situación varía considerablemente en relación con la categoría anterior. En este caso, las “Otras compras a terceros” se posiciona como el rubro más grande y con un crecimiento tan acelerado que le permitió ganar 11 p.p. de participación entre 2011 y 2017. De esta forma, al finalizar el 2017, dos de cada tres soles asignados a compras a terceros se asignaron a otras compras. De hecho, esta fue la única categoría en ganar peso en la estructura bajo análisis.

Otros ítems también tienen un peso importante. Por ejemplo, los servicios de vigilancia y limpieza representan el 15% de dicho gasto, mientras mantenimiento añade un 7% extra. Ambos redujeron su participación relativa. En el extremo del espectro se ubican partidas como honorarios profesionales y publicidad, que cayeron en cuanto a monto asignado (i. e., decrecieron a través del tiempo) al punto que, en el caso de esta última, el gasto en el 2017 fue una décima parte del observado en el 2011.

Gráfico 80.
Estructura interna de la categoría compras a terceros, 2011, 2014 y 2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

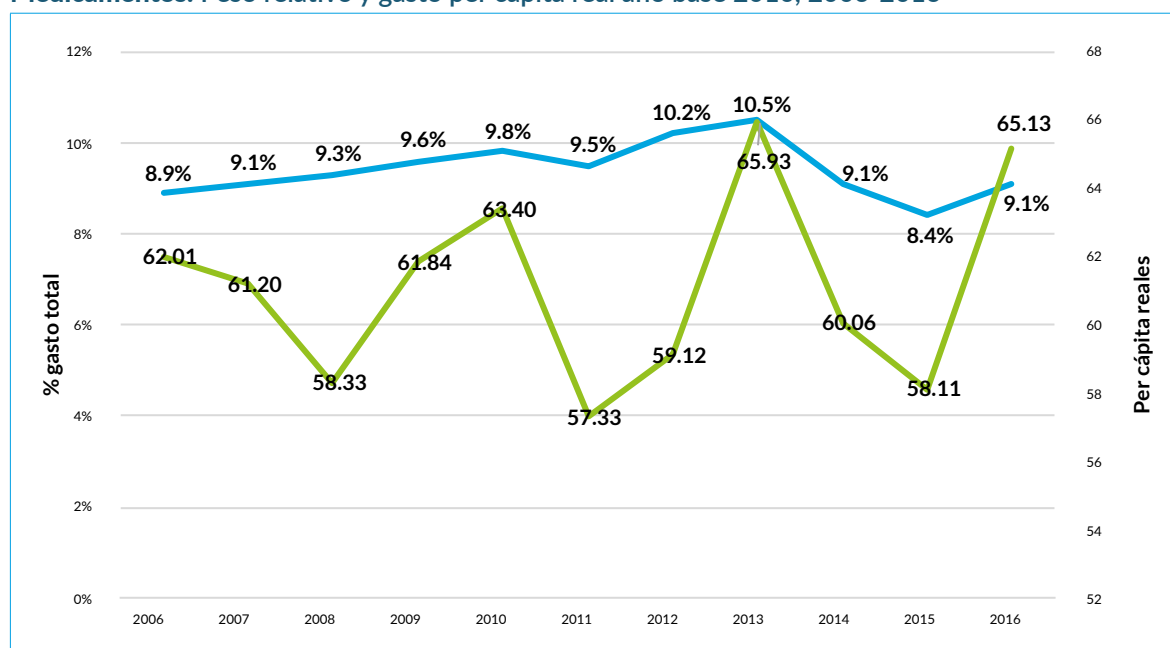
6.4.3 Medicamentos

El rubro de medicamentos suele ser foco de atención en los análisis financieros y presupuestarios de los seguros sociales. Esto se explica principalmente por dos cuestiones. La primera se debe a su ya elevado peso en el gasto (usualmente cercano al 10%) y la segunda porque la creciente participación de las enfermedades crónicas implica una mayor demanda por aquellas medicinas que consumen los pacientes en dichas condiciones.

En el caso de EsSalud, el peso promedio de los medicamentos en el gasto total rondó el 9.4% entre 2006 y 2016, con un mínimo del 8.4% y un máximo del 10.5%. Si bien durante este último año se dio una recuperación importante, lo cierto es que desde el 2013 su peso relativo había venido cayendo de forma persistente y su patrón de comportamiento solía ser altamente errático, con caídas en su tasa de crecimiento real en cinco de los diez años analizados.

Gráfico 81.

Medicamentos: Peso relativo y gasto per cápita real año base 2010, 2006-2016



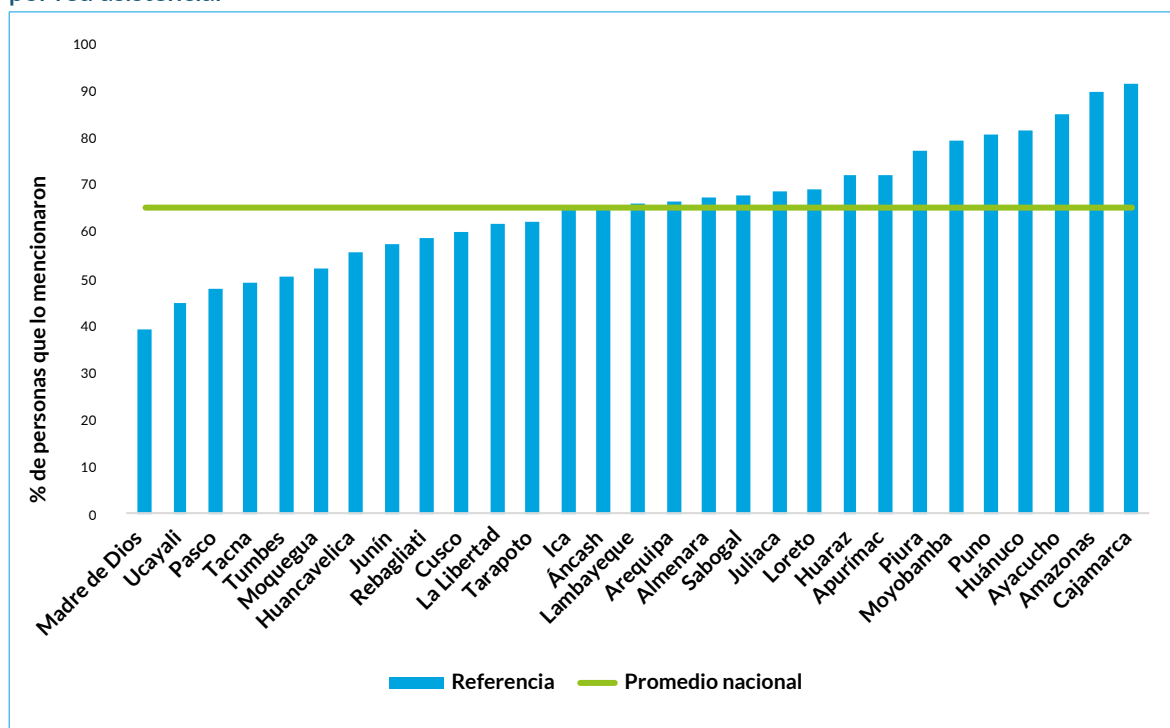
Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Como es de esperar, los vaivenes en el gasto en medicamentos se traducen en problemas de calidad y acceso a servicios de salud de primera para los asegurados. Algunos datos dan cuenta de la magnitud del problema referido. Por ejemplo, según la Encuesta Nacional Socioeconómica y de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud (2015), un 21.2% de los asegurados hospitalizados de EsSalud han experimentado carencia de medicamentos durante su estancia. La misma encuesta, así como el documento titulado “Mapas de Principales Indicadores de Acceso a la Salud y Prestaciones Económicas de la Población Asegurada en EsSalud, por Redes Asistenciales (2015)”, establece otras conclusiones, como las siguientes:

- En materia de consulta externa, entre aquellos que calificaron con nota baja los servicios de salud, mejorar el abastecimiento de medicamentos se posicionó como la tercera oportunidad de mejora más frecuentemente mencionada (64.9% de las veces) por los entrevistados, luego de la oferta de citas de especialidades (1) y de medicina general (2). Entre aquellos que dieron las calificaciones más bajas, acceso a medicamentos fue el segundo más importante.
- A nivel de hospitalización y emergencias, medicamentos no aparecen dentro de los cinco aspectos de mejora que definieron los entrevistados.
- Según red asistencial, medicamentos fue altamente referenciada como área de potencial mejora en Ayacucho, Amazonas y Cajamarca, redes todas donde más del 85% de las personas que dieron calificación baja la mencionaron. Por otro lado, en Madre de Dios, Ucayali, Pasco y Tacna, la referencia al acceso a medicinas no superó el 50% de las respuestas.
- Según el documento de *Mapas de Indicadores*, falta de medicamentos es la segunda queja más frecuente entre los asegurados, siendo Huancavelica, Amazonas y Piura las poblaciones donde este tema es un problema mayor.
- A nivel nacional, un 8.1% de los asegurados enfermos o accidentados no recibieron los medicamentos requeridos. Ayacucho aparece como la red con mayores porcentajes de no cumplimiento (13.2%), seguida por Moyobamba (12.3%).

Gráfico 82.

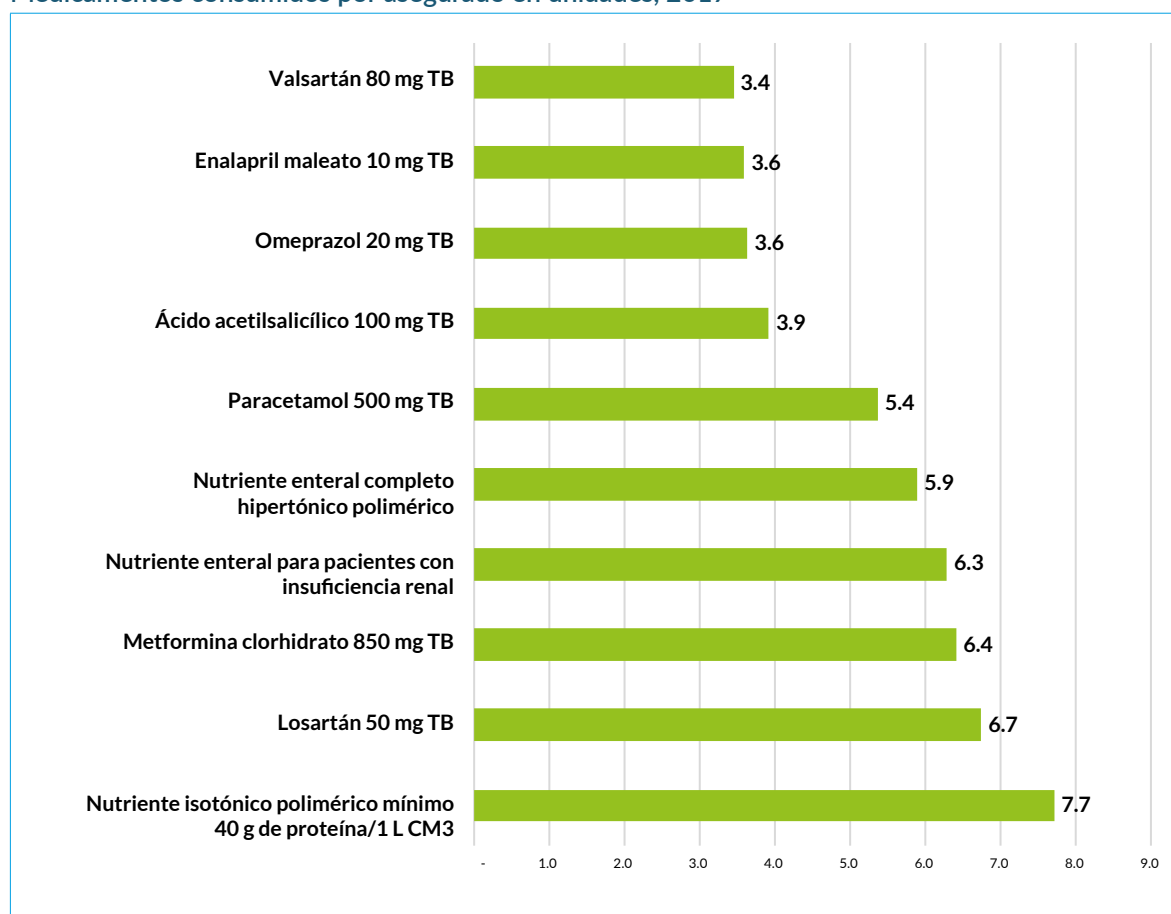
Porcentaje de entrevistados que menciona medicamentos como oportunidad de mejora del sistema, por red asistencial



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

En cuanto consumo y gasto, el gráfico a continuación muestra los diez medicamentos con mayor consumo por asegurado (sean o no aplicados para toda la población). De esta forma, durante el 2017, sobresalen el nutriente isotónico, losartán (control de hipertensión) y metformina (diabetes). Los diez medicamentos de mayor consumo en EsSalud representan el 36.1% de todas las unidades consumidas. En cuanto al gasto, Grushka (2016: 78) menciona que los grupos terapéuticos más costosos para la entidad son “los analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios no esteroideos y antigotosos, antiinfecciosos, cardiovascular, respiratorio, hematología, hormonas y drogas relacionadas”.

Gráfico 83.
Medicamentos consumidos por asegurado en unidades, 2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

6.5 Gasto de capital

Las inversiones en programas y el gasto de capital se relacionan con dos cuestiones: a) inversiones de EsSalud en estructura física y equipo necesario para la provisión de servicios o para la atención administrativa de los procesos relacionados, y b) inversiones financieras.

6.5.1 La orientación futura de la política de inversiones

El denominado Programa Multianual de Inversiones de EsSalud 2018-2020 ha definido sus prioridades políticas en torno a cinco grandes objetivos:

1. Priorizar inversiones para fortalecer los servicios de salud del primer nivel de atención dado el creciente rol estratégico que tendría en los años por venir. Inversiones crecientes en este segmento sanitario mejorarían la provisión y el acceso de servicios a la población.
2. Fortalecer la planificación de inversiones, orientada a organizar normativas y metodologías estandarizadas para la valoración de proyectos de infraestructura. Además, se prevé la preparación de un Plan Director de Inversiones institucional como herramienta técnica de planeamiento que detecte brechas para un plazo de diez años.
3. Optimizar las inversiones, esto es, hacer el mejor uso posible de las instalaciones existentes y de los acuerdos multinacionales en la provisión de servicios, esto en un entorno ecoeficiente y sostenible.

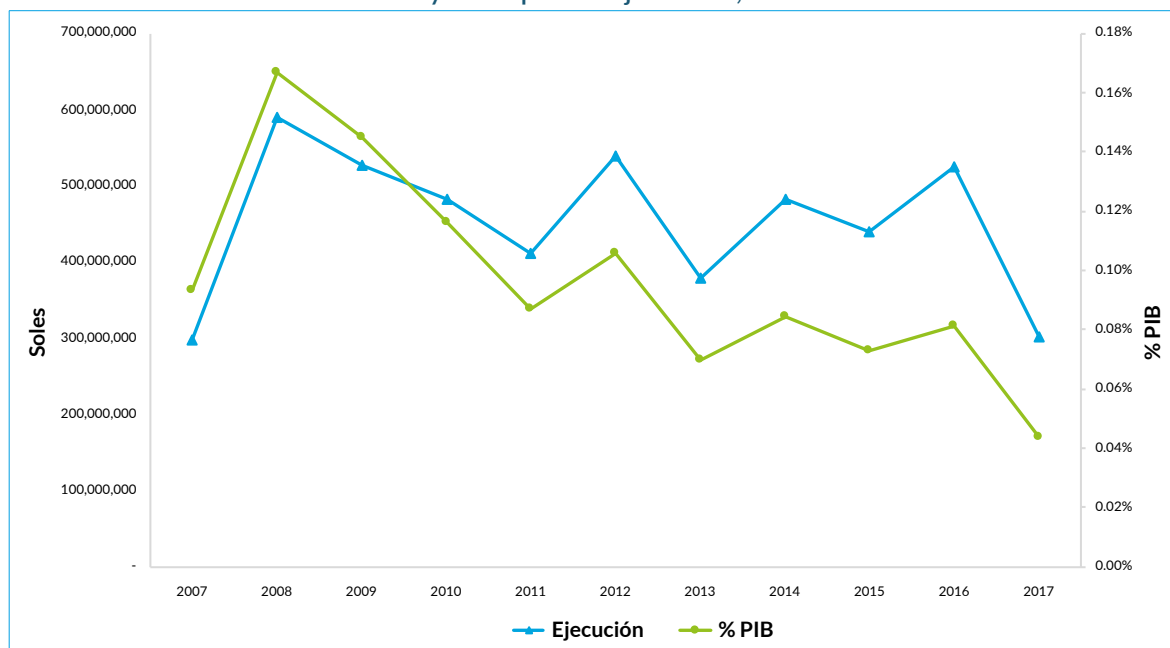
4. Contribuir a mejorar la calidad de los servicios de salud por medio del establecimiento de estándares de calidad en los recursos, el mejoramiento de la gestión de riesgo y la promoción de inversiones con enfoque de calidad y oportunidad.
5. Fortalecer los principios de solidaridad, integralidad y equidad, objetivo orientado a un mejor acceso geográfico a poblaciones tradicionalmente segmentadas y a la garantía de continuidad y mejora en los servicios a nivel nacional.

Los datos disponibles muestran que, en promedio, EsSalud ha venido invirtiendo cerca de 452 millones de soles por año desde el 2007, con una ligera tendencia al declive en los años recientes²⁷. De esta forma, en el quinquenio 2007-2011 se invirtió a un ritmo de 461.2 millones por año, en contraste con el periodo 2012-2017, cuando el gasto medio fue de 444.4 millones. De hecho, en el último bienio (2016-2017), el monto asignado por año fue un 8.6% menos que el promedio del periodo. Lo anterior significa que la tasa de crecimiento de la inversión de EsSalud fue del 6% por año, con una enorme variabilidad entre los distintos años. Así, por ejemplo, en 2008, 2012 y 2014, el gasto de capital ejecutado creció por encima del 25% respecto al año previo, mientras en seis años (2009, 2010, 2011, 2013, 2015 y 2017) el crecimiento fue negativo.

En términos respecto al PIB, la inversión de EsSalud muestra más bien una tendencia a la baja, pasando de un máximo del 0.17% en 2008 al 0.04% del PIB en el 2017, para un valor promedio del periodo del 0.1%. Desde el 2013 dicho indicador se ha mantenido por debajo de la media, con un valor del 0.07% del PIB entre 2013-2017.

Gráfico 84.

Inversiones en EsSalud: Gasto total y como porcentaje del PIB, 2007-2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

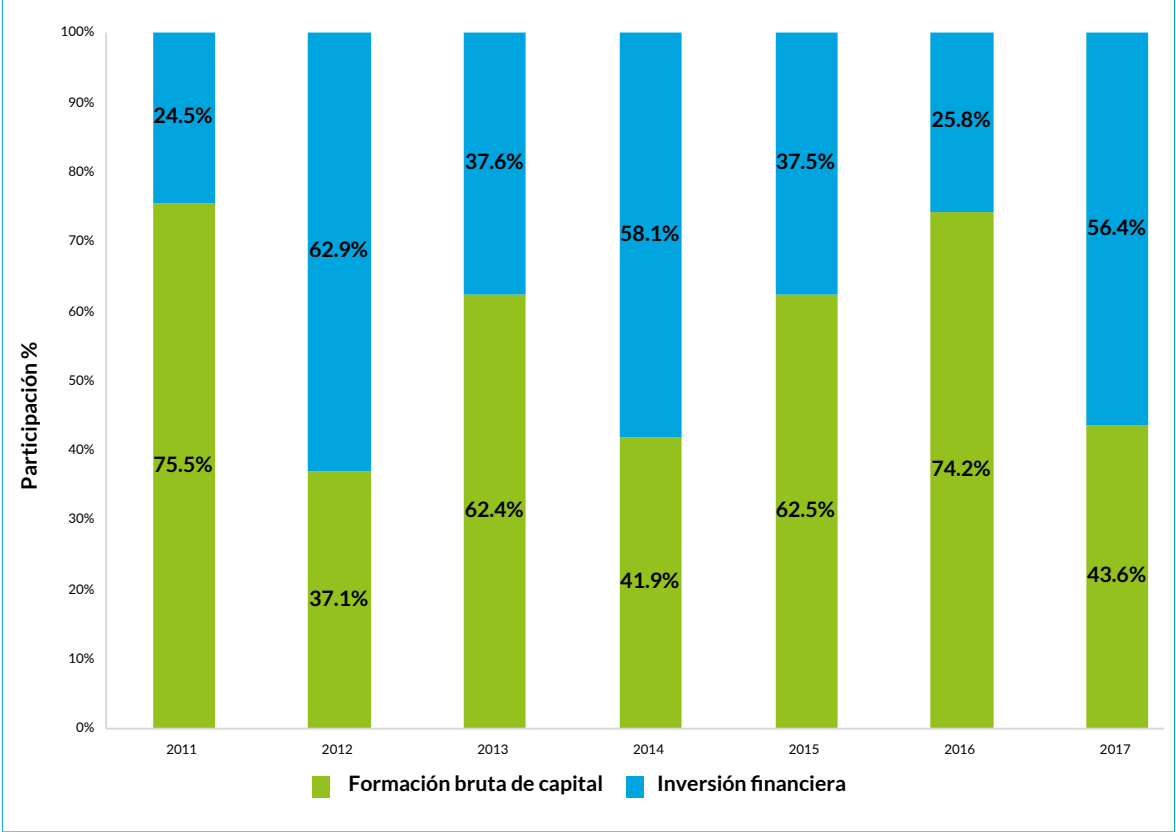
En cuanto a su composición, vale la pena mencionar que EsSalud empezó a incorporar inversiones financieras a partir del año 2011, de manera que antes de ese año solo se registran las inversiones de capital²⁸. En cuanto a su composición a partir de ese año, las inversiones en capital

²⁷ Los años 2005 y 2006 son valores atípicos en la muestra, con apenas un 10% de lo invertido en el lapso 2007-2017.

²⁸ En algunos años previos se presupuesta una partida de inversiones financieras, pero no se ejecuta.

físico han promediado un 56.8% del total de inversiones, habiendo sido el año 2011 (75.5%) el de mayor participación en este rubro, mientras el 2012 experimentó el menor peso (37.1% del total). Las inversiones financieras, por su lado, han sumado 1,331.9 millones de soles entre 2011 y 2017, a razón de 190.3 millones de soles promedio por año.

Gráfico 85.
Composición de las inversiones ejecutadas por EsSalud, 2011-2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Propiamente en relación con la inversión de capital físico, EsSalud erogó 287.0 millones de soles por año desde el 2005, siendo el lapso 2008-2010 el de mayor actividad (85.5% por encima del promedio general). Tal y como se observa en el siguiente cuadro, en los últimos dos subperiodos la inversión rondó los 250 millones de soles anuales. Merece la pena destacar el bajo nivel de inversión en formación bruta de capital durante el 2017 (131 millones de soles), el menor desde el 2007, y que representó menos de la mitad del promedio global.

Cuadro 62.
Inversión promedio en formación de capital, 2005-2017

Periodo	Valor invertido por año
2005-2007	129,634,795
2008-2010	532,566,691
2011-2013	248,787,706
2014-2017	249,507,234
Promedio periodo	286,999,731

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Otro tema relevante en el análisis de las inversiones de capital físico se refiere propiamente a la composición del gasto. El glosario de términos del proceso presupuestario utilizado por el sector público peruano considera los siguientes conceptos y sus respectivas definiciones en dicha materia (MEF, 2003: 8):

- **Presupuesto de inversiones (formación bruta de capital –FBC–):** comprende las erogaciones en proyectos de inversión y gastos de capital no ligados a proyectos, que aumentan el activo de la empresa.
- **Proyectos de inversión:** comprenden la adquisición de bienes de capital, mejoras que aumentan la productividad o vida útil de activos ya existentes. Se define como “proyecto de inversión” a toda intervención limitada en el tiempo que utiliza total o parcialmente recursos de la empresa, con el fin de crear, ampliar, mejorar, modernizar o recuperar la capacidad productora de bienes o servicios, y cuyos beneficios sean usufructuados por la empresa a mediano y largo plazo.
- **Gastos de capital no ligados a proyectos:** comprenden los gastos de soporte a las actividades operativas de la empresa, y que no crean, amplían, mejoran, modernizan o recuperan la capacidad productora de bienes o servicios.

Siguiendo dicha división previa, el presupuesto de inversiones de EsSalud ha destinado un 45.2% de su gasto total al desarrollo propiamente de los proyectos de inversión (i. e., comprar bienes de capital que impactan directamente la capacidad de la entidad), mientras que el 54.8% restante se orientó a gastos no ligados a proyectos (i. e., gastos de soporte operativo, como equipo médico). Este porcentaje, sin embargo, no ha sido uniforme a través del tiempo.

Según se desprende del siguiente gráfico, para el 2005-2007 prácticamente todo el gasto en inversiones físicas se concentró en gastos no ligados a proyectos. Sin embargo, a partir del 2008 el comportamiento cambió, hasta que en el 2012 las inversiones directas superaron el 90% del gasto y las erogaciones de apoyo apenas el 9%.

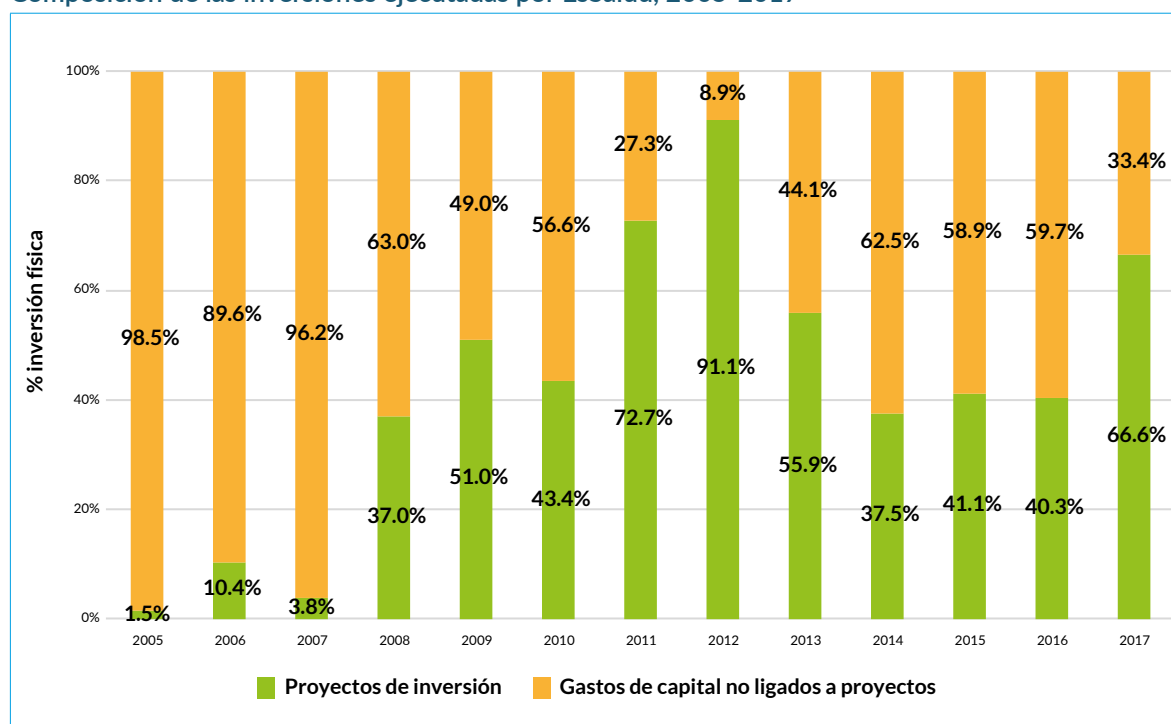
En el último quinquenio se observa un retroceso en cuanto a la participación de los gastos directos en proyectos de inversión, de forma que el gasto se distribuyó en un 48.3% para desarrollo directo del proyecto y en un 51.7% para gastos de apoyo. Excepción a esa regla fue el año 2017 (66.6% para proyectos de inversión), aunque, como se comentó antes, hubo una contradicción importante de las inversiones en ese año.

En términos monetarios, la inversión promedio fue, entre 2005 y 2017, de 129.6 millones de soles en proyectos de inversión y de 157.4 millones de soles en gastos no ligados. Estos valores, sin embargo, pueden verse afectados por el comportamiento del gasto en proyectos de inversión durante 2005- 2007 ya comentado. Si el cálculo se centrara en el periodo 2008-2017, entonces los promedios respectivos se elevarían a 166.8 y 167.4 millones de soles.

En cuanto a la composición interna de cada categoría, cerca del 35% de los recursos asignados en el 2017 a proyectos de inversión se dirigió a proyectos en curso. El 55% se dispuso para “otros proyectos”, entendidos estos como gastos relacionados a la formulación de estudios y ejecución de proyectos bajo el marco de asociaciones público-privadas (APP).

Por el lado de los destinos de los gastos no ligados, EsSalud programó un 79.8% a la compra de equipamiento asistencial (i. e., equipos biomédicos), un 15.3% a equipo informático y el resto a equipo administrativo y otros gastos menores. En los pasados tres años, esta última estructura ha variado de manera importante si se considera que en el 2015 el equipo asistencial absorbió el 82.1% del presupuesto “no ligado”, en tanto un 13.6% tuvo destino informático.

Gráfico 86.
Composición de las inversiones ejecutadas por EsSalud, 2005-2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Dada la importancia que la inversión física tiene tanto para los servicios prestados por el seguro como para la economía en su totalidad, resulta relevante analizar no solo el monto finalmente realizado, sino también los recursos que, habiendo sido presupuestados, no fueron al fin y al cabo ejecutados. El porcentaje de ejecución es, pues, una indicación de cuántos fondos no fueron en definitiva transformados en inversión real.

En términos generales, EsSalud ejecuta cerca de 7 de cada 10 soles programados para formación bruta de capital (72.8%). Este porcentaje puede estimarse como “bueno” si consideramos que en muchos países (Costa Rica, por ejemplo) la ejecución de los presupuestos de inversión pública suele estar por debajo del 60% de lo planeado.

Las diferencias en los porcentajes de ejecución entre una y otra categoría son pequeñas. Así, por ejemplo, la partida de proyectos de inversión muestra una ejecución media del 71.1%, mientras los gastos no ligados a proyectos tuvieron una ejecución del 72.3%²⁹. Desde el 2008 la ejecución no muestra signos de recuperación. Así, mientras la ejecución de los proyectos de inversión fue del 83.6% en 2008-2010, en los periodos 2011-2013 y 2014-2017 el porcentaje disminuyó al 78.1% y 68%, respectivamente. Parte del bajo resultado en el último periodo se debe a que en el 2017 se dio la ejecución más baja (45.3%), situación que influyó de manera adversa en la ejecución promedio.

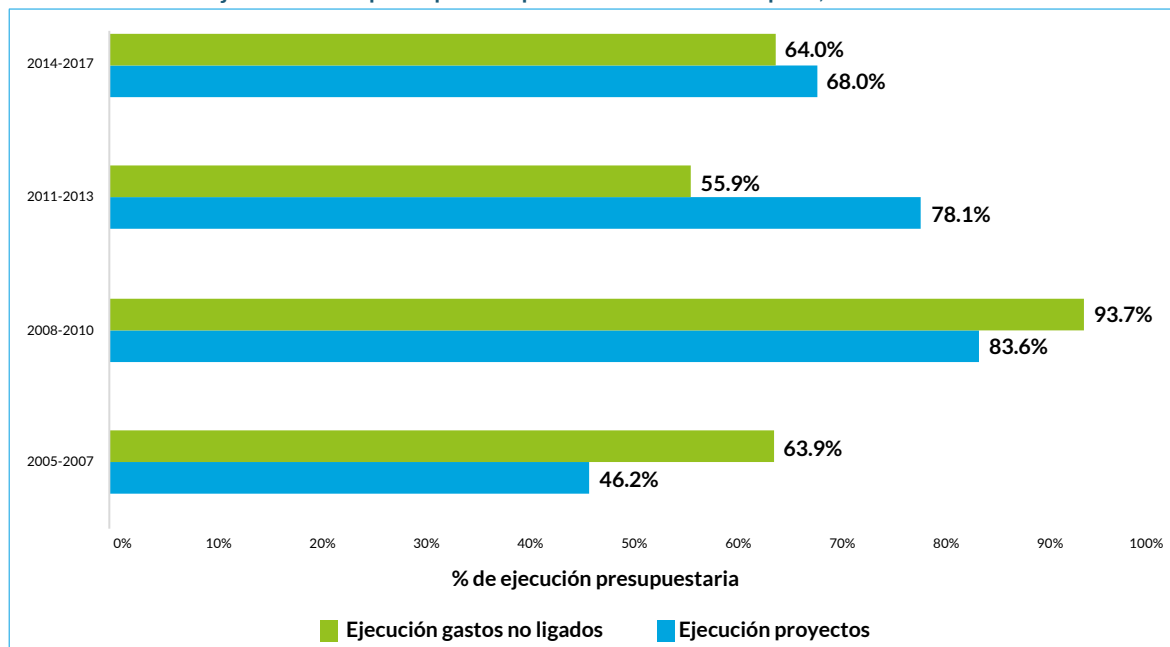
Este desempeño tan positivo ha sido cuestionado por algunos funcionarios del Seguro por cuanto se considera que este está apalancado en los pagos de naturaleza “fija” que hace la entidad a los proyectos de asociaciones público-privadas. De esta forma, no es la creación de nueva infraestructura la que está explicando el elevado nivel de ejecución, sino el pago fijo anual que se le ejecuta a la asociación respectiva. De forma agregada, la subejecución presupuestaria significó no erogar 683.4 millones de

²⁹ Durante el 2011, el nivel de ejecución fue del 121.1%, cifra que en principio resulta llamativa, por cuanto no se debería ejecutar más de lo que por ley se tiene permitido.

soles entre 2005 y 2017. En cuanto a la partida de gastos no ligados, los porcentajes de ejecución son del 93.7%, del 55.9% y del 64.0%, respectivamente. En el 2017, solo 1 de cada 6 soles presupuestados en esta partida resultó ejecutado.

Gráfico 87.

EsSalud: Tasa de ejecución del presupuesto para formación de capital, 2005-2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

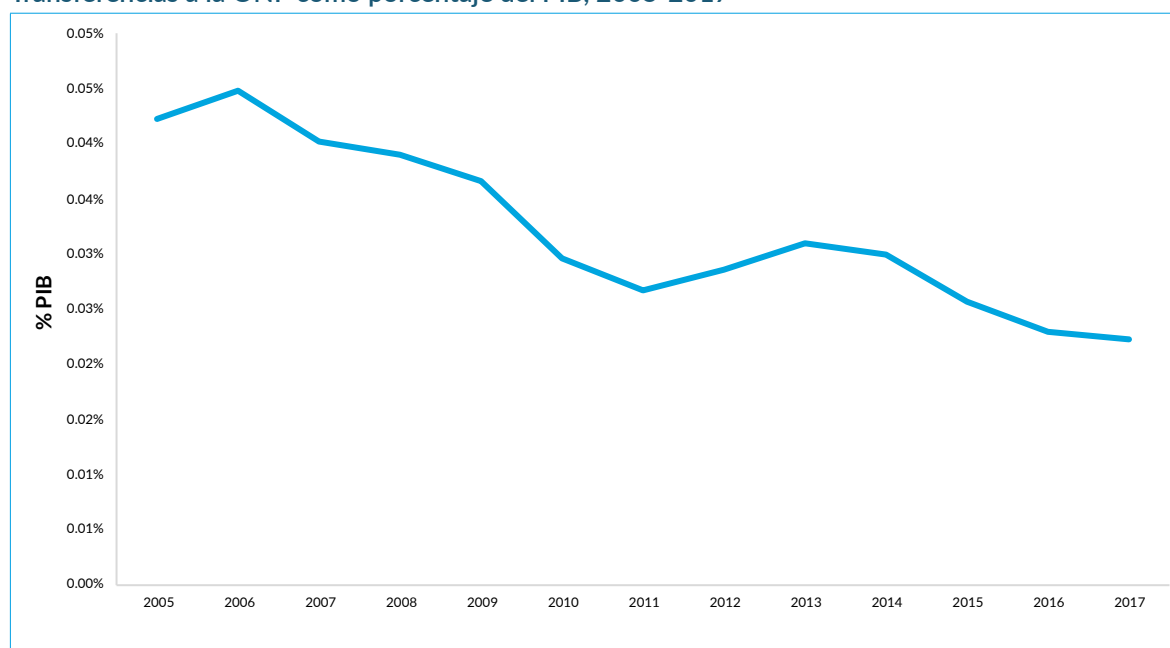
En síntesis, el rubro de inversiones en capital físico en EsSalud muestra tres tendencias que llaman a la reflexión:

1. El monto de inversión física ha tendido a caer en años recientes respecto a lo observado hace una década.
2. La partida en gastos de capital no ligados a proyectos sigue siendo elevada y cercana a la mitad del presupuesto total de inversiones en los últimos tres años.
3. La ejecución de proyectos de inversión es buena, pero existe espacio de mejora para elevar la capacidad institucional de hacer avanzar proyectos. En especial, la ejecución presupuestaria suele ser muy errática entre años, característica que podría suponer dificultades derivadas de las condiciones mismas de cada portafolio de iniciativas, el cual varía también en el tiempo. Así, por ejemplo, el planeamiento y la ejecución de un hospital implican un esfuerzo mayor que el de una clínica, aunque en términos cuantitativos cada uno supone un rubro.

6.6 Transferencias

Las transferencias de EsSalud corresponden a los giros que la entidad hace a la ONP y totalizaron para el 2017 los 152.8 millones de soles, 1.4 veces mayor que 2005. El monto en términos reales, sin embargo, no ha experimentado cambio alguno en trece años. De esta forma, mientras en el 2005 el giro real fue de 121.3 millones de soles, en el 2017 fue de 121.8 millones. Esto se traduce en un marcado descenso de la partida como porcentaje del PIB, según se desprende del siguiente gráfico. Hoy día, la partida representa la mitad de lo que representaba en el 2005, esto en términos respecto al PIB.

Gráfico 88.
Transferencias a la ONP como porcentaje del PIB, 2005-2017

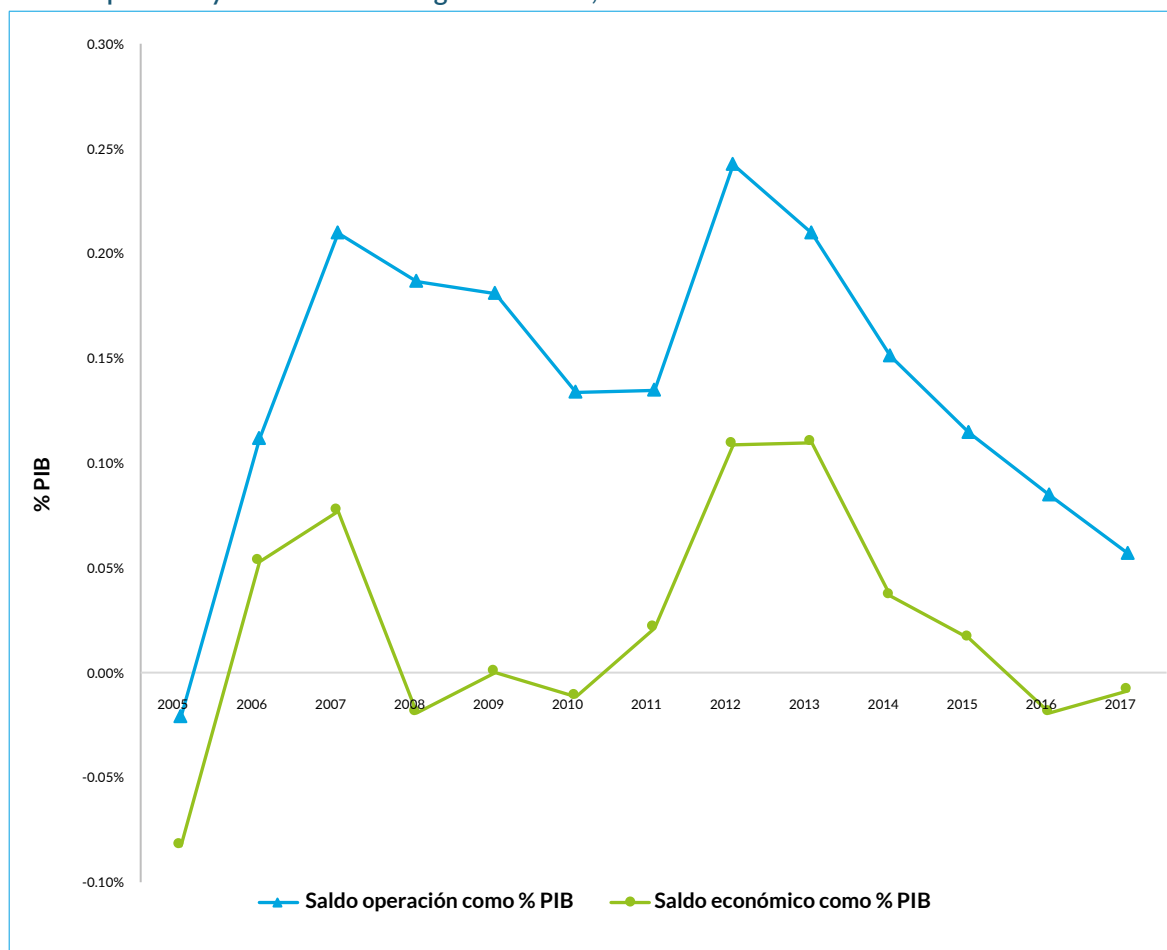


Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

6.7 Saldo financiero

Dos saldos son analizados en esta sección: el saldo de operación, que resulta de la diferencia entre ingresos y egresos operativos, y el saldo económico, que considera los ingresos y gastos totales (i. e., se agregan los de naturaleza capital y las transferencias netas).

Los datos presentados en el gráfico a continuación dan muestra de que, desde el 2005 al 2017, únicamente en el primero de esos años el seguro muestra un saldo negativo. Durante el resto del periodo la diferencia siempre fue favorable. Puesto en números respecto al PIB, el saldo medio del periodo 2005-2017 fue del 0.14%, pero si se excluye el año de balance negativo, el promedio asciende al 0.15% del PIB. Este comportamiento tiene varias características que merecen comentarse. La primera es que se observa un patrón cíclico de aumentos y caídas en el balance. De esta forma, tal y como lo proyecta el siguiente gráfico, el saldo operativo presentó periodos de crecimiento/estabilidad en 2005-2007 y 2010-2012, mientras sus fases de declive (que no implica tener saldos negativos, pero sí un valor menor que el año previo) se dieron en 2007-2010 y 2012-2017. Lo segundo que se observa es que este último es el periodo de mayor caída continua en el superávit operativo de EsSalud. A partir del 2012, año con el mayor valor observado (0.24%), el saldo operativo respecto al PIB empezó a bajar hasta llegar al 0.06% en el 2017. La tendencia actual es a la baja.

Gráfico 89.**Saldos operativo y económico del seguro de salud, 2005-2017**

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Si bien el balance económico sigue una dirección muy similar al balance operativo, existen variantes con características muy particulares. Durante el periodo de análisis, el saldo financiero de EsSalud promedió un 0.02% del PIB, es decir, 0.12 puntos menos que el promedio del saldo operativo. En cinco de los trece años, el resultado fue negativo y en dos (2016-2017) de los últimos cinco años la situación se ha repetido. La diferencia entre los saldos operativo y económico se ha venido achicando en el tiempo por la contracción mostrada en transferencias y gasto de capital y por el aumento de largo plazo en los ingresos. Según se refleja en el siguiente cuadro, los ingresos totales ganaron 0.16 puntos del PIB entre 2010 y 2017, mientras los gastos de capital y las transferencias cayeron, respectivamente, 0.07 y 0.01 puntos. Juntas, las dos fuerzas son superiores a los 0.14 p.p. que ganó el gasto operativo en ese mismo lapso y son las que permiten el achicamiento de la brecha entre ambos saldos.

Cuadro 63.**Diferencias en ingresos y gastos como porcentaje del PIB, 2010 y 2017**

Rubro	2010	2017	Diferencia
Ingresos	1.35%	1.51%	0.16%
Gasto operativo	1.31%	1.45%	0.14%
Gasto de capital	0.12%	0.04%	-0.07%
Transferencias	0.03%	0.02%	-0.01%

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Vale la pena caracterizar las condiciones prevalecientes en las finanzas de EsSalud en los cinco periodos durante los cuales el saldo económico fue negativo. Para eso, se tomó el cambio (como % del PIB) en distintas categorías presupuestarias críticas del presupuesto institucional y se analizó la existencia de patrones entre los cinco años seleccionados. Los resultados, sintetizados en el cuadro a continuación, muestran lo siguiente:

- En todo año deficitario se dio una caída en ingresos.
- La reducción en ingresos no se explica por caídas en la afiliación. En los cinco casos, el número de titulares creció respecto al año previo y, por lo tanto, es el componente salarial/ingresos el que mueve la masa de ingresos hacia abajo.
- En cuatro años aumentaron los servicios prestados por terceros.
- La compra de bienes no tiene un patrón de comportamiento definido.
- El gasto operativo total siempre cae en año de déficit, pero eso no es suficiente para contrarrestar la reducción en ingresos.
- El 2017 fue un año atípico porque fue el único de los cinco durante el cual los salarios subieron y los servicios prestados por terceros bajaron, algo que no pasó en las cuatro ocasiones deficitarias anteriores.

Cuadro 64.
Direccionalidad de variables claves durante años deficitarios

Año	Ingresos	Compra de bienes	Gastos de personal	Servicios prestados por terceros	Gastos totales	Afiliación
2008	Caída	Subida	Caída	Subida	Caída	Subida
2010	Caída	Caída	Caída	Subida	Caída	Subida
2016	Caída	Subida	Caída	Subida	Caída	Subida
2017	Caída	Caída	Subida	Caída	Caída	Subida

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Más allá de los aspectos antes comentados, resulta menester valorar que en la evolución de los ingresos y los gastos influyen aspectos de índole estructural y legal que han incidido en su desempeño durante los últimos cinco años.

A nivel más general, es claro que la desaceleración del empleo y el reducido aumento en las remuneraciones posterior al *boom* de inicios de siglo han impactado adversamente el aumento de los ingresos. Sin embargo, existen dos temas adicionales que han cobrado relevancia en la discusión financiera de EsSalud durante los últimos años, relacionados con medidas de naturaleza legislativa que de igual forma han afectado las finanzas institucionales. Uno de estos temas se refiere a la exoneración del pago de las contribuciones sociales aplicada sobre gratificaciones de los trabajadores. El segundo elemento se refiere al traslado de trabajadores de EsSalud del régimen CAS al régimen laboral general.

En relación con el primero de ellos, cabe recordar que el 24 de junio del 2015 entró a regir la Ley N° 30334 y en uno de sus artículos exoneraba de forma permanente el aporte del 9% a las gratificaciones legales de Fiestas Patrias y Navidad. El antecedente inmediato es la Ley N° 29351, que estableció la exoneración para las gratificaciones de julio y diciembre, pero con carácter temporal (diciembre 2010). Posteriormente, en el 2011 se aprobó la Ley N° 29714, que extendió el periodo de vigencia de la ley anterior.

Según Vidal (2012), entre el 2009 y el 2014, EsSalud dejó de percibir 4,193 millones de soles, con lo cual alcanzó un nivel máximo de pérdida del 11% del presupuesto institucional en el 2012. En términos reales por asegurado, el ingreso anual cayó un 10% entre el 2007 y el 2011. Se espera que la condición perpetua de la medida genere un declive del 10% en los ingresos que potencialmente hubiera recibido EsSalud si la ley no se hubiese aprobado.

El segundo tema de relevancia se refiere al traslado de trabajadores del régimen CAS al laboral general. Baca (2016) menciona en 12,000 los funcionarios sujetos al traslado con un costo íntegramente asumido por EsSalud, que ronda los 50 a 100 millones de soles anuales. Al convertirse en trabajadores del régimen general, los sobrecostos laborales se estiman en un 30% del costo laboral básico. Cuando los 12,000 funcionarios se ubiquen en el nuevo esquema, los costos anualizados se calculan en 108 millones de soles para EsSalud.

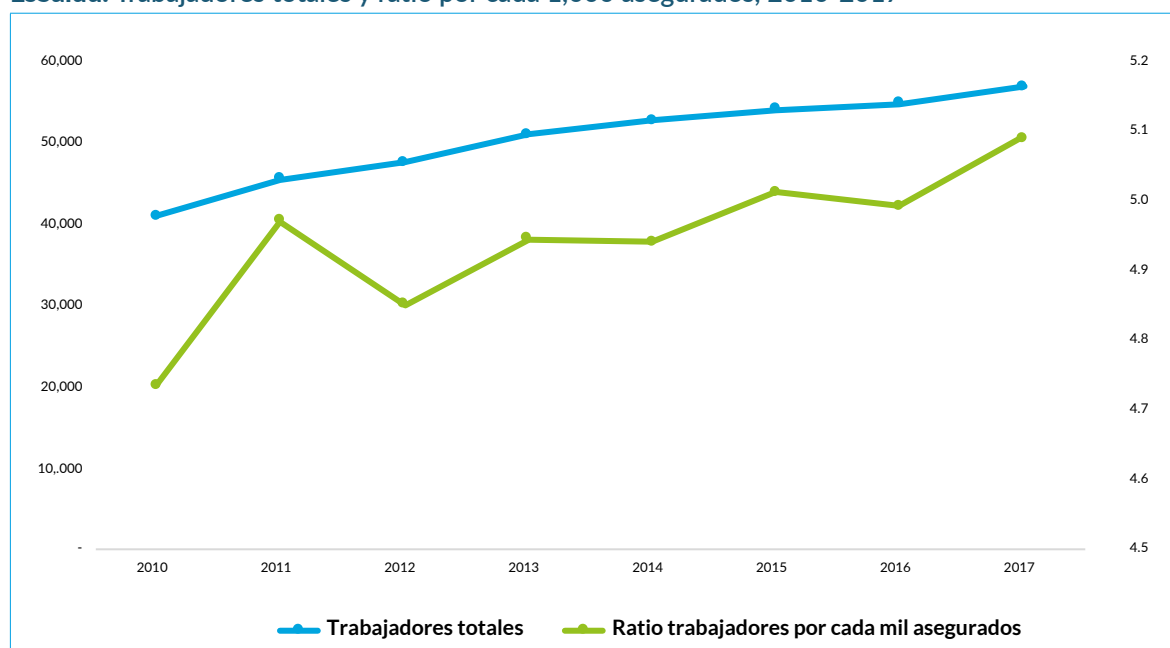
Adicionalmente, es menester anotar que la contribución de los trabajadores CAS tiene como base máxima el 30% de la UIT vigente y el 65% de los ingresos de los trabajadores de los sectores de educación y salud, aspectos ambos que se consideran nocivos para los ingresos de EsSalud. Finalmente, los Decretos de Urgencia N° 067-98 y 030-2005 obligan a EsSalud a continuar pagando las pensiones de los regímenes de los Decretos Leyes 20530 y 18846 a pesar de que la deuda financiera establecida por el primer Decreto de Urgencia ya ha sido cancelada.

En todo esto, resulta necesario reflexionar sobre los alcances conjuntos que este tipo de prácticas estarían teniendo sobre la sostenibilidad financiera de EsSalud. Cabe recordar que la erosión de la base cotizante se hace sobre una masa que, según el mismo seguro, es ya pequeña por cuanto la tasa de cotización en Perú se ubica entre las menores de América Latina. El problema se agrava debido a que la aprobación de las medidas anteriores no se ve compensada por nuevas fuentes de ingresos, de forma que en el saldo neto el balance se deteriora de forma permanente.

6.8 Recurso humano

La planilla total de EsSalud ascendió a 56,666 servidores públicos al finalizar el 2017, cifra que creció un 38.8% desde el 2010 a un ritmo de 2,260 trabajadores nuevos por año. Dos de cada tres nuevas plazas que hoy día tiene la entidad (respecto al 2010) fueron creadas entre el 2011 y el 2013.

Lo anterior implica que, en comparación con el total de asegurados, el personal aumentó cerca de un punto porcentual más por año. A raíz de esta dinámica, la cantidad de trabajadores de EsSalud por cada 1,000 asegurados pasó de 4.7 a 5.0 funcionarios.

Gráfico 90.**EsSalud: Trabajadores totales y ratio por cada 1,000 asegurados, 2010-2017**

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Resulta medular comprender si el impulso en el crecimiento de la planilla proviene de una mayor contratación de personal sustantivo (clínico) o si, por el contrario, se debe a un mayor número de funcionarios administrativos. Los datos muestran que la categoría asistencial relacionada con los procesos sustantivos de cuidado y provisión de servicios de salud (entre los más importantes) es la que más pesa y crece más aceleradamente. De esta forma, mientras en el 2011 el 81.9% de los funcionarios se agrupaban en dicha categoría, en el 2016 ese porcentaje había subido al 83.5%. La contratación de nuevo personal asistencial creció a una tasa media del 4.2% anual en contraposición al 1.8% de la categoría administrativa. De esta forma, el ratio asistencial: administrativo se movió de 4.5:1 a 5.1:1 en ese mismo periodo.

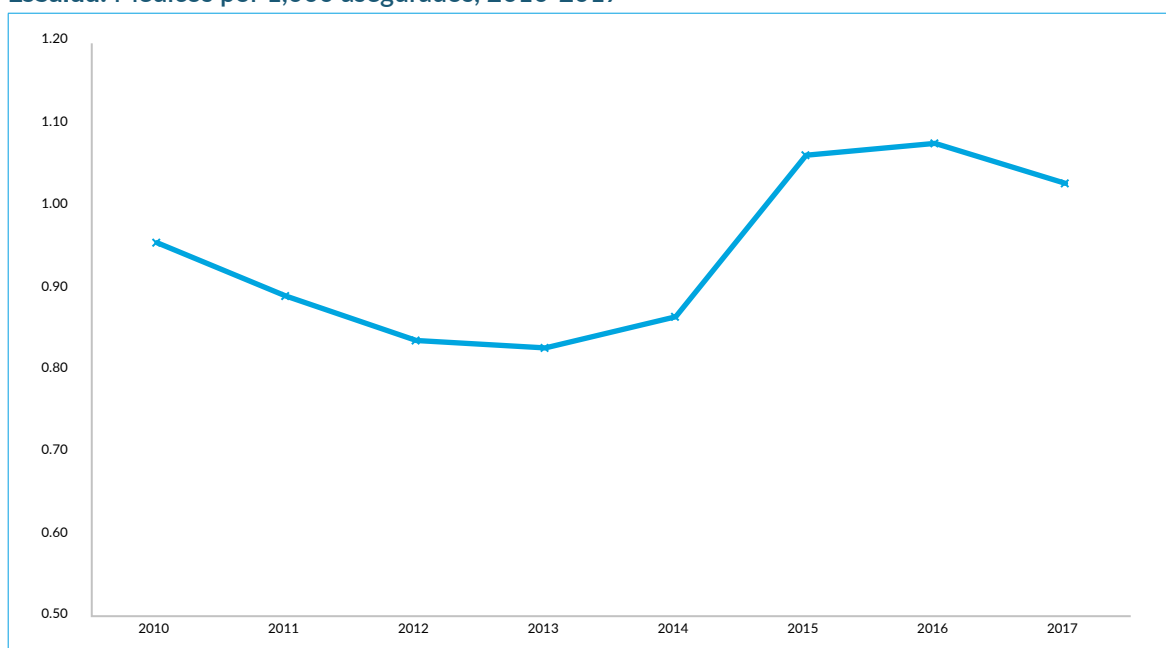
Cuadro 65.**Composición laboral de EsSalud, 2011, 2013 y 2016**

Indicador o variable	2011	2013	2016
Personal asistencial	37,145	42,258	45,580
Personal administrativo	8,214	8,590	8,995
Ratio asistencial: administrativo	4.5	4.9	5.1

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

La rápida evolución del grupo asistencial es algo particular de esta década. Para el 2006, por ejemplo, el número de dichos trabajadores era de 382 funcionarios menos que en el 2002. A partir de entonces, el aumento ha sido sostenido, al punto que en el 2016 los trabajadores asistenciales fueron un 56.2% más que en el 2006. Del total de funcionarios de EsSalud, la planilla de médicos y enfermeras asciende a 22,024 trabajadores distribuidos entre las redes asistenciales, institutos y centros especializados. Esto significa que cuatro de cada diez trabajadores pertenecen a alguna de esas dos categorías y que cerca de uno de cada dos funcionarios asistenciales es médico o enfermera. En lo particular, los médicos superan ligeramente al número de enfermeras (1.1 médicos por enfermera es el ratio), llegando a representar en la actualidad el 20.4% de la planilla.

Gráfico 91.
EsSalud: Médicos por 1,000 asegurados, 2010-2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

En cuanto a las características de los funcionarios del seguro, tres condiciones identifican su perfil. La primera es la elevada edad promedio de estos trabajadores. De esta forma, uno de cada 16 funcionarios tiene menos de 30 años, mientras uno de cada 6 tiene más de 60. Esto significa que unas 9,500 plazas quedarán vacantes en los próximos años debido al retiro de esta generación de trabajadores. Aún más, un cálculo general indicaría que existen más de 22,000 funcionarios con edades superiores a los 55 años que estarían cerca de retirarse en la siguiente década. Esto trae consigo la necesidad de planificar varios ámbitos en materia de recursos humanos. Por ejemplo, cada vacante implica una oportunidad de contratar personal acorde a las necesidades históricas de la institución, condición para lo que se requiere un proceso superior de planificación a largo plazo que identifique las brechas futuras de personal. En consecuencia, resulta fundamental que la entidad prepare a sus funcionarios para un retiro con calidad.

Cuadro 66.
Perfil general de los funcionarios de EsSalud

Indicador	Resultado
Trabajadores en regímenes 728 y 276	78.0%
Trabajadores con rango profesional	64.0%
Trabajadores con menos de 30 años	6.0%
Trabajadores con más de 60 años	17.2%
Administrativos que son mujeres	51.0%
Asistenciales que son mujeres	67.0%
Ejecutivos que son mujeres	39.0%

Fuente: Memoria Institucional de EsSalud 2016.

Las otras dos características de la estructura laboral de EsSalud se refieren a cuestiones de cualificación y sexo. Dos de cada tres funcionarios son profesionales, condición explicada por la elevada participación del grupo asistencial, especialmente médicos y enfermeras. Esto, sin duda, presiona al alza las remuneraciones totales, pero al mismo tiempo es una condición esperada por

el tipo de servicio que la institución brinda. Tercer y último, la distribución de los puestos por sexo detalla una condición especial: mientras en posiciones administrativas y asistenciales la mayoría de los trabajadores son mujeres, en el rango superior (ejecutivo) esa tendencia se revierte a favor de los hombres.

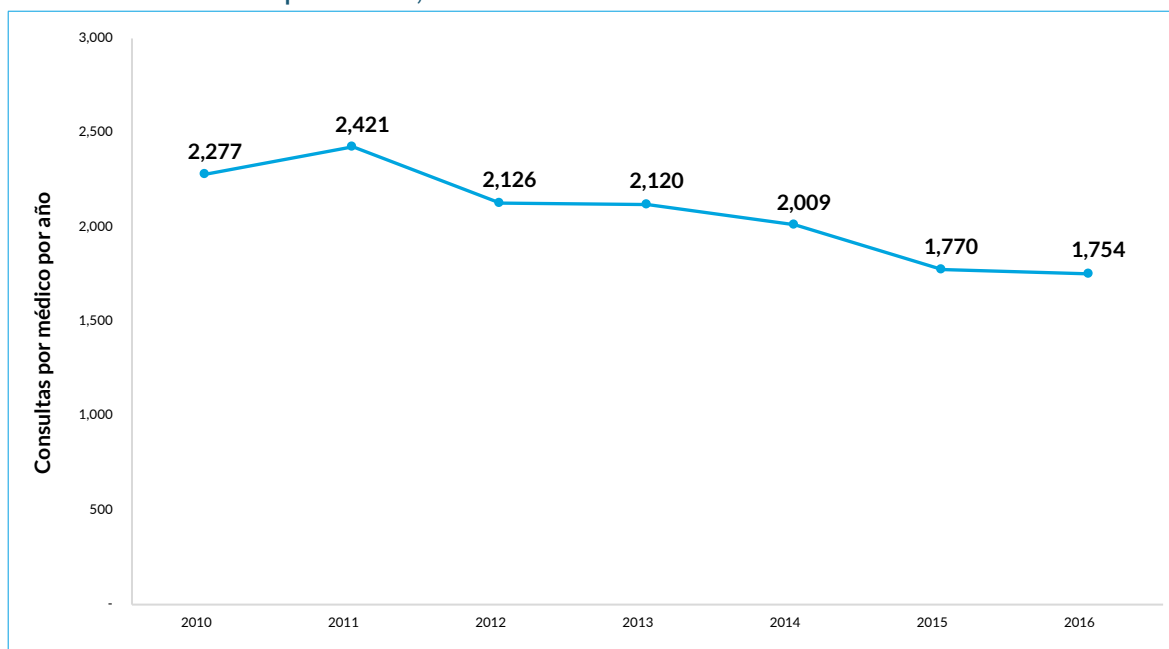
A nivel geográfico, las redes concentraron el 91.0% del personal de EsSalud en el 2017. Las tres redes de Lima contabilizan el 46% del personal total. Arequipa, La Libertad y Lambayeque son las tres redes más grandes en cuanto personal fuera del ámbito capitalino, sumando, entre todas, un 21% adicional. En promedio, el total de funcionarios por red asciende a 1,762 trabajadores, siendo Madre de Dios y Moyobamba las más pequeñas. Si se pondera el tamaño de la planilla por el número de asegurados, las redes más grandes serían Pasco (7.8 funcionarios por cada 1,000 afiliados) y Tacna (6.5), mientras que al final de la lista se ubicarían Ucayali (2.8) y Piura (2.9 funcionarios).

Dentro de esta misma perspectiva geográfica, resulta interesante anotar las variantes en cuanto a disponibilidad de médicos y enfermeras. A nivel nacional, el 39.2% de la planilla pertenece a cualquiera de esos dos grupos clínicos. Sin embargo, dicho porcentaje se mueve entre un mínimo del 30% en Moyobamba y un 42.9% en Cusco. Madre de Dios, referida anteriormente, comparte no solo el hecho de ubicarse entre las unidades más pequeñas, sino también de contar con la segunda menor proporción de monitoreo y evaluación.

Dos aspectos adicionales fueron considerados en el análisis del recurso humano de EsSalud: productividad (como concepto de eficiencia) y distribución de los recursos humanos a lo largo de las distintas redes asistenciales.

En un primer término, se entiende la productividad médica como el número de consultas anuales por médico. En dicho caso, la tendencia es decreciente, en particular durante esta década. De esta forma, las consultas anuales por médico cayeron un 27.6% desde el 2011. La naturaleza de esta tendencia podría estar explicada por múltiples factores. Por ejemplo, la mayor contratación médica no implica que todos hayan sido asignados a tareas clínicas de atención a asegurados. Asimismo, esta misma contratación puede haberse dado en aras de reforzar la presencia de recurso humano en regiones o redes de bajo acceso y cobertura, o de escasa densidad poblacional donde la demanda es menor. Finalmente, podría haber ligados argumentos propios de la gestión clínica que deberían ser revisados. En todo caso, la caída en la productividad podría crear un caso para la revisión y modificación de los actuales mecanismos de pago, de forma que se replanteen los objetivos que persiguen y la mecánica aplicada en cuanto al pago.

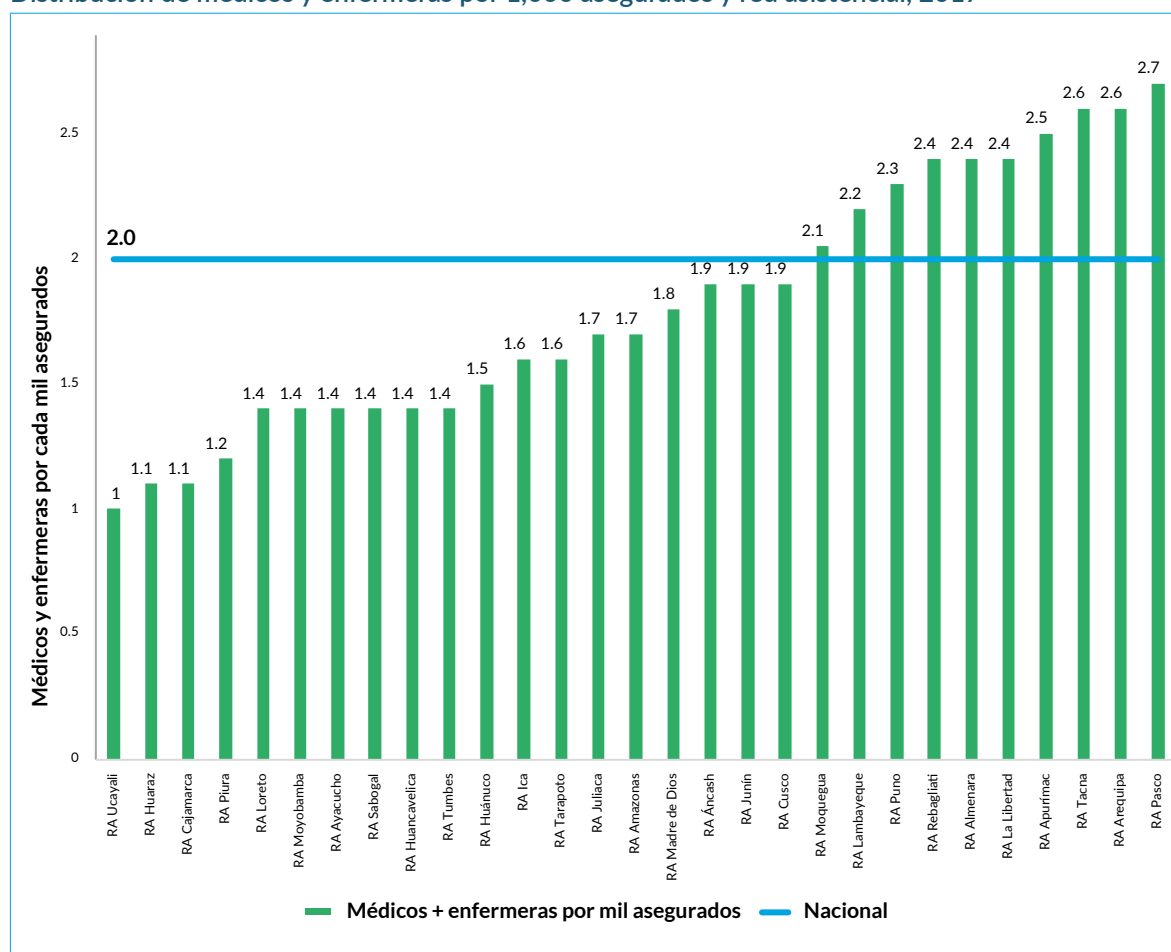
Gráfico 92.
EsSalud: Productividad por médico, 2010-2016



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

En materia de equidad en la distribución de recursos, el indicador utilizado es el coeficiente de médicos y enfermeras (M&E) por cada 1,000 asegurados y red asistencial en el 2017. A nivel nacional, el valor de dicho indicador es de 2.0 M&E. A partir de allí, el gráfico a continuación muestra que 19 de las 29 redes muestran valores por debajo del promedio nacional. Esto significa que aquellas redes con mayores asignaciones de recurso clínico están muy por encima del resto. Así las cosas, Tacna, Arequipa y Pasco tienen todos valores por encima de 2.6 M&E por 1,000 asegurados. Esto contrasta con la situación de Ucayali, Huaraz y Cajamarca, todos por debajo de 1.15. Es decir, el promedio de disponibilidad de recurso humano clínico entre los tres más altos es 2.5 veces superior a los tres con menor asignación.

Gráfico 93.
Distribución de médicos y enfermeras por 1,000 asegurados y red asistencial, 2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Si el objetivo de una política de recurso humano fuese aumentar la disponibilidad de médicos y enfermeras en aquellos lugares de menor asignación (i. e., los que están por debajo del promedio nacional), entonces EsSalud debería contratar adicionalmente 2,610 nuevas plazas de M&E, esto en el entendido de que aquellas redes con coeficientes por encima del promedio mantienen su planilla actual (i. e., no hay redistribución de plazas de redes por encima hacia redes por debajo de la media de EsSalud).

Los ajustes necesarios varían considerablemente entre redes deficitarias. Por ejemplo, en Madre de Dios se ocuparían 5 nuevas plazas, mientras Áncash (+16), Amazonas (+19) y Cusco (+19) seguirían en orden de necesidades brutas, todas ubicándose en el extremo inferior. Por su lado, Sabogal (1.4 M&E por 1,000 asegurados) se localiza en la punta en cuanto a necesidades con un déficit de 1,020 nuevos puestos. En otras palabras, el 39% del total de necesidades a nivel de EsSalud estaría concentrado en dicha red. Este resultado es producto fundamentalmente de la elevada afiliación en Sabogal (1.8 millones de personas) más que de su déficit relativo. Así, en cuanto a tamaño de la red, Sabogal es la segunda más grande del país, pero se ubica en octavo lugar en cuanto a la brecha respecto al promedio nacional. Piura (489) e Ica (+163) se ubican, respectivamente, en segundo y tercer lugar en cuanto a tamaño bruto de requerimientos.

Con base en los resultados anteriores, si se mantuviese la misma proporción prevaleciente en el 2017, entonces se necesitarían 1,355 nuevos médicos y 1,275 enfermeras. En Sabogal se ocuparían 553 nuevos médicos y en Piura 244, siendo ambos el 58.8% de los nuevos doctores necesarios. En cuanto a enfermeras, los mayores requerimientos estarían de nuevo en Sabogal (+467) y Piura (+245), un 55% de las nuevas plazas.

Cuadro 67.

Requerimientos adicionales de médicos y enfermeras para igualar promedio nacional

Red asistencial	Requerimiento bruto de nuevos M&E
RA Madre de Dios	5
RA Áncash	16
RA Amazonas	19
RA Cusco	19
RA Junín	25
RA Moyobamba	31
RA Tumbes	37
RA Tarapoto	38
RA Juliaca	39
RA Huancavelica	45
RA Ayacucho	65
RA Huánuco	75
RA Huaraz	93
RA Ucayali	132
RA Loreto	146
RA Cajamarca	153
RA Ica	163
RA Piura	489
RA Sabogal	1,020
Requerimientos totales	2,610

Fuente: estimaciones propias.

Una forma alternativa de analizar la distribución de recurso humano clínico es contrastando la situación epidemiológica de la red con su disposición de médicos y enfermeras. Para eso, se contrastó el número de M&E por cada 1,000 asegurados con la situación epidemiológica de las redes asistenciales, esto medido a partir de los AVISA por cada 1,000 asegurados. La relación entre ambos se muestra en el gráfico a continuación. A nivel nacional, los AVISA por cada 1,000 asegurados se estimaron en 82.2, mientras la asignación de M&E se calculó en 1.98 plazas por 1,000 asegurados. Si se elimina Arequipa, dato que sesga los resultados, se observa en positiva (aunque débil) la correlación entre ambas variables. Esto implica que aquellas redes con mayores cargas de enfermedad experimentan mayores niveles de personal clínico.

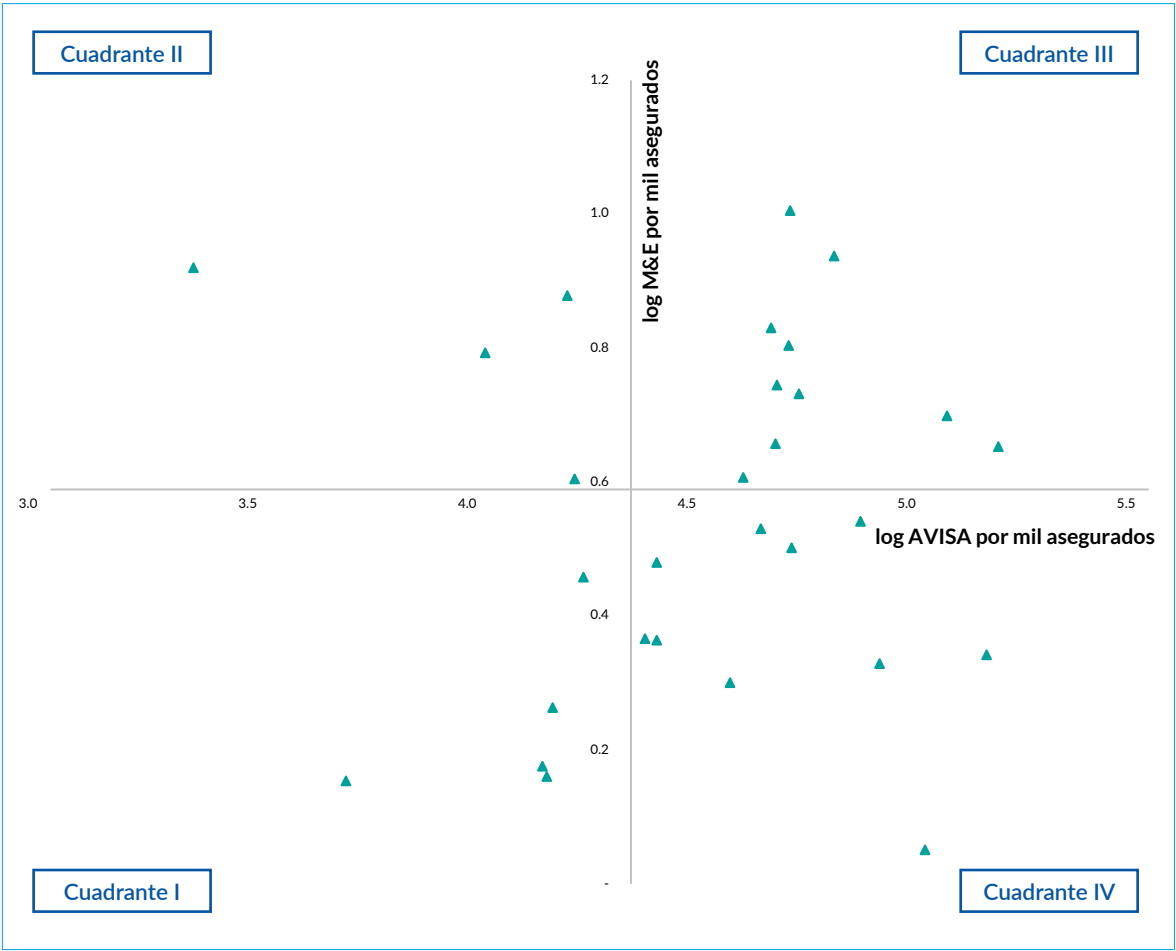
Dado que dicha vinculación es débil ($R^2 = 0.04$ sin Arequipa), resulta más relevante estructurar el gráfico (la muestra) alrededor de cuatro cuadrantes con las siguientes características: a) Cuadrante I: redes con bajo nivel de AVISA y bajo coeficiente de personal; b) Cuadrante II: redes con bajo nivel de AVISA pero elevado coeficiente de personal; c) Cuadrante III: redes con alto AVISA y alto nivel de personal, y d) Cuadrante IV: redes de alto AVISA y baja asignación de M&E. Los conceptos

de alto y bajo se clasifican según el promedio nacional. Los cuadrantes I y III corresponden a casos esperados, es decir, situaciones donde al hecho de experimentar bajo/alto AVISA se le asocia un bajo/alto coeficiente de recurso clínico.

Interesa, para fines de análisis en materia de acceso y equidad, examinar con mayor detalle las condiciones prevalecientes en los cuadrantes II y IV. A nivel de cuadrante II, sobresale el caso de Arequipa, red que combina el menor nivel de AVISA por asegurado con la segunda mayor asignación de M&E. En total, Rebagliati y Apurímac experimentan estados parecidos de “baja AVISA-alto coeficiente de personal”, si bien ambas se ubican lejos de la condición de Arequipa.

En el cuadrante IV se ubican aquellas redes que, teniendo un nivel de AVISA por encima del promedio nacional, obtienen un indicador de personal clínico por debajo. Puesto en simple, las diez redes acá halladas tienen alto niveles de carga de enfermedad, pero su personal médico/enfermero es reducido respecto al promedio nacional. Los casos extremos son Ucayali, Áncash y Ayacucho; en particular, la primera de ellas tiene la tercera mayor AVISA por asegurado con el menor nivel de asignación de personal.

Gráfico 94.
Correlación entre asignación de recurso clínico y AVISA



Fuente: estimaciones propias con información de EsSalud.

6.9 Redes prestacionales y otros recursos físicos

Para el 2018 la red prestacional de EsSalud contaba con 387 establecimientos directamente administrados por la entidad, en tanto existían 13 proveedores adicionales como parte de la oferta extrainstitucional. En total, la red la conforman 400 establecimientos. Si bien desde el 2007 la cantidad de centros ha venido al alza, la mayoría del nuevo parque se creó antes de la presente década. De esta forma, entre 2007 y 2018 se crearon 63 nuevos establecimientos, siendo el 2016 el año con la mayor cantidad de proveedores administrados por EsSalud (397). De estos nuevos proveedores, el 69.8% se erigieron antes del 2010.

En términos por 100,000 asegurados, la tendencia ha sido a la baja. En otras palabras, la cantidad de beneficiarios está creciendo a un ritmo superior a la capacidad del seguro de construir nuevas edificaciones o ampliar la red por otras vías (APP, por ejemplo). Tal y como lo muestra el siguiente gráfico, en el 2007 había 4.8 establecimientos por cada 100,000 asegurados, cifra que disminuyó a 3.5 proveedores en el 2017. Esto significa que, de haberse mantenido el valor inicial, en el 2017 EsSalud debería haber tenido 531 establecimientos disponibles, una brecha de 146 centros. Esta situación se mitiga parcialmente con la oferta extrainstitucional, aunque tal efecto resulta insuficiente en estos días al existir únicamente 13 entidades en dicho grupo, entre IPRESS (9) y APP (4).

Gráfico 95.

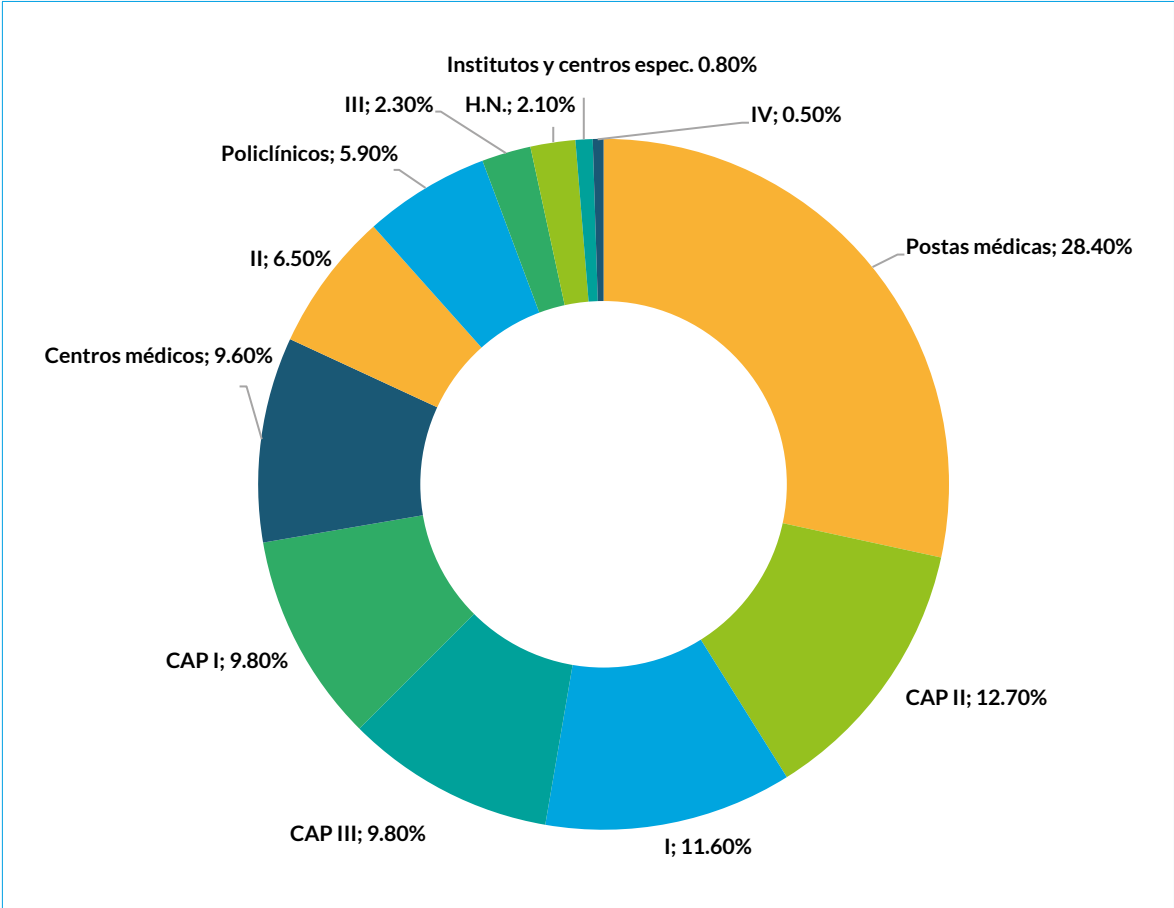
EsSalud: Establecimientos totales y por cada 100,000 asegurados, 2007-2017



Fuente: estimaciones propias con información de EsSalud.

La distribución de centros sanitarios por categoría clínica muestra que un 77% de la oferta se ubica en el primer nivel de atención, en tanto un 21% recae en el segundo nivel. Solo un 2% restante tiene rango de hospital nacional, de referencia macrorregional o instituto especializado. Por categoría individual, las postas médicas abarcan el 28.4% de la red, mientras los Centros de Atención Primaria (CAP) (Niveles II y III) suman un 22.5% adicional. Sin embargo, el tercer grupo individual más importante es el hospital tipo I (H-I), con un 11.6%. Los datos anteriores implican que, por cada 100,000 asegurados, la red de EsSalud cuenta con 1.0 postas médicas, 0.43 CAP-II y 0.41 H-I.

Gráfico 96.
EsSalud: Composición de los establecimientos por categoría, 2018



Fuente: estimaciones propias con información de EsSalud.

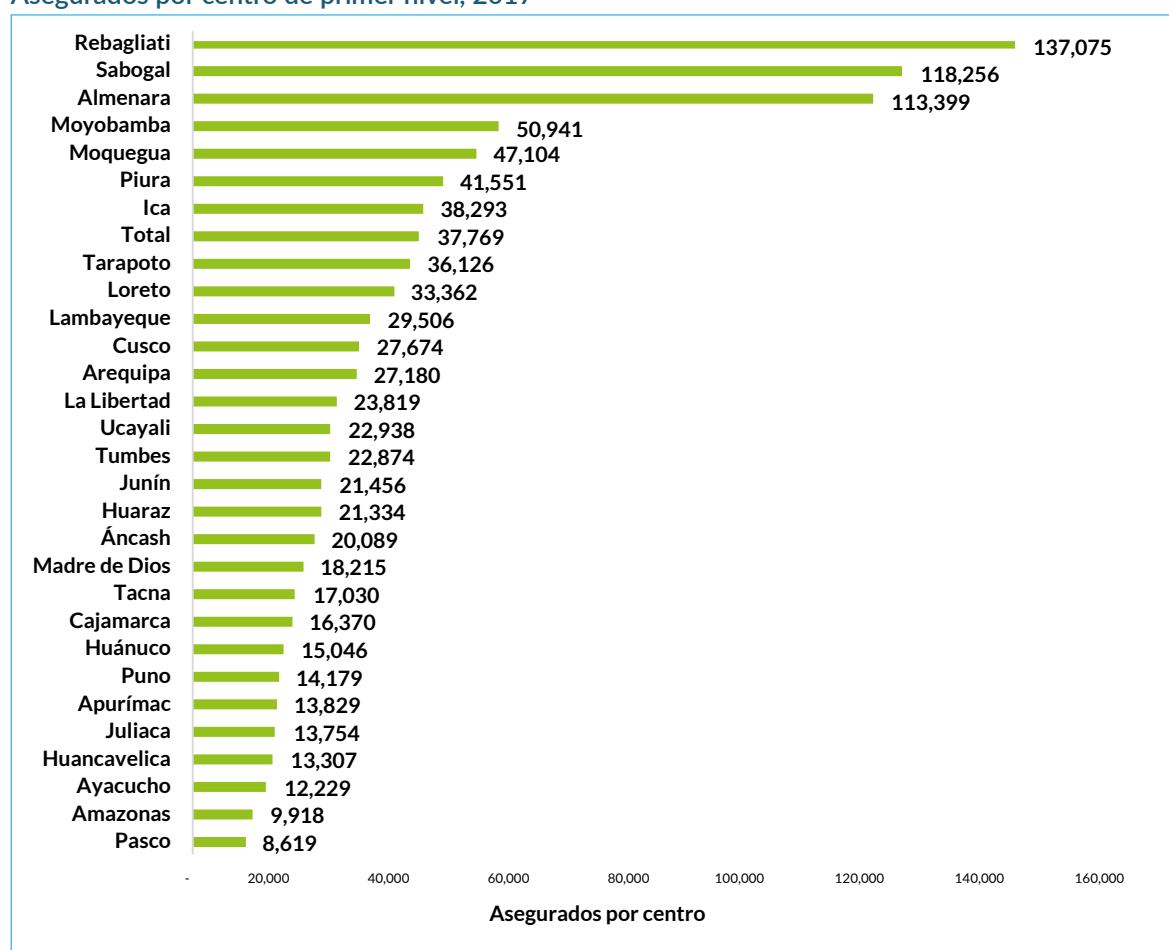
Una forma alternativa de analizar la disponibilidad de establecimientos sanitarios es “dando vuelta” el indicador anterior y evaluar el tamaño medio de cada centro. En este caso, por ejemplo, el establecimiento clínico promedio es de 28,940 asegurados. Volviendo a los tres proveedores más grandes, esto significaría que hay una posta médica por cada 101,288 asegurados, un CAP-II por cada 232,119 asegurados y un H-I por cada 242,211 personas.

La distribución a nivel geográfico también brinda importantes datos sobre el acceso a los servicios. Las cinco redes con mayor cantidad de establecimientos en el último trienio han sido Sabogal, Junín, Lambayeque, Arequipa y La Libertad, las cuales totalizan el 34.5% de los establecimientos. A lo largo de la última década se observan ciertos movimientos. Por ejemplo, en 2007-2009, Piura se ubicaba como la quinta red más grande. Para el lapso 2011-2013, el quinto lugar lo tenía Almenara y ya para 2015-2017 Sabogal había desplazado a esta red. En relación con el periodo 2007-2009, las redes que más crecieron fueron las tres de Lima, con incrementos de entre 15 y 17 nuevos establecimientos.

Por el contrario, Áncash, Ayacucho y Pasco perdieron entre 2 y 5 centros. Al otro lado, Moyobamba, Madre de Dios, Moquegua, Tumbes y Tarapoto se mantuvieron como las redes más pequeñas, absorbiendo el 5% del total de establecimientos. Las mismas cinco redes se mantuvieron constantes en el tiempo.

Un aspecto clave en la estrategia general de provisión de servicios médicos se refiere al grado de cobertura y acceso con servicios de primer nivel como puerta de acceso al sistema. Los resultados muestran que en total existen 295 centros de primer nivel distribuidos entre 125 Centros de Atención Primaria (CAP I, II y III), 100 postas médicas, 37 centros médicos y 23 policlínicos³⁰. Los resultados cualitativos del trabajo de campo indicaron que existe una percepción casi generalizada de que la composición del primer nivel de atención es insuficiente para atender las necesidades crecientes de la población. Esta opinión pareciera reflejarse en la evidencia empírica. Un indicador para aproximar acceso a servicios clínicos es el de asegurados por centro disponible, entendiéndose que cuanto más grande el resultado, menor acceso. A nivel nacional, existe un centro por cada 37,769 asegurados, con valores que se mueven desde un mínimo de 8,619 asegurados en Pasco a 137,075 asegurados en Rebagliati. Conviene señalar que todas las redes de Lima se ubican en el tope de la lista, ya que son las únicas donde hay un centro por cada 113,000 o más asegurados.

Gráfico 97.
Asegurados por centro de primer nivel, 2017



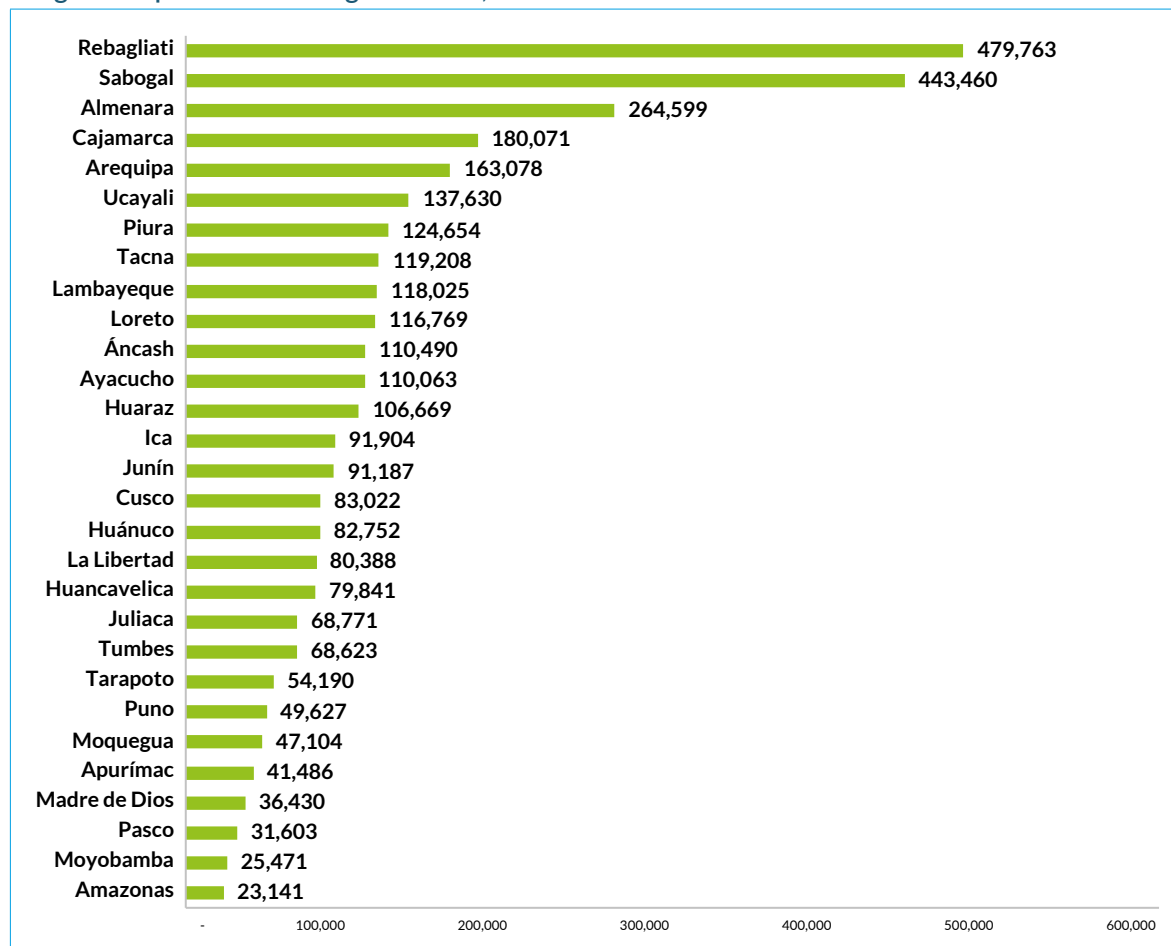
Fuente: estimaciones propias con información de EsSalud.

³⁰ Esta clasificación se basa en el documento "EsSalud: Análisis Ejecutivo a Nivel Nacional 2015"

¿Se compensa la situación anterior con una mejor red de hospitales de segundo nivel? La red de estos centros abarcó 81 centros en el 2017, distribuidos en torno a 45 hospitales de Nivel I, 25 del Nivel II, 9 del Nivel III y 2 de Nivel IV. En promedio, existe un hospital de segundo nivel por cada 137,552 asegurados, con un mínimo de 23,141 en Amazonas y un máximo de 479,763 asegurados por hospital en Rebagliati. En este análisis se repite lo visto en el caso anterior: las tres redes de Lima tienen los mayores valores.

Gráfico 98.

Asegurados por centro de segundo nivel, 2017



Fuente: estimaciones propias con información de EsSalud.

6.9.1 Calidad de la infraestructura

La disposición geográfica de la red de establecimientos debe compensarse asimismo con una infraestructura que cumpla con determinados requisitos. Para la OMS, por ejemplo, la infraestructura de un centro de salud debe cumplir con aspectos como espacio suficiente, confidencialidad y privacidad, debe fomentar el control de infecciones, facilitar las comunicaciones y contar con servicios básicos, incluyendo agua y saneamiento.

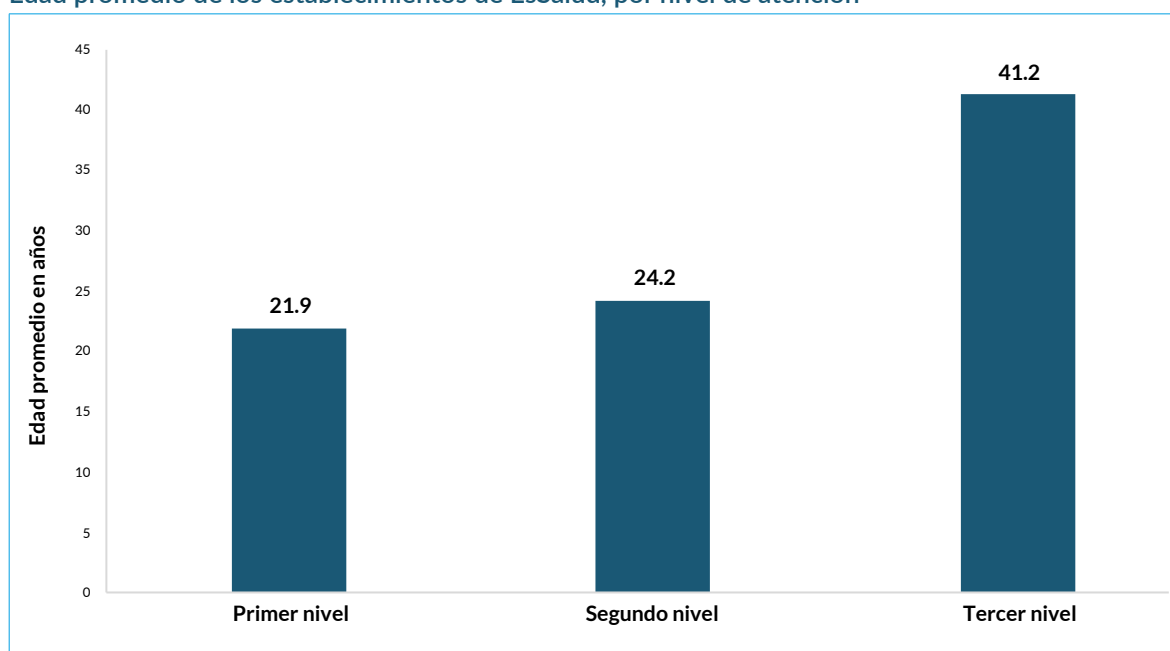
Como parte de la presente evaluación, se dispuso de información sobre el estado de la infraestructura sanitaria de EsSalud. En total, los datos disponibles comprendían 171 establecimientos distribuidos en 87 de primer nivel, 73 de segundo nivel y 11 de tercer nivel de atención. La distribución por red se muestra en el Anexo 3.

En materia de antigüedad de las edificaciones, la edad media de los establecimientos sanitarios de EsSalud se estimó en 23.4 años. Tarapoto es el sitio con el menor promedio (7.5 años), mientras el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de la Red Asistencial Almenara (Lima) tiene una edad de 76 años. Propiamente a nivel de red, son Moquegua (34 años) y Pasco (39 años) las de mayor antigüedad promedio.

Por su lado, según nivel de atención, son los establecimientos de tercer nivel los más longevos, con una edad media de 41.2 años, casi el doble de la antigüedad presentada por el primer nivel. Un 75% de los centros de primer nivel, por cierto, tienen más de 12 años, en tanto un 75% de los de segundo nivel tienen más de 11 años. A nivel hospitalario, la mitad de dichos establecimientos tiene más de 42 años.

Gráfico 99.

Edad promedio de los establecimientos de EsSalud, por nivel de atención



Fuente: estimaciones propias con información de EsSalud.

El siguiente cuadro resume la calidad de la infraestructura según distintos aspectos físicos y de funcionalidad de los establecimientos bajo tres criterios (bueno, malo y regular)³¹. La valoración global muestra que aproximadamente la mitad de los centros tiene condiciones de infraestructura “regulares”, mientras que uno de cada seis se cataloga como en mal estado. Las calificaciones en materia arquitectónica/ingenieril son positivas dado que cerca del 86% de los establecimientos se clasifican como regulares o buenos. De hecho, el criterio de estructura es el único de toda la lista con mayoría de centros bajo el criterio de “bueno”.

Además, solo uno de cada tres establecimientos tiene sus instalaciones sanitarias y eléctricas en buen estado; preocupa, por el tipo de servicio ofrecido, que el 20% tenga en malas condiciones sus instalaciones sanitarias. Donde se concentra la mayor proporción de problemas es en calidad de la pintura, si se considera que más de la mitad de los centros muestran un deterioro notorio de esta.

³¹ Según la codificación utilizada por EsSalud, cada valoración debe leerse de la siguiente forma:

B = Bueno (Requiere reparaciones menores, que no inciden en la normalidad del servicio asistencial).

R = Regular (Requiere reparaciones mayores que deben realizarse de inmediato. No afectan el servicio asistencial).

M = Malo (Requiere realizar trabajos de reparaciones mayores y costosos. Afecta parcialmente el servicio asistencial).

Cuadro 68.

Calidad de la infraestructura de los establecimientos de salud por criterio, 2017

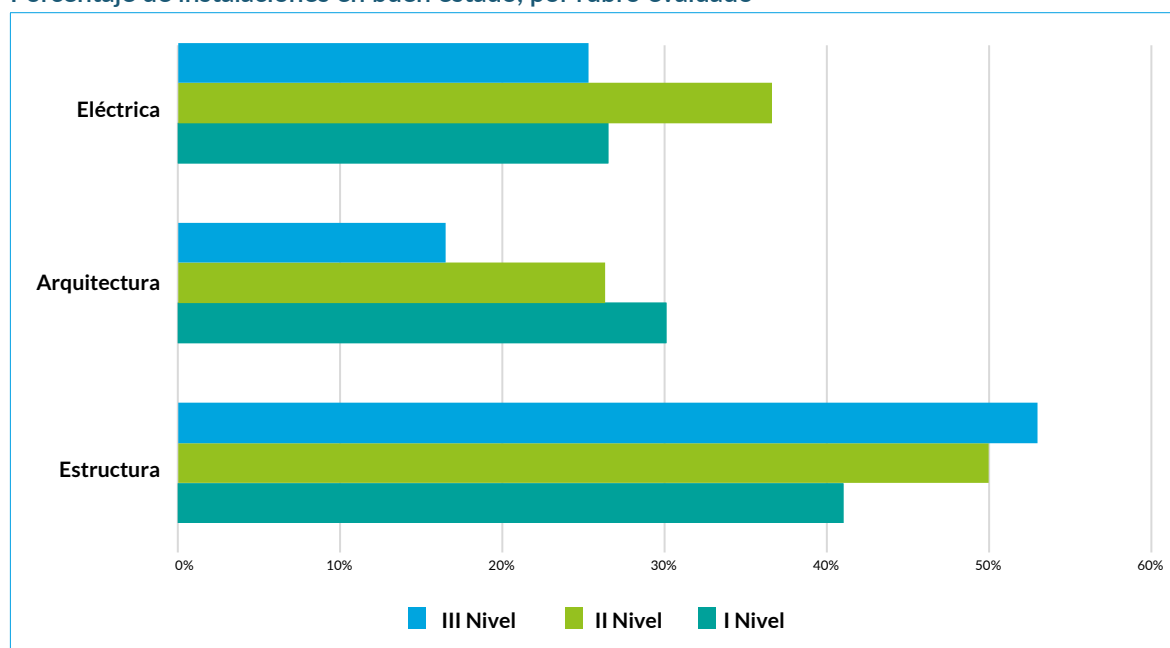
Calificación	Pintura	Arquitectura	Estructura	Instalaciones sanitarias	Instalaciones eléctricas	Estado general
Bueno	26.2	29.7	46.5	31.4	33.1	27.9
Regular	8.1	57.0	39.5	48.8	54.1	53.5
Malo	52.9	13.4	14.0	19.8	12.8	18.6
NA/Otros	12.8					

Fuente: cálculos basados en información de EsSalud.

Por último, la valoración por nivel de atención muestra que es el tercer nivel el que presenta menores porcentajes de infraestructura en buen estado. Los datos reflejan que, en materia de estructura, mientras más de la mitad de los centros de segundo y tercer nivel están en “buena condición”, en el primer nivel dicho porcentaje llega al 41%. Sin embargo, en los otros dos indicadores, el tercer nivel de atención queda rezagado respecto a los otros dos, siendo particularmente notoria la situación en las condiciones arquitectónicas. Esto va en línea con el comentario anterior sobre la edad media de estas edificaciones.

Gráfico 100.

Porcentaje de instalaciones en buen estado, por rubro evaluado



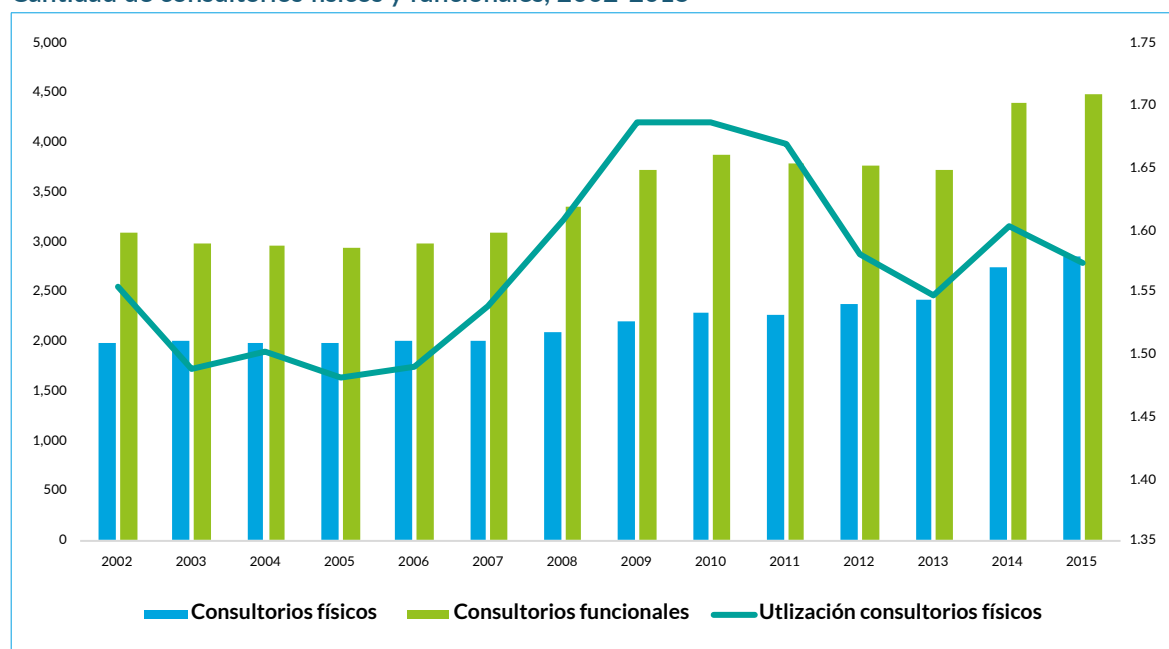
Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

6.9.2 Uso de consultorios y salas quirúrgicas

Un tema relevante para analizar en términos de infraestructura es el uso de los consultorios y las salas de cirugía. Dicho análisis debería realizarse a nivel geográfico, ya sea por red asistencial o por cualquier otro criterio. Contar con un análisis de esta naturaleza permite no solo conocer con detalle la eficiencia con la que se utilizan estos recursos, sino también identificar patrones de rendimiento para elaborar posteriores planes de mejora de gestión. Dicho análisis funge además como un insumo indispensable para la elaboración de planes de expansión de infraestructura. La existencia de necesidades de infraestructura puede deberse no solo a una brecha de infraestructura, sino también a deficiencias en su uso.

El siguiente gráfico muestra la evolución de la cantidad de consultorios físicos³² y funcionales³³ durante el periodo 2002-2015, así como la utilización de los consultorios físicos³⁴. La cantidad de consultorios físicos y consultorios funcionales se incrementó en un 43.9% y en un 45.7%, respectivamente. Ahora bien, cuando se analiza la utilización de los consultorios físicos, se denota que, a pesar de tener un incremento de 0.2 en todo el periodo, muestra una reducción en el periodo 2010-2013, así como en el periodo 2014-2015. En el año 2009, alcanzó el mayor nivel de utilización, con un valor de 1.69. Lo anterior evidencia la necesidad de realizar un análisis más profundo de la utilización de los consultorios con criterios geográficos.

Gráfico 101.
Cantidad de consultorios físicos y funcionales, 2002-2015



Fuente: EsSalud.

El siguiente gráfico muestra la cantidad de intervenciones quirúrgicas según complejidad durante el periodo 2000-2015. Durante este periodo, todas las cirugías mayores crecieron, siendo las de mayor complejidad las que presentaron el crecimiento más importante (345%). En contraste, las cirugías menores decrecieron (58% en total). Las razones de la reducción de las cirugías menores no deben asociarse únicamente con factores negativos, ya que existe la posibilidad de que tal reducción esté asociada con una mejor y más eficiente atención a los pacientes, que implique, por ejemplo, diagnósticos médicos más acertados. En términos agregados, la cantidad total de cirugías mostró un incremento del 50% durante todo el periodo. Sin embargo, si se toma en cuenta solo el periodo 2010-2015, se observa una reducción del -0.8%.

³² El consultorio físico es el ambiente físico destinado a brindar la atención médica.

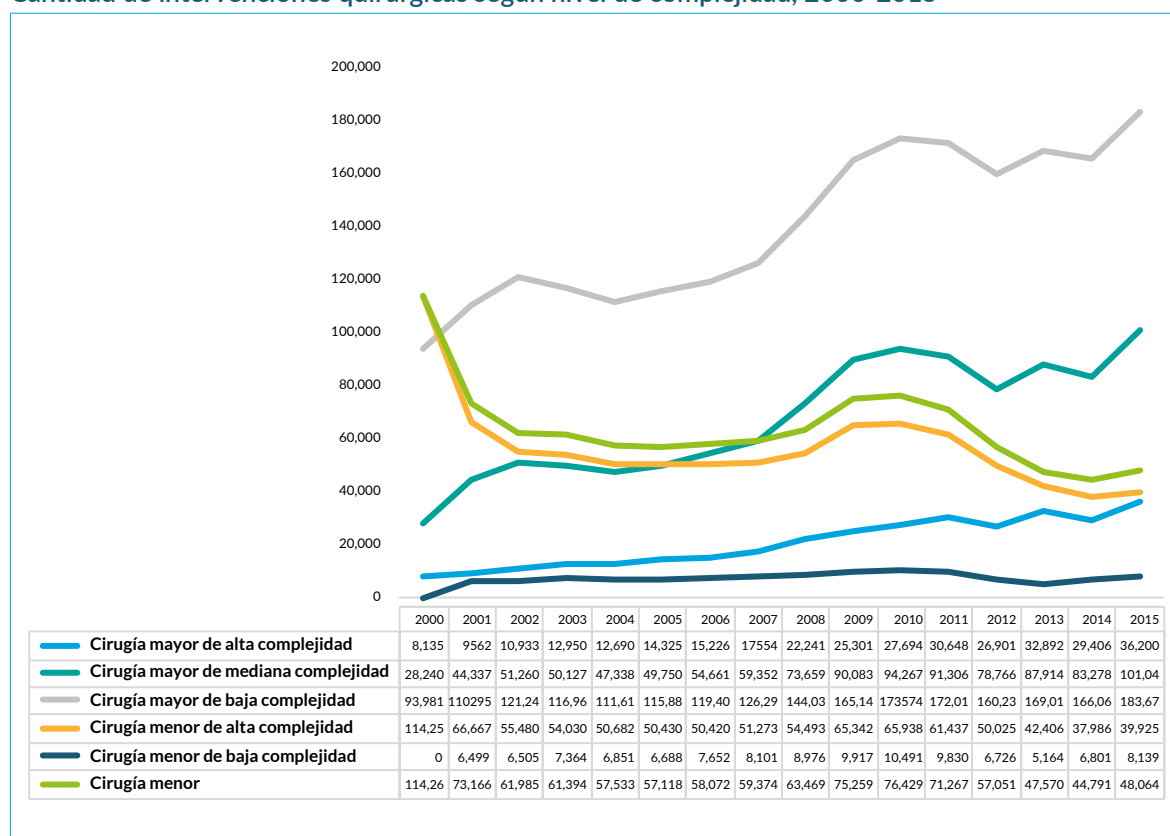
³³ El consultorio funcional es el ambiente físico utilizado en varios turnos de atención.

³⁴ Mide el grado de uso de los consultorios físicos de la consulta externa médica. Determina el número de turnos que se viene otorgando para la atención en la consulta externa, comprendiendo cada turno un tiempo de 4 horas. Se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Número de consultorios médicos funcionales}}{\text{Número de consultorios médicos físicos}}$$

Gráfico 102.

Cantidad de intervenciones quirúrgicas según nivel de complejidad, 2000-2015



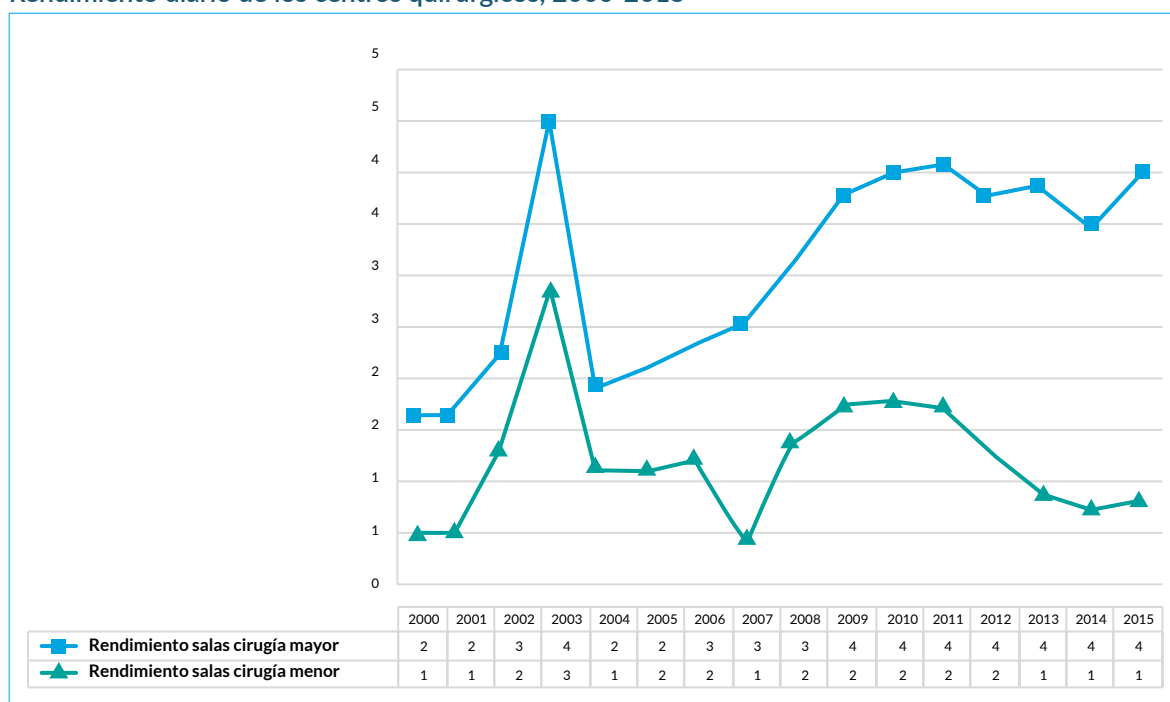
Fuente: EsSalud.

Al analizar la cantidad de cirugías por cada 1,000 beneficiarios, se observa una reducción de 4.39 cirugías menores y de 4.42 cirugías mayores. La reducción en la cantidad de cirugías y en la cantidad de cirugías por cada 1,000 beneficiarios podría hacer suponer que la intensidad del uso de las salas de cirugía esté cayendo. Pese a lo anterior, se debe tener presente que los diferentes tipos de cirugía implican diferentes usos de recursos, como también lo extensivo que sea el uso de las salas de cirugía. Cuando se considera la conformación total, se observan cirugías de mayor complejidad, que suelen absorber más horas de sala por procedimiento quirúrgico. Por lo tanto, se descarta la posibilidad de hacer más procedimientos más cortos.

Otro punto relevante para incluir en el análisis es el porcentaje de cirugías menores respecto al total de cirugías. De acuerdo con la evidencia internacional, un buen indicador de la gestión en salud es contar con un porcentaje de cirugías menores que ronde el 50% del total de cirugías. Las cirugías menores representaron el 46.3% del total durante el 2000, mientras que para el 2015 dicho porcentaje se redujo al 13%. La reducción notable del porcentaje de cirugías menores del total enciende una alerta, por cuanto se ha alejado del estándar internacional. Esto constituye otro elemento motivador para realizar un análisis más detallado de las salas de cirugía y otros recursos de infraestructura de EsSalud.

El siguiente gráfico muestra el rendimiento de las salas de cirugía mayor y menor en el periodo 2000-2015. Como se puede denotar, las salas de cirugía mayor muestran un mayor rendimiento. En contraste, las salas de cirugía menor indican una clara tendencia de reducción durante el periodo 2010-2015.

Gráfico 103.
Rendimiento diario de los centros quirúrgicos, 2000-2015



Fuente: EsSalud.

La información disponible no permite afirmar que se esté haciendo un uso ineficiente de las salas de cirugía, debido a que no se conocen los datos de la capacidad instalada de las salas. Sin embargo, no se puede descartar la posibilidad de que se requieran mejoras en la gestión del uso. Por tanto, esta evidencia puede sumarse a la presentada acerca del uso de los consultorios, y servir de motivación para elaborar un análisis más profundo y con criterios geográficos del uso general de la infraestructura en EsSalud.

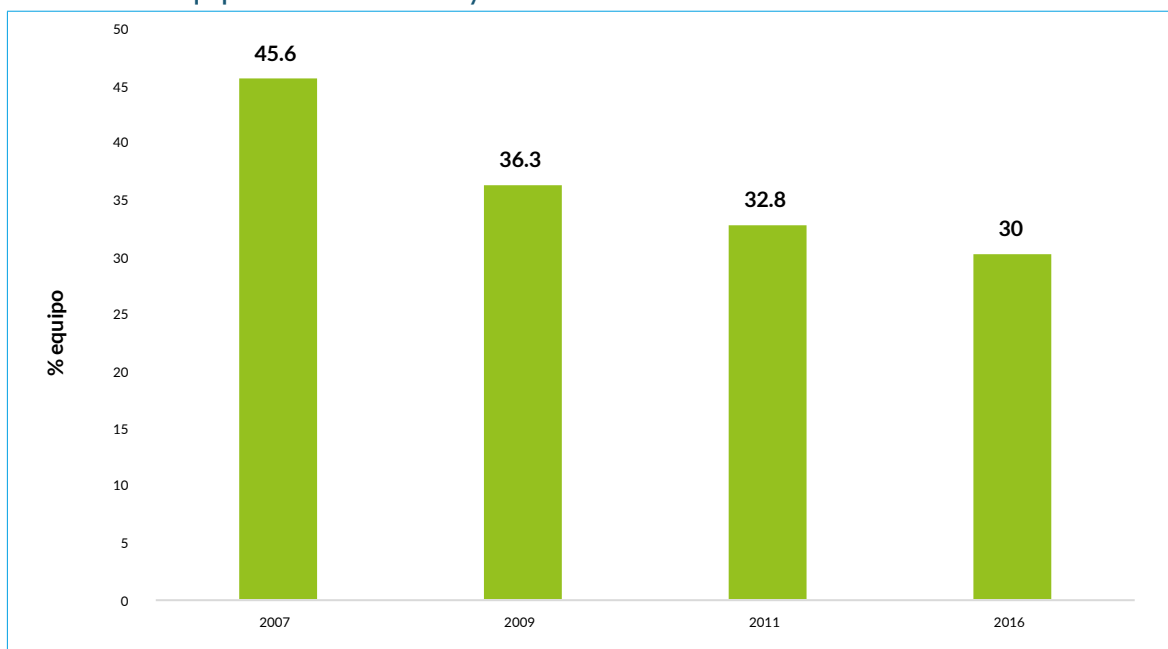
6.10 Equipamiento biomédico y electromecánico

Si bien EsSalud ha realizado un esfuerzo considerable por cumplir con sus objetivos trazados en materia de inversión en infraestructura, la inversión en equipamiento también ha sido muy eficiente en los últimos años. Las estadísticas más recientes indican que, al cierre del 2016, el equipamiento biomédico y electromecánico alcanzó las 47,629 unidades, lo que implica la tenencia de 1.66 equipos por cada 100,000 habitantes. Del total de equipos, 35,490 corresponden a equipos biomédicos para la atención de salud. Cabe señalar que, de este total, el 96.8% del total de los equipos se encuentra en operación, en tanto el 3.2% restante es obsoleto.

En el último quinquenio, el ritmo de incremento promedio supera cerca de los 1,100 equipos biomédicos y electromecánicos por año. Es importante destacar que los avances en materia de inversión en estos equipos no solo se han limitado a la cantidad, sino también a su calidad. Tal y como indica el gráfico siguiente, la evolución del porcentaje de equipo obsoleto ha manifestado una reducción considerable en los últimos doce años, pasando de niveles del 45.6% en el año 2007 hasta niveles cercanos al 30% en la actualidad. El porcentaje de equipo inoperativo, por su lado, no muestra importantes variaciones en el tiempo, representando en el 2016 un 3.2% del equipo total.

Gráfico 104.

Evolución del equipamiento biomédico y electromecánico obsoleto en EsSalud

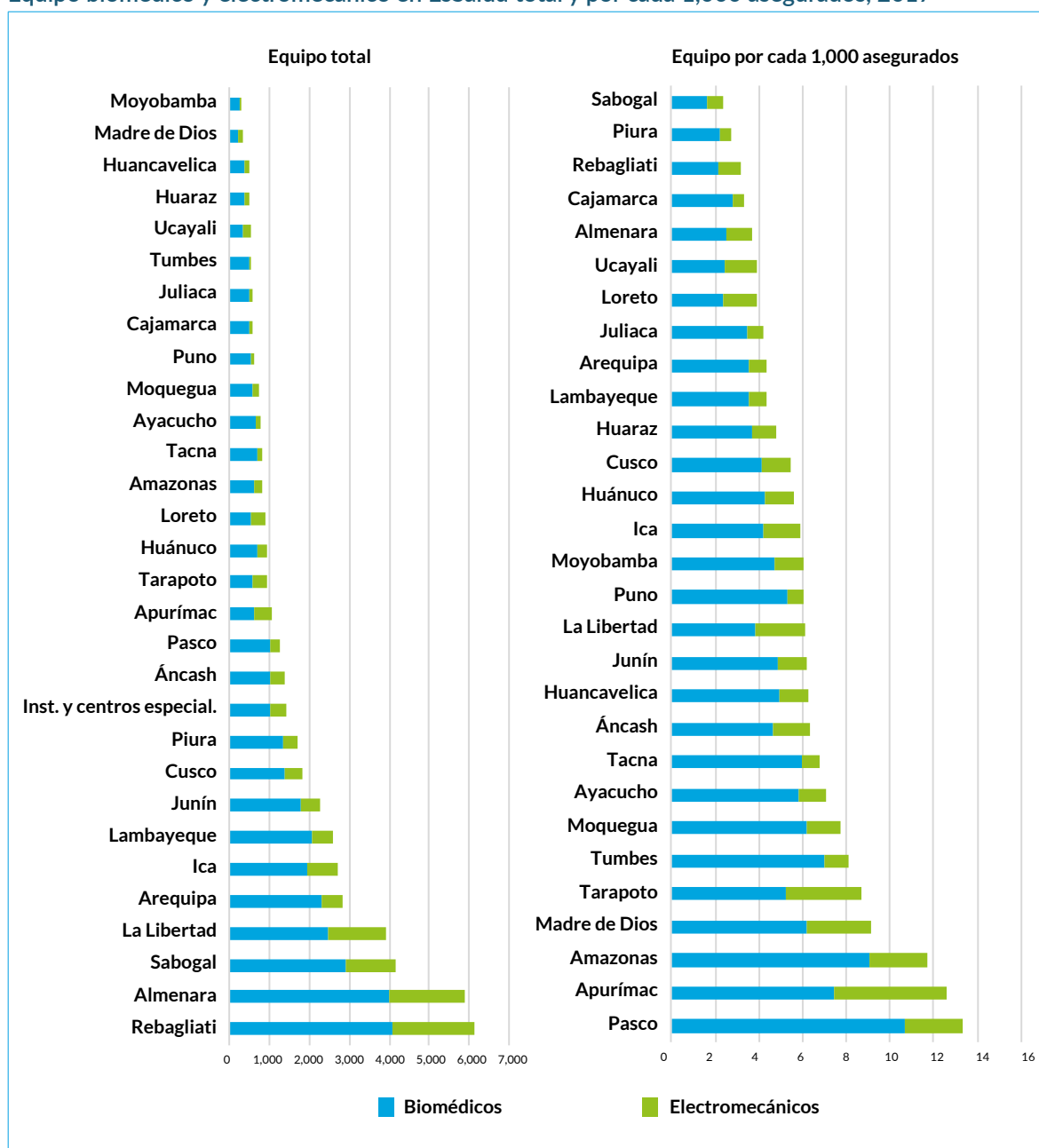


Fuente: cálculos propios.

Del total de equipamiento reportado por EsSalud para el 2017 (49,524 unidades), el 73% corresponde al stock de equipo biomédico (35,939 unidades), mientras el 27% restante corresponde al equipo electromecánico (13,585 unidades).

Gráfico 105.

Equipo biomédico y electromecánico en EsSalud total y por cada 1,000 asegurados, 2017



Fuente: cálculos propios.

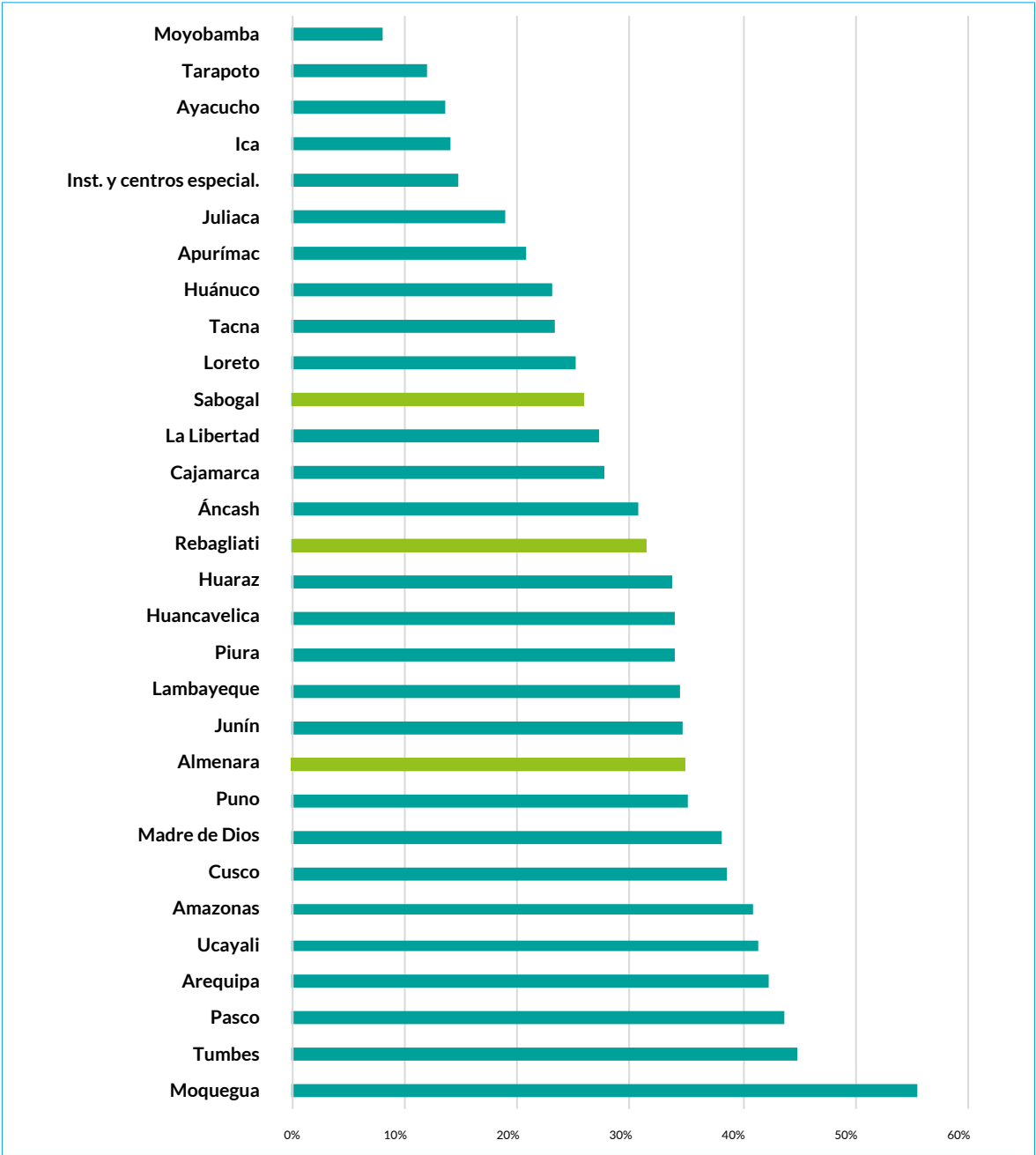
Del total de equipos disponibles, el 46.2% está concentrado en cinco redes asistenciales de salud: Rebagliati, Almenara, Sabogal, La Libertad y Arequipa. En contraste, la suma de los equipos en las redes asistenciales de Ayacucho, Moquegua, Puno, Cajamarca, Juliaca, Tumbes, Ucayali, Huaraz, Huancavelica, Madre de Dios y Moyobamba no alcanza ni el 0.5% de los equipos biomédicos y electromecánicos en el país.

Ahora bien, en términos relativos también se observan diferencias significativas entre las distintas redes de asistencia social de salud. Existe una marcada desproporción de equipos entre las diferentes redes, siendo aquellas con gran número de beneficiarios las que tienen una cantidad menor de equipo por cada 1,000 asegurados. Como se muestra en el gráfico anterior, las redes de

Sabogal, Piura y Rebagliati poseen menos de 3 equipos por 1,000 asegurados, en tanto que redes con una población de asegurados relativamente baja como Pasco, Apurímac y Amazonas mantienen en uso una cantidad cercana a los 13 equipos por cada 1,000 asegurados.

En lo que se refiere al estado de los equipos, cabe señalar que el 30.4% del total del equipamiento se encuentra fuera de su vida útil (i. e., más de diez años de uso). En particular, el 26.5% del equipo biomédico del país se encuentra en esa condición, mientras que el 40.8% de los equipos electromecánicos también se encuentra fuera de su vida útil. Las redes con menor porcentaje de equipos en esta situación son Moyobamba, Tarapoto, Ayacucho e Ica, las cuales deben reponer menos del 15% de sus equipos totales. En contraste, las redes de Moquegua, Tumbes, Pasco, Arequipa, Ucayali y Amazonas deben reponer más del 40% de sus equipos.

Gráfico 106.
Porcentaje de los equipos que se encuentran fuera de su vida útil, según red de asistencia, 2017



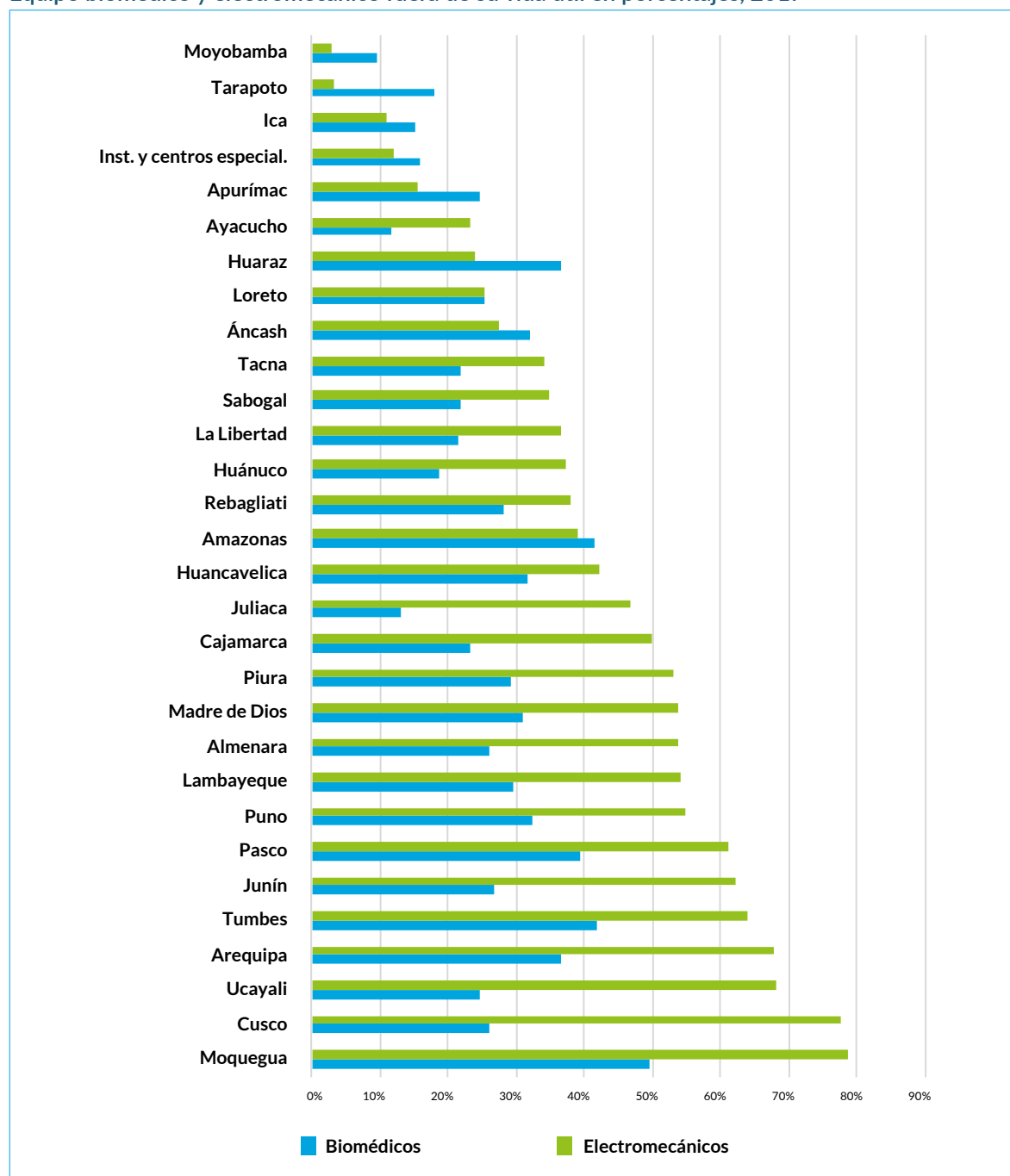
Fuente: cálculos propios.

El comportamiento típico observado a lo largo del país es que el equipo electromecánico es el que está más expuesto a ser reemplazado, a pesar de que su vida útil es superior a la del equipo biomédico. No obstante, en las redes asistenciales de Apurímac, Huaraz, Áncash y Amazonas, deben reponer un porcentaje superior de equipos biomédicos.

Es preocupante el hecho de que en más del 50% de las redes asistenciales se está utilizando más de un 40% del equipo electromecánico que se encuentra fuera de su vida útil, lo que sugiere un elevado costo de reposición para cada una de estas redes.

Gráfico 107.

Equipo biomédico y electromecánico fuera de su vida útil en porcentajes, 2017



Fuente: cálculos propios.

6.11 Situación institucional de los sistemas de información

En el documento “Propuesta de Plan Estratégico de Tecnologías de la Información 2018-2022” del 2018, se expone un análisis interno y externo de los procesos de EsSalud en torno a las tecnologías de la información. Dicho documento realiza un análisis interno del cual se desprende una serie de fortalezas y debilidades de los procesos de tecnologías de la información. A continuación, se presenta una sistematización de las fortalezas identificadas:

- Conocimiento de arquitectura tecnológica, aplicaciones, activos y requerimiento de los usuarios
- Se cuenta con mapa de procesos de tecnologías de la información alineados a buenas prácticas en gestión.
- Buenas prácticas en desarrollo y mantenimiento de *software*.
- Existe centralización de la administración de las aplicaciones informáticas.
- Desarrollo de aplicaciones con recursos propios.
- Atención oportuna de los requerimientos de desarrollos pequeños y mantenimiento de actuales aplicaciones informáticas.
- Uso de proveedores externos para atender requerimientos.

En contraposición, se reconoce una lista de debilidades por superar. Un grupo de estas está asociado con la organización del recurso humano, dentro de las cuales se resaltan las siguientes:

- Organigrama no alineado a buenas prácticas de las tecnologías de la información.
- Evaluaciones cualitativas/cuantitativas de perfiles y personas no realizadas en todas las áreas del órgano de las tecnologías de la información.
- Necesidad de capacitaciones estratégicas para el personal técnico y operativo.
- Desconocimiento de la carga de trabajo real del personal.
- No se conoce la capacidad del personal, la actual no es suficiente y no se ha determinado la necesidad futura.
- No existe un programa formal o informal de capacitaciones.

Dentro de las debilidades, también se resalta que la infraestructura tecnológica es insuficiente, inestable, antigua, obsoleta y no se ha determinado cuál es la necesidad futura de dicha infraestructura. Además, existe diversidad de bases de datos utilizadas por las aplicaciones informáticas, se desconoce el nivel de interoperabilidad de las aplicaciones informáticas y no existe una integración de estas aplicaciones en los sistemas de información. Asimismo, se resalta que existe diversidad de lenguajes de programación.

Esta conclusión va en línea con lo detallado por la OIT en su Capítulo 6 del *Estudio financiero actuarial* de 2015 (numeral 6.5. “Información al público e información para la gestión”), que, luego de un breve análisis sobre los sistemas de información en EsSalud, señaló: “EsSalud no cuenta con sistemas de información suficientemente desarrollados, las bases de datos de prestaciones asistenciales otorgadas es local y no registra todos los consumos de los asegurados. Tampoco cuenta con información oportuna e íntegra de empleadores morosos, no cuenta con herramientas de gestión eficientes, insuficientes indicadores de atención que muestren la calidad y oportunidad de las prestaciones (...) y sistemas de costos integrados”.

Con relación a la documentación asociada a los procesos y a las aplicaciones, se cuenta con un bajo nivel de documentación de las aplicaciones informáticas. Además, no hay manuales detallados de los procesos de las tecnologías de la información. Asimismo, no se encuentran definidas las métricas y no se realizan mediciones.

En cuanto a la atención de los usuarios, se desconoce cuál es la cantidad de usuarios de varias aplicaciones informáticas y existen requerimientos no atendidos o bien retrasados. Asimismo, se desconoce la demanda y la oferta de información. Además, la gestión de requerimientos no es oficial entre los usuarios y la mesa de ayuda es un centro de llamadas no basada en buenas prácticas.

Con relación a la seguridad informática, no se cuenta con una definición detallada de sus procesos. Además, la política de seguridad de información se encuentra desfasada y el sistema de gestión de seguridad de la información no está desplegado para toda la institución.

Por último, existe una brecha importante de recursos para atender los requerimientos del negocio de mediana y gran envergadura. Asimismo, no se cuenta con un proceso de gestión de proveedores para controlar y monitorear a los proveedores externos.

La Propuesta de Plan Estratégico de Tecnologías de la Información 2018-2022 también incluye un análisis externo, en el que se detallan las oportunidades y amenazas a los procesos de EsSalud con respecto a las tecnologías de la información. Como oportunidades se destacan las siguientes:

- Interés de la Alta Dirección en mejorar la situación de las tecnologías de la información.
- Exigencia de información de calidad, oportuna y transparente por parte del negocio y la ciudadanía.
- Normativa vigente para la modernización de las entidades públicas.
- Demanda de la ciudadanía para que sus requerimientos de información sean atendidos más eficientemente.
- Intercambio de información y conocimiento con otras instituciones.
- Convenios con organismos públicos y privados con fines de apoyo interinstitucional y de compartir información.
- Exigencia administrativa de mejores procedimientos y registros.

Como parte de las amenazas en cuanto a los recursos humanos, se destaca que se generan retrasos en el cumplimiento de objetivos y metas debido a capacidades inadecuadas del personal. Tampoco existe una política de remuneraciones acorde a las funciones y responsabilidades del personal.

En cuanto a los recursos monetarios, las medidas de austeridad y racionalidad del gasto en bienes de capital limitan las opciones de contratación e inversión en tecnologías de la información. Además, la disponibilidad presupuestaria es limitada para afrontar iniciativas con respecto a estas tecnologías.

Otra amenaza importante es la rápida obsolescencia del equipo tecnológico. Además, existe un pobre conocimiento informático del personal usuario de la institución.

Con relación a los procesos, se resalta la falta de estos, así como de procedimientos en las oficinas solicitantes que retrasan los proyectos y las operaciones. Además, existe una serie de mejoras de los servicios y procesos del negocio que aún no se han formalizado.

Por último, con relación a la seguridad informática, existe vulnerabilidad a ataques informáticos y también amenaza de fuga de información sensible.

Como conclusión, la propuesta resalta que la institución requiere mejorar en el corto plazo su arquitectura de información, para lo que recomienda implementar buenas prácticas en este aspecto, con el objetivo de ordenar y organizar sus activos de información. Con relación a los procesos, dicho documento recomienda actualizar de manera más detallada el análisis funcional, el mapeo, así como la descripción de procesos, subprocesos, actividades y tareas.

Análisis de la mesodimensión

7.

Gestión financiera y cobranza de EsSalud

7.1 Introducción

El análisis financiero que se presenta a continuación está basado en la revisión de los estados financieros del Seguro Social de Salud (EsSalud) al 31 de diciembre de cada uno de los años del periodo comprendido entre el 2010 y el 2017. Dichos estados financieros comprenden el estado de situación financiera combinado, el estado de resultados integrales combinados, los cambios en el patrimonio neto combinado y los flujos de efectivo combinados.

La Gerencia de EsSalud es la responsable de la preparación y presentación razonable de estos estados financieros de acuerdo con principios de contabilidad generalmente aceptados en Perú y normas gubernamentales vigentes y aplicables a la institución, marco conceptual de información financiera y principales políticas contables. Dicha responsabilidad incluye: diseñar, implementar y mantener el control interno que sea relevante en la preparación y presentación razonable de los estados financieros para que estén libres de errores materiales, ya sea como resultado de fraude o error; seleccionar y aplicar las políticas contables apropiadas y realizar las estimaciones contables razonables de acuerdo con las circunstancias.

Los estados financieros de la institución se preparan y presentan de acuerdo con principios de contabilidad generalmente aceptados en Perú que comprenden a las Normas Internacionales de Contabilidad (NIC), oficializadas a través de resoluciones emitidas por el Consejo Normativo de Contabilidad (CNC). La institución trata contablemente ciertas transacciones de acuerdo con instructivos que específicamente emite la Dirección General de Contabilidad Pública para la institución y para otras entidades gubernamentales.

Los estados financieros combinados han sido preparados de acuerdo con el principio de costo histórico modificado por la valuación de ciertos bienes de inmuebles, maquinaria y equipo. Se presentan a valores razonables determinados sobre la base de tasaciones realizadas por peritos independientes y por ciertos instrumentos financieros que se reconocen a su valor razonable.

Los estados financieros combinados adjuntos incluyen los estados financieros individuales del Fondo Salud, del Fondo Común de Administración de AFESSALUD, del Fondo de Seguro Agrario y del Fondo de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, preparados sobre la base de devengado. De acuerdo con EsSalud, para la preparación de estos estados financieros combinados se han sumado línea por línea las cuentas de los fondos individuales y se han eliminado los saldos y las transacciones significativas entre los fondos.

7.2 Análisis de los estados auditados

7.2.1 Estado de situación financiera

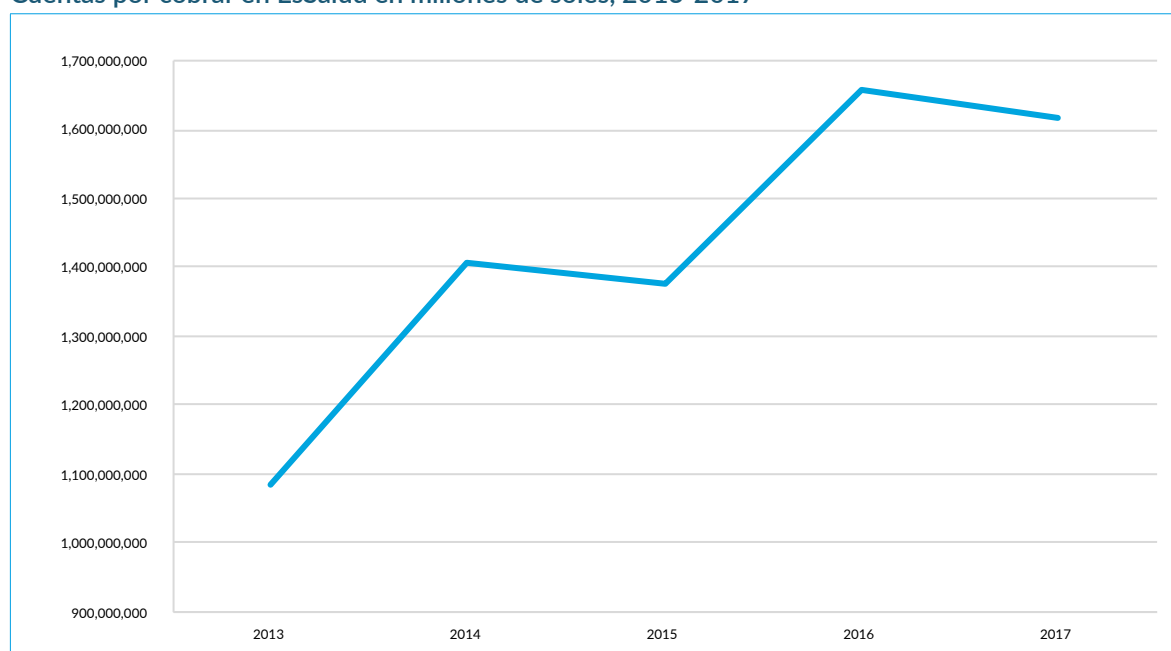
El volumen de activos del Seguro Social de Salud se incrementó en un 18% en el periodo 2013-2017. Dicho incremento respondió principalmente al aumento del 35% en el activo corriente de la institución, dado que el activo no corriente tuvo un incremento más moderado en este periodo, a pesar de ser el componente con mayor peso relativo dentro de la cartera de activos.

En particular, las cuentas más importantes dentro de la cartera de activos corresponden a las propiedades, las plantas y el equipo, las cuales representaron en promedio un 73% del activo no corriente y cerca del 45% del activo total.

Cabe señalar que en este periodo el activo total ha registrado una tasa promedio anual cercana al 13.90%; no obstante, dicha variación ha ido disminuyendo considerablemente en los últimos años. En dicho comportamiento, es notable el efecto del crecimiento del componente de cuentas por cobrar, que supera con creces el observado en el efectivo y otras cuentas comerciales de menor plazo, aspecto que ha incidido en la liquidez de los activos.

Gráfico 108.

Cuentas por cobrar en EsSalud en millones de soles, 2013-2017



Fuente: cálculos propios.

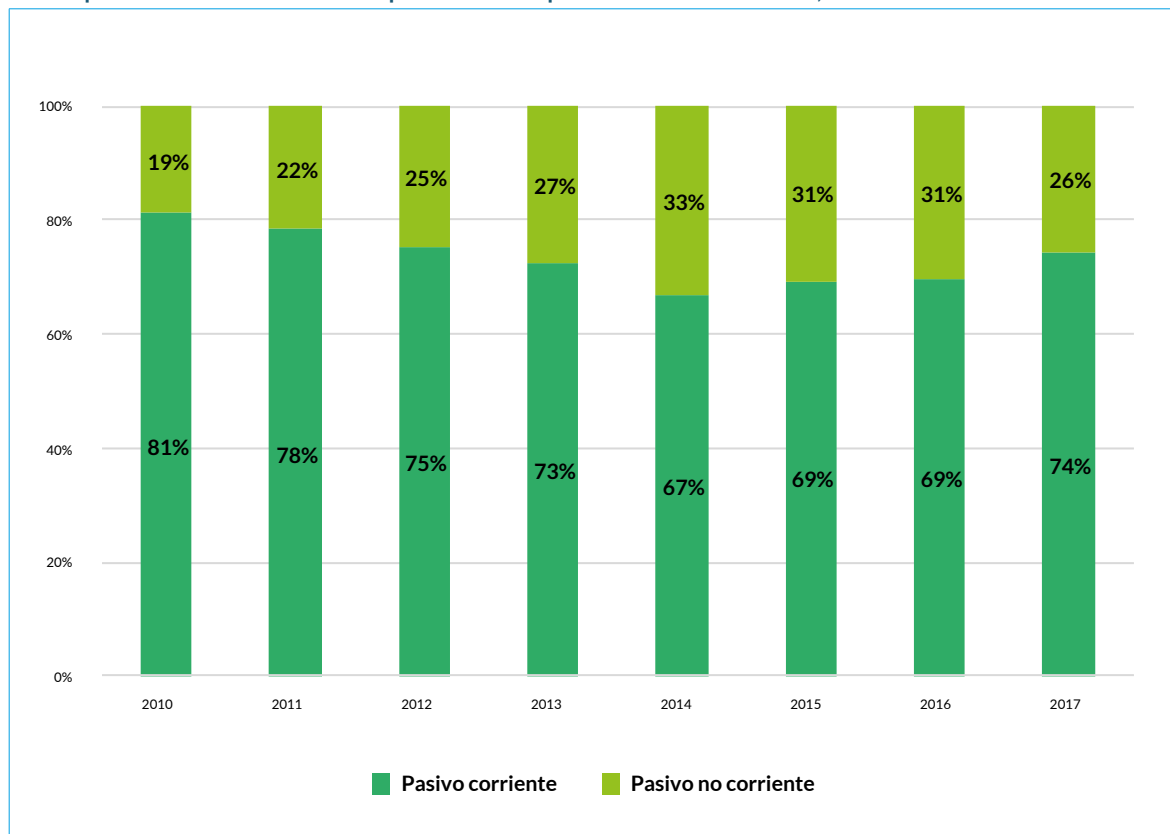
Por su parte, dentro del activo no corriente destaca el crecimiento sostenido que ha mantenido el componente de inversiones mobiliarias y el de activos intangibles. Dicho crecimiento y la reducción de las cuentas por cobrar comerciales han generado un cambio de composición dentro de esta categoría particular del activo. El componente mayor siguió siendo el correspondiente a las propiedades, las plantas y el equipo de EsSalud; sin embargo, su crecimiento promedio apenas alcanzó el 1% en este periodo.

En el periodo en estudio, el componente del pasivo total se incrementó en un 62%. El pasivo corriente fue el que marcó la pauta en esta evolución, no solo por su ritmo de crecimiento, sino también por su mayor importancia relativa dentro del componente total de pasivos.

La mayoría de los componentes de la estructura de pasivos mostraron tasas de crecimiento superiores al 50% en este periodo; sin embargo, es destacable el incremento observado en las cuentas por pagar judiciales y en el rubro de provisiones. En el primero de los casos, el rubro se quintuplicó, mientras que las provisiones se duplicaron en estos cinco años.

Gráfico 109.

Participación relativa de los componentes del pasivo total de EsSalud, 2010-2017



Fuente: cálculos propios.

En términos de importancia relativa, el rubro de cuentas por pagar mantuvo una participación superior al 70% dentro del componente de los pasivos de EsSalud.

Ahora bien, dado que en términos generales el componente de los pasivos corresponde a un 16% del activo total de EsSalud, el comportamiento registrado en el periodo en estudio contribuyó a fortalecer el patrimonio de la institución. En este quinquenio, el patrimonio se incrementó en un 12%, siendo el componente de reserva legal el que mostró la mayor variación porcentual (56%). La partida de resultados acumulados es la que concentró la mayor participación relativa dentro del componente del patrimonio de EsSalud, con un porcentaje ligeramente inferior al 50%.

Por último, es importante señalar que la suma de los activos de cada uno de los seguros que administra EsSalud al 31 de diciembre del 2017 alcanzó una cifra cercana a los 15.7 miles de millones de soles (resultado del activo total sin la combinación de estados financieros). El seguro de salud fue el que

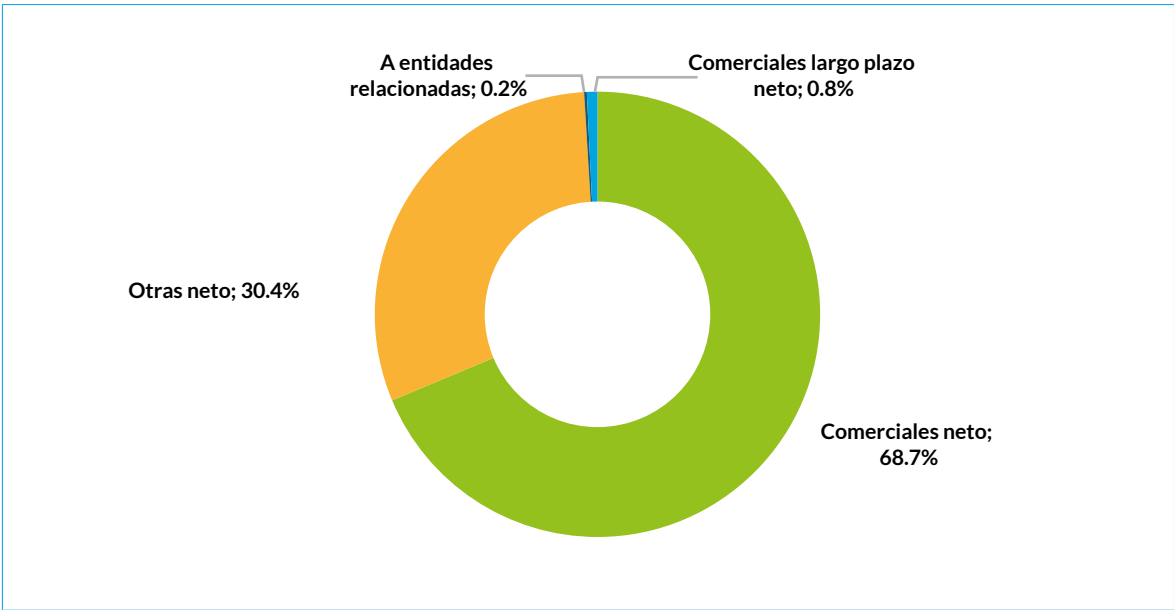
concentró alrededor del 92% de dicho activo, seguido del Fondo Común de Administración, que acaparó el 6.2% de este componente.

Por su parte, el patrimonio total de EsSalud está conformado prácticamente por el aporte del seguro de salud (12.6 miles de millones de soles) pues el patrimonio de Fondo Común de Administración y el Fondo de Trabajo es relativamente pequeño. El patrimonio del Seguro Agrario es negativo en 2.8 miles de millones de soles, por lo que el patrimonio total de EsSalud alcanzó a 9.8 miles de millones de soles al cierre del 2017.

7.2.2 Cuentas por cobrar en EsSalud

Las cuentas por cobrar de EsSalud tienen dos componentes principales que concentran más del 99% de estos activos, a saber: las cuentas por cobrar comerciales netas y otras cuentas por cobrar. Los componentes de cuentas por cobrar a entidades relacionadas y aquellas comerciales de largo plazo apenas alcanzan el 1% en conjunto durante el periodo.

Gráfico 110.
Componentes de las cuentas por cobrar de EsSalud en porcentajes, 2017



Fuente: cálculos propios.

La evolución de estos componentes ha puesto en evidencia el riesgo que representa para EsSalud el comportamiento de las cuentas por cobrar en los últimos años, sobre todo por la cantidad de recursos que ha destinado la institución como provisiones para la cobranza dudosa de estas cuentas y el comportamiento creciente que siguen registrando estas provisiones. Tal y como se observa en el siguiente cuadro, dichas provisiones superaron los 5.775 millones de soles para el 2017, lo que representó 3.56 veces el volumen de las mismas cuentas por cobrar. Si bien en el 2016 esta razón tendió a mejor, para el 2017 retomó la tendencia creciente de los años previos.

Cuadro 69.**Provisión de cobranza dudosa en EsSalud en millones de soles, 2014-2017**

Indicador	2014	2015	2016	2017
Provisiones cobranza dudosa	4,733.8	4,614.9	5,040.5	5,779.8
Nº de veces con respecto a las cuentas por cobrar	3.33	3.35	3.02	3.56

Fuente: cálculos propios.

En Perú la recaudación de las contribuciones a la seguridad social está a cargo de la SUNAT, que, de acuerdo con la Ley N° 27334 (que amplió sus funciones), es la encargada de trasladar los recursos provenientes de los aportes de los asegurados hacia dicha institución para la adecuada prestación de los servicios de salud.

A pesar de lo anterior, la SUNAT mantiene una deuda con EsSalud que supera los 5,500 millones de soles, que provienen principalmente de empresas privadas que ya no existen y que dejaron de aportar lo que correspondía por sus trabajadores. Estos pasivos de la SUNAT han sido registrados por EsSalud dentro del total de cuentas por cobrar comerciales y han debido ser provisionadas dada su cobranza dudosa.

En los últimos cuatro años, el factor de recuperación de dicha deuda no ha superado el 3% y ha tendido a la baja, lo cual ha forzado a aumentar las provisiones como porcentaje de las aportaciones comerciales por cobrar a la SUNAT.

Cuadro 70.**Aportaciones por cobrar a la SUNAT y provisiones requeridas en millones de soles, 2014-2017**

Indicador	2014	2015	2016	2017
Aportaciones por cobrar a la SUNAT	1,488.3	1,079.1	925.4	1,163.4
Factor de recuperación	2.98%	1.70%	2.11%	2.37%
Provisión requerida	1,361.8	1,014.2	845.2	1,163.2
Provisión como % de aportaciones	91.5%	94.0%	91.3%	100.0%

Fuente: cálculos propios.

Esta situación no ha sido exclusiva de las cuentas comerciales por cobrar, pues en el componente de “Otras cuentas por cobrar” el impacto de la deuda de la SUNAT con el Seguro Social de Salud también ha requerido de una serie de provisiones de consideración. No obstante, la principal provisión para cuentas de cobranza dudosa corresponde a un reclamo efectuado a la SUNAT por pagos en exceso sobre el impuesto general a las ventas.

7.2.3 Estado de resultados integrales combinados

El resultado operativo y financiero de EsSalud mostró un franco deterioro en el periodo 2013-2017, como resultado combinado de un menor crecimiento en el nivel de ingresos y una mayor aceleración de los gastos de administración y costos.

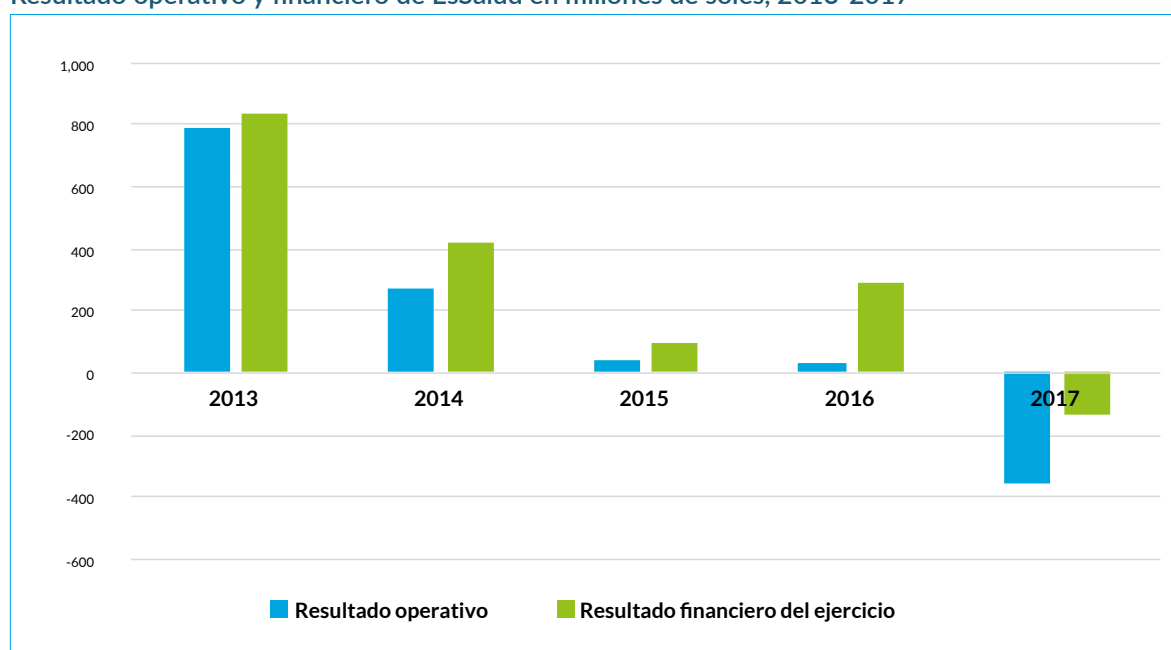
El principal componente de los ingresos totales de EsSalud corresponde a los aportes de la Ley N° 26790 del seguro de salud. Dichos ingresos corresponden a cerca del 95% de los ingresos totales de la entidad y su crecimiento se ha ralentizado claramente en los últimos años, lo que incide de manera directa en el comportamiento de los ingresos totales de EsSalud.

Por su parte, los principales componentes de los gastos totales de EsSalud corresponden al costo de personal, al costo de medicinas, material médico y al pago de servicios médicos encargados a terceros. Dichos elementos concentran cerca del 77% del gasto total de la institución y han mantenido una tasa anual de crecimiento que supera considerablemente a la de los principales ingresos y que ha sido más regular en el tiempo.

Cabe señalar que claramente el costo operativo de EsSalud crece a un ritmo superior al de la inflación del país, en especial como consecuencia del aumento en el costo del personal, ya que otros rubros han disminuido en el periodo. Tal es el caso de las provisiones, el costo de algunos suministros diversos, el pago de viáticos y el reconocimiento de honorarios.

Gráfico 111.

Resultado operativo y financiero de EsSalud en millones de soles, 2013-2017



Fuente: cálculos propios.

Tal y como se observa en el gráfico anterior, tanto el resultado operativo como el financiero mostraron un deterioro considerable en el periodo y se tornaron negativos en el 2017. En particular, durante el 2017 se registró una caída significativa en otros ingresos netos operativos, lo que contribuyó significativamente al déficit operativo observado durante este año.

Cabe señalar que, a pesar de las pérdidas por diferencial cambiario, el resultado del ingreso financiero neto se mantuvo positivo durante todo el periodo, lo que facilitó el logro de un superávit financiero durante la mayor parte del quinquenio en estudio.

7.2.4 Cambios en el patrimonio neto combinado

Tal y como muestra el siguiente cuadro, los principales cambios anuales al patrimonio provienen del resultado financiero del ejercicio. En el periodo en estudio, solamente en una ocasión se registró una modificación al patrimonio de EsSalud por razones contables.

Las otras variaciones se presentaron en tres periodos en particular y fueron resultado de revaluaciones o modificaciones especiales en las reservas legales de la institución.

Cuadro 71.

Cambios en el patrimonio neto combinado en millones de soles, 2013-2017

Indicador	2013	2014	2015	2016	2017
Patrimonio inicial	8,775.3	8,776.1	9,272.5	9,372.6	9,894.7
Otras transferencias netas	-	-	-	-	-
Cambios en políticas contables	-	76.0	-	-	-
Superávit o déficit del ejercicio	0.8	420.4	100.0	289.2	-134.9
Otras variaciones	-	0.0	-	233.0	27.9
Patrimonio final	8,776.1	9,272.5	9,372.6	9,894.7	9,787.7

Fuente: cálculos propios.

7.2.5 Flujo de efectivo o equivalente

Las principales actividades de operación relacionadas con el flujo de efectivo por actividades de operación corresponden a ingresos por aportes, intereses y rendimientos, cobros, pago de proveedores, remuneraciones y pago de impuestos. Por su parte, los principales elementos del flujo de efectivo por concepto de actividades de inversión corresponden a venta y compra de bonos, compra de inmuebles, equipo y maquinaria, así como por la compra y el desarrollo de intangibles.

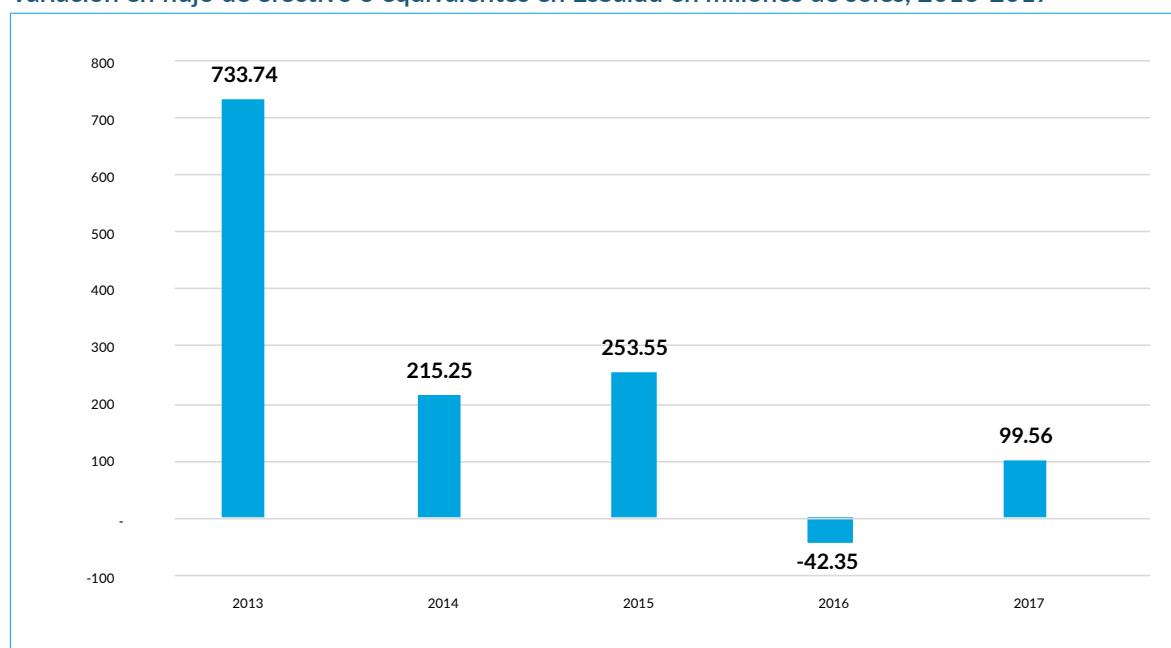
En el periodo en estudio, los rubros más significativos para el flujo de efectivo o equivalentes corresponden a los aportes y al pago de remuneraciones y beneficios sociales.

Tal y como se observa en las tablas del Anexo 2, típicamente el flujo de efectivo y equivalente por las actividades de operación es positivo, en tanto que el resultante de las actividades de inversión suele ser negativo. La revisión de las cifras disponibles antes del periodo en estudio manifiesta que EsSalud mantuvo hasta el año 2016 una acumulación de flujos de efectivo, a pesar de la tendencia decreciente en dicha acumulación. No obstante, en el 2016 la situación antes expuesta se revirtió y se registró una disminución en la tenencia de efectivo o equivalentes. Esta situación obedeció a una compra inusual en inmuebles, maquinaria y equipo por parte de EsSalud.

En el 2017 se registró nuevamente una acumulación de efectivo o equivalentes; no obstante, se mantuvo la tendencia decreciente en el uso de estos medios de pago observada desde periodos atrás.

Gráfico 112.

Variación en flujo de efectivo o equivalentes en EsSalud en millones de soles, 2013-2017



Fuente: cálculos propios.

7.2.6 Análisis de índices financieros

Para analizar los principales índices financieros de EsSalud, se empleará una metodología de corte longitudinal con el fin de evaluar el desempeño de la empresa en el periodo 2010-2017. Por su propia naturaleza, no es aplicable en dicho análisis una metodología transversal o seccional.

Los indicadores estimados provienen del estado de resultados y el balance de situación suministrados por EsSalud en sus memorias anuales y en los informes de auditorías externas de la entidad.

Ahora bien, siguiendo los lineamientos financieros de la Contraloría General de la República del Perú, dado que EsSalud es una empresa pública con carácter social y no tiene capital de accionistas ni préstamos, no es posible analizar indicadores de deuda capital, rendimientos sobre el capital o de cobertura de intereses.

Por su parte, dado que EsSalud no es una empresa que busca generar utilidades, sino que tiene por finalidad otorgar prestaciones de salud a los asegurados y derechohabientes, de conformidad a lo establecido en la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, no es aplicable la estimación de la rotación del inventario.

7.2.7 Razones de liquidez

Las razones de liquidez aplicadas a los estados financieros de EsSalud en el periodo 2011-2017 pretenden medir la capacidad que ha tenido esta entidad para cumplir sus obligaciones de vencimiento a corto plazo.

Tal y como evidencian las razones financieras siguientes, la liquidez de EsSalud ha disminuido en el quinquenio 2013-2017 principalmente como resultado de un crecimiento más acelerado del pasivo corriente en el periodo de estudio.

Cuadro 72.
Razones financieras de liquidez, 2013-2017

Razón	2013	2014	2015	2016	2017
Razón de circulante	3.41	3.25	2.88	3.15	2.78
Prueba ácida	3.01	2.90	2.62	2.83	2.49
Razón de efectivo	2.77	2.59	2.36	2.56	2.00

Fuente: cálculos propios.

Si bien esta disminución es clara, esto no significa necesariamente que EsSalud no tenga la capacidad para cumplir con las obligaciones que se aproximan a su vencimiento en el corto plazo, pues el valor de estos indicadores supera con creces los parámetros internacionalmente deseables en el análisis financiero, sobre todo para una entidad del Estado.

En particular, la razón de circulante muestra que la empresa tiene la capacidad para cumplir con sus obligaciones de corto plazo, pues los activos corrientes más que duplican los pasivos corrientes (circulantes) de la institución. Por su parte, el indicador de la prueba ácida ratifica esta situación, pues al eliminar los inventarios del activo circulante, la razón financiera sigue mostrando resultados robustos.

Ahora bien, considerando que los activos más líquidos de una compañía son sus tenencias de efectivo y valores de fácil venta, la razón de efectivo proporciona una medida adecuada de la liquidez requerida. En este caso en particular, estos activos más líquidos también duplican los pasivos corrientes de la institución.

En síntesis, EsSalud muestra una condición robusta en lo que se refiere al manejo de la liquidez; no obstante, dicha condición muestra señales de deterioro que deben corregirse en el corto plazo.

7.2.8 Razones de actividad

Las razones financieras de actividad permiten conocer en qué medida aprovecha sus recursos EsSalud y cuál es la capacidad de la organización para administrar sus activos a corto y largo plazo. Tal y como sugiere la teoría financiera, relacionar las cuentas del balance general (activos) con el estado de resultados (ventas) permite deducir la capacidad de la empresa para emplear sus activos en la generación de ventas.

Si es posible lograr una mezcla apropiada de efectivo, cuentas por cobrar, inventarios, plantas, bienes inmuebles y equipo, la estructura de activos de EsSalud es más eficaz en la generación de ingresos por ventas. Entre más satisfactorios los resultados obtenidos, es más probable lograr una producción máxima utilizando plenamente las inversiones o entradas disponibles.

Como se mencionó anteriormente, la naturaleza de EsSalud hace poco relevante el análisis de la rotación de inventarios. No hay razones que motiven la comparación con alguna competencia dentro del mercado. Por esta razón, el análisis se basa en el manejo o la gestión de las cuentas por pagar y la rotación de los activos totales.

Cuadro 73.
Razones financieras de actividad, 2013-2017

Indicador	2013	2014	2015	2016	2017
Periodo promedio de pago	46.27	56.33	59.11	51.98	56.51
Rotación de cuentas por pagar	7.89	6.48	6.18	7.02	6.46
Rotación de activos totales	0.81	0.80	0.81	0.83	0.85

Fuente: cálculos propios.

Los índices financieros del periodo no muestran información del todo relevante en lo que se refiere a que EsSalud haya mejorado sustancialmente su gestión en el quinquenio. Tanto el indicador de periodo promedio de pago como el de la rotación de cuentas por pagar indican una leve mejora en el uso de los activos y pasivos de corto plazo para generar ingresos para la empresa.

En primer lugar, el periodo de pago de las cuentas por pagar se ha mantenido muy estable en el quinquenio, por lo que no se han generado presiones para hacerles frente a las obligaciones de la empresa en el corto plazo. El número de veces promedio que la empresa utilizó sus activos líquidos para cumplir con sus cuentas por pagar ha estado relativamente estable en el quinquenio.

Por su parte, la estabilidad de la rotación de las cuentas por pagar implica un control de la empresa en el manejo del crédito. La disminución en el quinquenio manifiesta la mejora en atender obligaciones de pago en el corto plazo. En este caso, la disminución del índice de rotación de las cuentas por pagar corresponde a un periodo promedio de pago más alto.

Por último, el incremento en la rotación de los activos de EsSalud está asociado con una mejora en los niveles de eficiencia de la empresa desde el punto de vista financiero, pues la eficiencia con la que EsSalud utiliza sus recursos para generar ingresos es superior.

7.2.9 Razones de apalancamiento

Las razones financieras de endeudamiento o apalancamiento analizan la estructura de capital de EsSalud, midiendo su financiamiento con capital de deuda y determinando su capacidad para hacer frente a sus obligaciones.

Cuadro 74.
Razones financieras de apalancamiento, 2013-2017

Razón	2013	2014	2015	2016	2017
Pasivo total / capital contable	0.15	0.19	0.21	0.20	0.22
Pasivo circulante entre patrimonio neto	0.11	0.13	0.15	0.14	0.16
Índice de endeudamiento	0.13	0.16	0.18	0.17	0.18
Razón de autonomía	0.87	0.84	0.82	0.83	0.82
Calidad de deuda	0.73	0.67	0.69	0.69	0.74

Fuente: cálculos propios.

La naturaleza de EsSalud y sus indicadores de apalancamiento manifiestan que la empresa tiene una gran capacidad de endeudamiento y gran capacidad de pago de sus deudas; no obstante, el porcentaje de compromiso de sus pasivos ante sus acreedores ha manifestado un leve repunte durante el quinquenio.

De acuerdo con las razones financieras que involucran la evolución de los pasivos de EsSalud, el porcentaje de fondos aportados por sus acreedores en comparación con el financiamiento aportado por el Estado se ha incrementado ligeramente en el quinquenio. Estos resultados son apoyados por la evolución del índice de endeudamiento y por la razón de autonomía, los cuales señalan que la independencia financiera de la empresa ante sus acreedores se ha reducido.

Asimismo, el indicador de calidad de la deuda y la evolución del pasivo corriente con respecto al patrimonio total proporcionan evidencia de que las obligaciones de corto plazo aumentaron en el quinquenio en estudio, lo que significa presiones adicionales para la entidad en términos del cumplimiento de sus obligaciones de corto plazo.

El comportamiento de estos indicadores de apalancamiento está relacionado directamente con la evolución en el periodo de las cuentas por pagar de EsSalud, sobre todo de aquellas de carácter comercial y judicial.

7.2.10 Razones de rentabilidad

Las razones financieras de rentabilidad son aquellas que permiten evaluar las utilidades de la empresa respecto a las ventas, los activos o la inversión de los propietarios. Miden el nivel general de eficiencia de la administración en términos de los rendimientos sobre las ventas y la inversión.

Si bien el carácter social de EsSalud no conduce a un rendimiento financiero como objetivo primordial, es importante analizar si la utilidad de la empresa es adecuada con respecto a sus ingresos, representados fundamentalmente por el aporte de sus asociados a los diferentes tipos de seguros de salud.

En términos generales, durante el quinquenio se registró un deterioro en la rentabilidad del Seguro Social de Salud, tal y como lo evidencian los diferentes indicadores en el siguiente cuadro.

Cuadro 75.
Razones financieras de rentabilidad, 2013-2017

Indicador	2013	2014	2015	2016	2017
Margen de utilidad bruta	0.04	-0.03	-0.05	-0.08	-0.06
Margen de utilidad operativa	0.10	0.03	0.01	0.00	-0.04
Rotación de los activos	0.81	0.80	0.81	0.83	0.85
Rendimiento sobre los activos	0.08	0.04	0.01	0.02	-0.01

Fuente: cálculos propios.

De acuerdo con los indicadores de margen de utilidad, la eficiencia relativa de la empresa se redujo considerablemente desde el 2013. La eficiencia de la administración con el manejo de los activos para generar utilidades disminuyó, consecuente con la aceleración en el gasto operativo de la institución y con el resultado financiero en cada uno de los periodos de análisis.

Si bien el crecimiento de los ingresos en el quinquenio ha sido muy cercano al histórico en la entidad (5.5%), el crecimiento promedio de los gastos operativos de EsSalud ha sido superior y se aceleró significativamente en este periodo de estudio (8.2%). La reducción en el crecimiento del resultado financiero no fue, por lo tanto, congruente con el crecimiento de los activos de EsSalud, lo que trajo como consecuencia una reducción en la rentabilidad de estos.

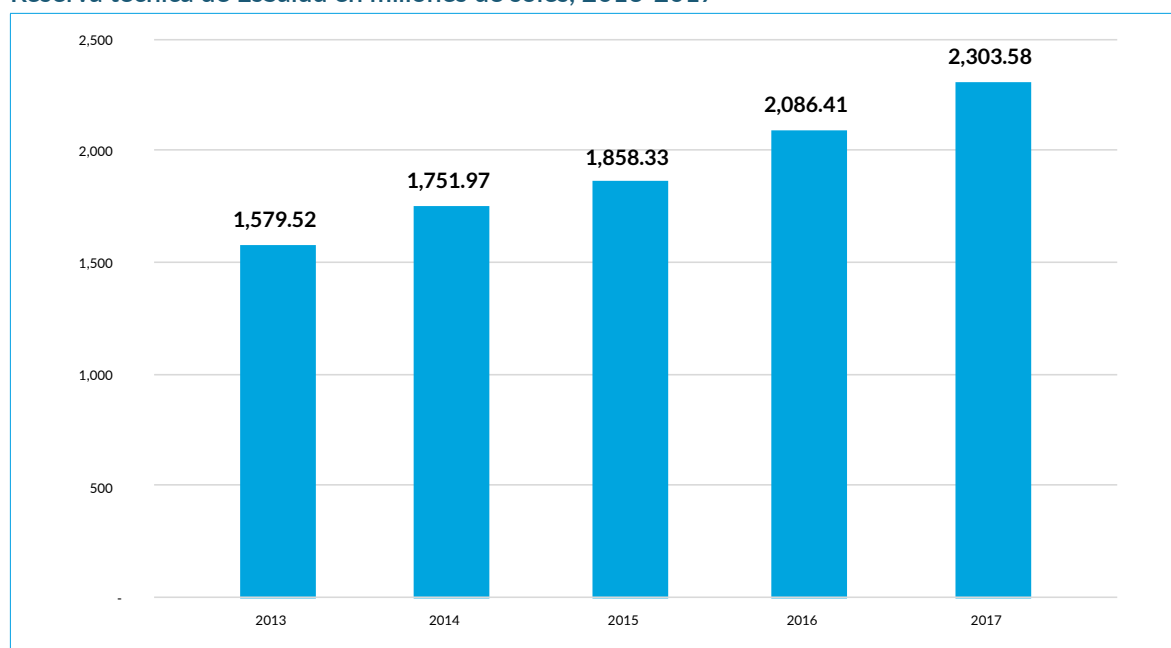
7.2.11 Análisis de la reserva de contingencia y del plan de inversiones de EsSalud

De acuerdo con lo establecido en el artículo 6° del reglamento de la Ley N° 26790 (Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud), el Seguro Social de Salud debe mantener un fondo de reserva de seguridad (o de contingencia), cuyo nivel mínimo debe ser equivalente al 30% de lo gastado para la producción de prestaciones durante el ejercicio anterior.

La metodología para el cálculo de la reserva técnica fue propuesta por la Gerencia Central de Finanzas en setiembre del 2010. Dicha metodología establece la forma de cálculo del nivel de la reserva técnica y los parámetros para su constitución. Cabe señalar que la utilización de esta reserva técnica solo procede en caso de emergencia, declarada por acuerdo del Consejo Directivo de la institución.

Gráfico 113.

Reserva técnica de EsSalud en millones de soles, 2013-2017



Fuente: cálculos propios.

Al cierre del 2017, la reserva técnica alcanzó los 2,303.6 millones de soles, registrando un crecimiento aproximado al 45% en el quinquenio de estudio. Cabe señalar que la variación anual de esta reserva técnica no ha sido lineal, sino que por su constitución ha crecido al ritmo que le ha marcado el resultado financiero de EsSalud.

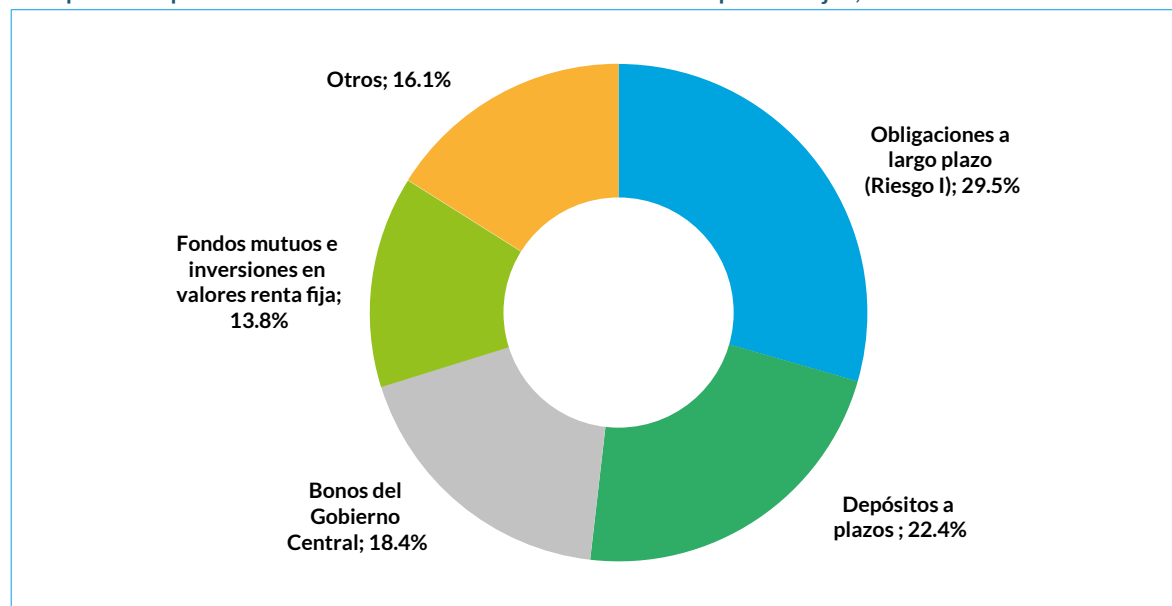
Tal y como se observa en el siguiente gráfico, este fondo de reserva de seguridad está constituido principalmente por instrumentos negociables de largo plazo emitidos por entidades catalogadas de riesgo 1 y por depósitos a plazo de entidades bancarias, lo que les suministra a estas reservas un grado elevado de liquidez.

Asimismo, dada la importancia de mantener un retorno considerable de las inversiones de dicha reserva, la adquisición de instrumentos emitidos por el Gobierno de la República y la inversión directa en fondos mutuos y otros valores de renta fija favorecen la generación de rentabilidad de esta cartera de inversiones.

Ahora bien, analizando en detalle la composición de los activos de este portafolio, llama la atención que en los últimos años ha habido una mayor preferencia por instrumentos con mayor liquidez (ver tabla en el Anexo 2), tal es el caso del aumento en las tenencias de efectivo y de depósitos a plazo en la banca comercial. Esta mayor preferencia ha sido en detrimento de la participación relativa de los valores emitidos por el Gobierno de la República del Perú y de otros valores de riesgo 1 de largo plazo.

Gráfico 114.

Composición porcentual de la reserva técnica de EsSalud en porcentajes, 2013-2017



Fuente: cálculos propios.

Cabe destacar que el manejo del portafolio de inversiones de la reserva técnica y de los demás fondos de EsSalud está a cargo de la Gerencia de Inversiones Financieras. Esta dependencia tiene asignado el objetivo de optimizar la rentabilidad de dichos recursos dentro de niveles adecuados de riesgo. La diversificación de la cartera de inversiones encargada a esta dependencia incorpora criterios basados en el tipo de instrumento, la calidad crediticia del emisor, el sector económico que representa y el plazo de vencimiento de las inversiones.

El mandato que ha asumido esta Gerencia de Inversiones es preservar el valor de la reserva técnica mediante la administración de un portafolio de inversiones financieras de perfil equilibrado y conservador.

Durante el quinquenio en estudio, el portafolio total de inversiones superó en un 2.7% en promedio los requerimientos de la reserva técnica. Dada la magnitud de este margen, puede afirmarse que el papel de la Gerencia de Inversiones es administrar el portafolio de dicha reserva de seguridad social de salud y que los fondos adicionales que se destinan a la inversión financiera son muy reducidos.

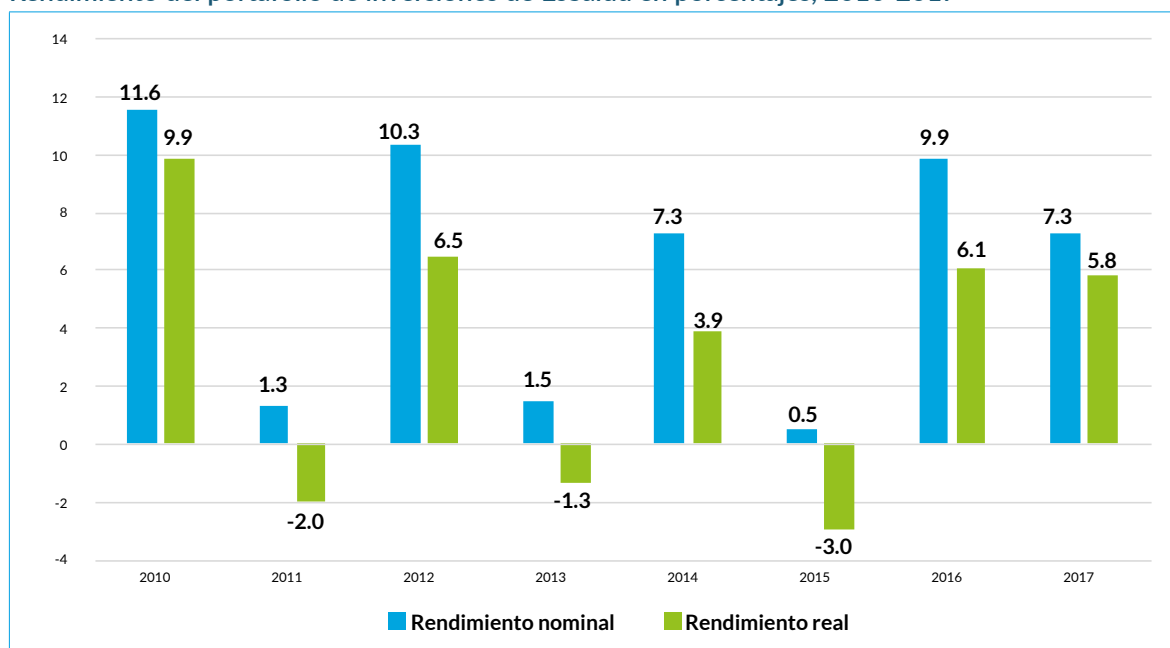
Por la razón anteriormente expuesta, la composición del portafolio total de inversiones es muy similar al de la reserva técnica descrito líneas atrás; no obstante, al analizar su apertura y composición, llaman la atención algunos elementos adicionales:

- Los instrumentos de mayor liquidez concentran aproximadamente el 40% del portafolio de inversiones. La liquidez del portafolio está determinada por las inversiones en certificados de depósito a plazo de la banca comercial y el manejo de efectivo en caja. Los bonos del BCRP y otros instrumentos líquidos han dejado de ser parte del portafolio.

- El 60% restante del portafolio de inversiones de EsSalud está dedicado a la generación de rendimiento. En dichas inversiones destacan los bonos corporativos, los bonos emitidos por el Gobierno de la República del Perú, las inversiones en fondos mutuos y en acciones.
- Dada la constitución del portafolio de inversiones, su crecimiento está determinado casi en su totalidad por los resultados financieros de EsSalud. La evolución del portafolio, por lo tanto, refleja los periodos de auge y desaceleración de la entidad.
- El porcentaje del portafolio destinado a inversiones en moneda extranjera se ha mantenido muy estable, en niveles cercanos al 20%.
- El rendimiento nominal del portafolio ha sido positivo durante todo el quinquenio; no obstante, registró caídas significativas en el 2013 y en el 2015. En términos reales, estos dos periodos registran un rendimiento negativo. La estrategia de mantener activos más líquidos tiene una implicación directa sobre estos resultados.
- Por último, es importante señalar que la duración del portafolio ha disminuido a lo largo del quinquenio, lo que establece que el tiempo promedio en que se espera recuperar la inversión del portafolio es cada vez menor y su sensibilidad ante cambios en las tasas de interés es superior. Todo esto derivado de la mayor inversión en activos líquidos, como se mencionó anteriormente.

Gráfico 115.

Rendimiento del portafolio de inversiones de EsSalud en porcentajes, 2010-2017



Fuente: cálculos propios.

Cuadro 76.

Composición y características del portafolio de inversiones de EsSalud, 2013-2017

Variable	2013	2014	2015	2016	2017
Caja	0.0%	0.0%	7.0%	8.7%	8.8%
Depósito a plazo	18.0%	20.5%	19.0%	19.9%	28.8%
Certificado de depósito	1.2%	3.7%	2.1%	1.9%	1.9%
Certificados de depósito BCRP	4.5%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%
Papeles comerciales	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	0.4%
Letras del Tesoro Público	0.3%	0.5%	0.1%	0.0%	0.0%
Bonos arrendamiento financiero	0.8%	2.1%	2.0%	1.7%	1.9%

Variable	2013	2014	2015	2016	2017
Bonos corporativos	26.5%	27.4%	29.1%	25.0%	21.3%
Bonos titulizados	0.5%	0.5%	0.9%	0.8%	0.6%
Bonos Gobierno	21.5%	20.9%	18.8%	15.4%	13.8%
Bonos subordinados	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%
Fondos mutuos	13.2%	12.3%	13.0%	15.8%	12.4%
Fondo inversión	0.7%	0.6%	0.6%	0.3%	0.2%
Acciones	11.8%	10.2%	6.7%	8.7%	9.1%
Cuentas por cobrar netas	0.9%	0.7%	0.6%	0.8%	0.7%
Acciones por deuda tributaria	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%
Total	1,485.38	1,815.06	1,903.72	2,134.75	2,357.7
Variación interanual	10.0%	22.2%	4.9%	12.1%	10.4%
% en soles	80.0%	81.3%	81.6%	81.4%	81.5%
Duración	2.88	2.76	2.24	1.85	1.69
Exceso sobre reserva técnica	-5.96%	3.60%	2.44%	2.32%	2.35%

Fuente: cálculos propios.

Reserva de contingencia: discusión reciente

Durante el 2017 se aprobó el Proyecto de Decreto Supremo³⁵ que modifica el porcentaje de la reserva técnica del Seguro Social de Salud - EsSalud. La propuesta del proyecto buscaba reducir la reserva técnica del 30% al 15%, de forma que el recurso liberado se destinara a proyectos de inversión en infraestructura y equipamiento para los Hospitales de Alto Riesgo. Este proyecto se enmarca en una recomendación realizada por la OIT en el 2015, específicamente contenida en el *Estudio financiero actuarial* de EsSalud 2015. En dicho estudio se recomendó: “impulsar cambios normativos que permitan que la actual ‘reserva técnica’ adopte un carácter de contingencia y, por lo tanto, pueda gradualmente reducirse a un nivel razonable, de alrededor del 15% de los gastos asistenciales anuales, de acuerdo al uso previsto” (Grushka, 2016: 26).

En setiembre de 2018, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo remitió un oficio al Director de la Oficina de la OIT para los Países Andinos solicitando a la entidad plantear algunos lineamientos técnicos que permitiesen hacer uso razonable y justificado de una parte de la reserva técnica de EsSalud, así como las condiciones para su restitución. En ese sentido, la Organización elaboró un conjunto de principios y recomendaciones que guían las decisiones de EsSalud en relación con el tamaño, el uso y la restitución de la reserva. Los criterios de operación emanados de la respuesta se sintetizan de la siguiente forma:

- La reserva de contingencia debe seguir operando con el fin de financiar gastos extraordinarios/no planificados que pudieran surgir de fenómenos externos aleatorios.
- No existe un criterio “ideal” sobre el porcentaje de la reserva. La experiencia internacional muestra países sin reserva de contingencia (Costa Rica) y otros donde los seguros deben cubrir 12 meses de gastos (Estados Unidos). A criterio de la OIT, dada la localización geográfica de Perú, el 30% vigente parece un porcentaje adecuado.

³⁵ Dicho proyecto se encuentra contenido en el Acuerdo N° 28-19-EsSalud-2017.

- Las reservas deberían usarse únicamente en dos circunstancias: a) emergencia declarada u b) otras contingencias, debidamente respaldadas técnicamente. Para los términos del Decreto Supremo antes mencionado, el financiamiento de infraestructura podría ser considerado una situación de las antes mencionadas, siempre y cuando exista un criterio técnico que así lo demuestre.

Basándose en lo anterior, el documento desarrolló cinco recomendaciones para EsSalud:

- La reglamentación sobre niveles y situaciones de uso de la reserva de EsSalud debe ser lo suficientemente clara en cuanto a qué situaciones justifican el uso de la reserva, así como los procedimientos para hacerlo y la manera de restituirla.
- No existe criterio técnico para variar el porcentaje de reserva hoy vigente, porque no se considera que haya disminuido el nivel de riesgo país en la materia.
- No existe inconveniente para el uso de la reserva en proyectos de infraestructura, en el entendido de que haya una razón técnica de peso que pueda declarar la emergencia.
- Se recomienda no utilizar toda la reserva y mantener al menos un 20% de su valor total en el fondo respectivo.
- En caso de que se decidiera utilizar la reserva, se recomienda elaborar un plan para su reconstitución, con metas precisas y un plazo perentorio para completar el proceso, que se recomienda no vaya más allá de los cinco años.

7.3 Contrataciones a terceros

Este apartado resume la normativa existente en cuanto a contratación de servicios por parte de EsSalud con proveedores externos, según tipo de servicio contemplado. Asimismo, se presenta una pequeña comparación de costos, desde la perspectiva de EsSalud, entre lo que se asigna a proveedores públicos y aquellos que se erogan a las entidades privadas por el mismo servicio.

7.3.1 Aspectos normativos

Prestaciones asistenciales extrainstitucionales en Centros Altamente Especializados del país o del extranjero

La Ley de Creación del Seguro Social de Salud EsSalud y la normativa complementaria referida a la prestación asistencial establecen la posibilidad de contratar servicios asistenciales extrainstitucionales en Centros Altamente Especializados del país o bien la contratación de dichas prestaciones en el extranjero. El procedimiento institucional para el otorgamiento de dichas contrataciones fue aprobado mediante la Resolución de Gerencia General N° 076-GG-ESSALUD-2008 del 18 de enero del 2008.

Este tipo de contratos corresponde a la compra de atención asistencial para diagnóstico y/o tratamiento médico o quirúrgico, de naturaleza excepcional, que autoriza EsSalud en el país o en el extranjero en los casos en que la afección del paciente asegurado no pueda ser tratada en los centros asistenciales de la institución.

Para ser considerado dentro de estas compras, el paciente debe ser un asegurado del Seguro Regular (titular o derechohabiente), estar correctamente registrado y acreditado por su entidad empleadora ante EsSalud y contar con 36 aportaciones mensuales consecutivas como mínimo, previas al mes anterior al de la conformación de la primera Junta Médica Especializada en alguno de los Centros Asistenciales de Referencia de Prestación Extraintitucional (CARPE), que corresponden a los Hospitales Nacionales Edgardo Rebagliati Martins, Guillermo Almenara Irigoyen y al Instituto Nacional del Corazón.

Asimismo, las prestaciones asistenciales extraintitucionales que se otorguen deben ser costo-efectivas, con alto grado de recuperabilidad del paciente asegurado o derechohabiente, debidamente sustentadas por las Juntas Médicas Especializadas y aprobadas por el Comité Médico Evaluador de Prestaciones Asistenciales Extraintitucionales en Centros Altamente Especializados del País o del Extranjero (CMEPAE).

En términos generales, la contratación de estos servicios asistenciales involucra el siguiente procedimiento:

- Un acto médico proveniente de un Hospital Nacional u Hospital IV distinto a un CARPE convoca a una junta médica, la cual evaluará la conveniencia de referir el caso hacia un CARPE. El expediente de esta junta médica debe contener la hoja de referencia y el informe respectivo del caso.
- El CARPE evalúa los casos remitidos, verificando que la patología es de alta complejidad y el agotamiento de la capacidad resolutoria del Centro Asistencial. Posteriormente, solicita la evaluación de una Junta Médica Especializada para la opinión técnica respectiva.
- Una vez verificada la condición regular del asegurado o derechohabiente, el CARPE solicita a la Oficina de Gestión y Desarrollo la evaluación costo-efectiva de la prestación extraintitucional, sobre la base metodológica técnica que considera los años de vida potencialmente perdidos o bien los años de vida del paciente ajustados por discapacidad. Si el caso presenta un elevado grado de recuperabilidad, el CARPE remite el expediente a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
- El Comité Médico Evaluador de la Oficina de Apoyo Prestacional de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud remite el expediente a otro CARPE para que realice un segundo informe de Junta Especializada (Segunda Opinión). De no existir diferencias con el informe inicial, elabora un informe final y elige el prestador de salud extraintitucional en el país o en el extranjero.
- Finalmente, con los insumos anteriores, la Oficina de Apoyo Prestacional aprueba la contratación tomando en consideración el costo de la bolsa de viaje. El resultado del proceso es comunicado al CARPE inicial para su información al paciente.
- La Gerencia Central de Prestaciones de Salud remitirá simultáneamente la documentación correspondiente, con cinco (05) días de anticipación, a la Gerencia Central de Finanzas, para los trámites de asignación del presupuesto respectivo de los gastos asistenciales que demande la prestación asistencial extraintitucional.
- Concluidas la prestaciones asistenciales, el afiliado titular o su representante legal presentará los documentos sustentatorios relacionados al tratamiento y bolsa de viaje ante la Oficina de Apoyo Prestacional de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la que, luego de su evaluación y visación respectiva, los remitirá a la Gerencia Central de Finanzas para la rendición correspondiente.
- En caso de existir diferencias entre el importe cotizado y transferido al proveedor extranjero y el total del gasto, se procederá a elevar copia del expediente a la Oficina Central de Asesoría Jurídica para el inicio de las acciones legales a que hubiere lugar, a fin de recuperar el dinero a favor de EsSalud.
- De requerirse la ampliación de las prestaciones asistenciales extraintitucionales, corresponderá a la Oficina de Apoyo Prestacional de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud opinar sobre su procedencia, emitiendo la correspondiente resolución. De resultar procedente, corresponderá a la Gerencia Central de Finanzas y a la Oficina Central de Asesoría Jurídica, esta última en caso de que resulte necesario, adoptar las medidas para tal fin.

Requerimiento de recursos humanos asistenciales en EsSalud

La contratación de recursos humanos asistenciales está normada en la Directiva N° 245-GG-ESSALUD-2010 de marzo del 2010, la cual tiene como objetivo establecer los lineamientos para la formulación y evaluación de requerimientos de recursos humanos asistenciales en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - EsSalud, orientados a disminuir los desequilibrios entre la disponibilidad, composición y su distribución.

De acuerdo con esta directriz, el requerimiento de nuevas unidades de recurso humano se estima a partir de brechas entre las horas disponibles de recursos humanos y las horas requeridas por los centros asistenciales. Dicho requerimiento debe ser coherente con la infraestructura física, el equipamiento, el nivel de complejidad de atención, los planes y programas locales y con las disposiciones institucionales.

Las horas disponibles se estiman con la siguiente función:

$$\text{Horas disponibles} = (\text{N}^\circ \text{ de personas} * \text{jornada laboral}) - \text{Horas de vacaciones} / 12$$

Por su parte, las horas requeridas corresponden al número de horas de personal que se necesitan en un periodo de referencia para realizar prestaciones de salud y actividades asistenciales programadas o estimadas para dicho periodo. Existen horas requeridas de acuerdo con la cantidad de prestaciones, en donde:

$$\text{Horas requeridas} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de actividades prestacionales de salud}}{\text{Indicador de rendimiento de la actividad}}$$

En el caso de que las horas requeridas se vinculen a la disponibilidad de la oferta, la función debe hacer mención a la disponibilidad de camas, la duración promedio de internamiento y otros factores.

Si la brecha antes mencionada es positiva, significa que existe un excedente de horas disponibles; si es cero, implica un equilibrio de oferta con la demanda estimada, y si es negativa, corresponde a un déficit de horas disponibles, lo que da paso a la contratación.

La Dirección de cada centro asistencial es la encargada de formular el requerimiento de dotación de recursos humanos, aplicando la metodología descrita anteriormente. Este requerimiento es elevado a la Oficina de Gestión y Desarrollo del órgano desconcentrado y luego a la Gerencia de este. La Gerencia Central de Prestaciones de Salud es la encargada de la aprobación final, una vez evaluado el requerimiento. Ante su aprobación, cada red asistencial se encarga de los trámites de provisión de los recursos humanos asistenciales según los requerimientos.

Contratación de servicios personalísimos en la Sede Central y redes asistenciales

La contratación de este tipo de servicios involucra la participación de la Presidencia Ejecutiva, la Gerencia General, la Gerencia de las Redes Asistenciales y Centro o Instituto Especializado, así como a la Oficina Central de Asesoría Jurídica. Los procedimientos están normados en la Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2010 de mayo del 2010.

Para la contratación de estos servicios, tanto las áreas usuarias en la Sede Central como las Gerencias de las Redes Asistenciales y Centro o Instituto Especializado, son las que deben solicitar a la Gerencia General la tramitación de la exoneración del proceso de selección para la contratación del servicio personalísimo, para lo cual deberán adjuntar un informe técnico que deberá contener lo siguiente:

- El sustento de la necesidad de proveerse de servicios especializados profesionales, artísticos, científicos o tecnológicos.
- Los términos de referencia del servicio, que incluirá necesariamente el plazo de ejecución del servicio y el nombre del proveedor (persona natural o jurídica) que brindará el servicio especializado.
- El sustento objetivo de la especialidad del proveedor, relacionada con sus conocimientos profesionales, artísticos, científicos o tecnológicos que permitan sustentar de modo razonable e indiscutible su adecuación para satisfacer la complejidad del objeto contractual.
- El sustento objetivo de la experiencia reconocida del proveedor en la prestación objeto de la contratación.
- El sustento objetivo de la comparación favorable del proveedor elegido frente a otros potenciales proveedores que estén en la capacidad de brindar el servicio.
- El valor referencial de la contratación, el cual estará debidamente sustentado con el estudio de posibilidades que ofrece el mercado.
- La disponibilidad presupuestaria del requerimiento.
- La contratación del servicio personalísimo debe estar incluido en el Plan Anual de Contrataciones (PAC).

El informe técnico adjuntado deberá estar validado por el área técnica competente de la Sede Central. Posteriormente, la Gerencia General remitirá dicho informe técnico y los antecedentes de la solicitud de exoneración a la Oficina Central de Asesoría Jurídica. Esta Oficina evaluará el informe técnico para la contratación del servicio personalísimo y, en atención a esto, emitirá el informe legal y el proyecto de Resolución de Presidencia Ejecutiva que aprueba la exoneración del proceso de selección para la contratación del referido servicio; posteriormente, remitirá toda la documentación debidamente visada a la Gerencia General.

La Gerencia General, de considerarlo pertinente, emitirá su conformidad al proyecto de Resolución de Presidencia Ejecutiva que aprueba la exoneración para la contratación del servicio personalísimo, y elevará los actuados a la Presidencia Ejecutiva para su aprobación.

La Presidencia Ejecutiva, de considerarlo pertinente, expedirá la Resolución respectiva que aprueba la exoneración del proceso de selección para la contratación del servicio personalísimo, disponiendo que el órgano encargado de las contrataciones en la Sede Central o en las Redes Asistenciales y Centro o Instituto Especializado, respectivamente, se encarguen de realizar la contratación.

Una vez aprobada la exoneración, la Secretaría General de la Entidad se encargará de publicar, dentro de los diez hábiles siguientes a su emisión, la Resolución que aprueba la exoneración del proceso de selección, y los informes técnico y legal; asimismo, deberá remitir copia de dicha documentación al Órgano de Control Institucional, en idéntico plazo.

La Gerencia Central de Logística, para el caso de la Sede Central, se encargará de tramitar y aprobar el expediente y las bases administrativas de la contratación del servicio personalísimo, objeto de la exoneración. Para el caso de las Redes Asistenciales y Centro o Instituto Especializado, dicha responsabilidad recaerá en las Oficinas de Administración.

El órgano encargado de las contrataciones en la Sede Central o en las Redes Asistenciales y Centro o Instituto Especializado, respectivamente, invitarán únicamente al proveedor designado, a efectos de que cumpla con presentar su propuesta dentro del plazo previsto. Cabe precisar que dicha propuesta debe cumplir con las características y condiciones establecidas en las bases.

Una vez efectuada la evaluación favorable por parte del órgano encargado de las contrataciones a la propuesta del proveedor invitado, se procederá a la suscripción del contrato. Este debe cumplir con los respectivos requisitos, condiciones, formalidades, exigencias y garantías que se aplicarían de haberse llevado a cabo el proceso de selección correspondiente.

Contratación de servicios asistenciales prestados por terceros en los servicios intermedios: patología clínica y diagnóstico por imágenes

Para EsSalud, los servicios intermedios comprenden los de patología clínica, anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, medicina nuclear, servicio social, farmacia, psicología y nutrición.

En particular, la contratación de servicios asistenciales prestados por terceros en patología clínica y diagnóstico por imágenes está normada por la Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2010 de mayo del 2010.

De acuerdo con esta Directiva, se deben establecer los procedimientos, lineamientos y criterios para el requerimiento de servicios prestados por terceros en patología clínica y diagnóstico por imágenes de los servicios intermedios. El objetivo es obtener mayores niveles de eficacia, eficiencia, transparencia, equidad y sostenibilidad, optimizando el uso de recursos y mejorando la calidad y seguridad de las prestaciones asistenciales, bajo el esquema costo-beneficio.

Para esto, establece lineamientos específicos para dichas contrataciones, los cuales deben ser de aplicación para todas las unidades orgánicas de nivel central, según ámbito de competencia, Redes Asistenciales, Centros e Institutos Especializados de EsSalud, a saber:

- La oferta asistencial insuficiente debe ser cuantificada a través de la determinación de la demanda insatisfecha (demanda no atendida), embalse o diferimiento prolongado.
- La tercerización de la demanda no atendida para los exámenes de apoyo al diagnóstico en patología clínica y diagnóstico por imágenes debe estar adecuadamente sustentada en atención al tipo y volumen de demanda. Se deberá considerar a la población adscrita del ámbito de influencia, las prioridades sanitarias, los perfiles de demanda y sus proyecciones, los perfiles de referencias y contrarreferencias, la existencia de solicitudes innecesarias de exámenes auxiliares y su duplicidad.
- La oferta insuficiente genera un sustento técnico, desarrollado por el Jefe de Servicio o Departamento, el cual debe ser remitido a través de la Dirección del Centro Asistencial a la Gerencia/Oficina de Coordinación de Prestaciones y Gerencia/Departamento/Servicio de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento o su equivalente dependiendo del caso. Debe incluir a la población adscrita vigente, perfil de demanda, producción mensual del servicio solicitado de los dos últimos años anteriores al actual y del primer semestre del año en curso, oferta asistencial, número de referencias para el servicio solicitado, disponibilidad presupuestaria y ejecución.
- La Oficina de Coordinación de Prestaciones y la Gerencia o Departamento de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento son las responsables de evaluar el sustento técnico presentado por el área usuaria.
- La evaluación y el análisis deben considerar el reordenamiento y la oferta optimizada del servicio, el cumplimiento de indicadores de gestión y la determinación de la brecha oferta-demanda.
- La identificación de brecha oferta-demanda negativa, luego del reordenamiento y optimización

de la oferta, determina la pertinencia de la solicitud de contratación de servicios prestados por terceros.

- La Oficina de Gestión y Desarrollo de la Red Asistencial, a través de la Oficina de Planificación Operativa o la que haga sus veces, es la responsable de realizar el análisis costo-beneficio de lo solicitado.
- El Gerente o Director de la Red, Gerente de Centro o Instituto Especializado verifica la documentación contenida en el expediente técnico, evalúa, aprueba y lo eleva a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
- La Gerencia Central de Prestaciones de Salud es el órgano encargado de evaluar, opinar y aprobar los requerimientos de contratación de servicios asistenciales prestados por terceros, a través de la Gerencia de Operaciones de Salud.
- Los requerimientos adicionales de información antes de emitir opinión técnica se determinan según sea el caso particular, por parte de la Gerencia de Operaciones de Salud de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
- La Gerencia Central de Prestaciones de Salud remite el expediente aprobado al Gerente o Director de la Red/Gerente del Centro Especializado para que pase a la Oficina de Adquisiciones de la Red y pueda continuar con el proceso.
- Las Redes Asistenciales deben llevar a cabo el monitoreo, el control, la consolidación y la verificación del servicio tercerizado.

7.3.2 Costo de los servicios asistenciales contratados a terceros

El tarifario de actividades hospitalarias de EsSalud permite hacer un análisis parcial de los costos unitarios de los diferentes centros asistenciales de EsSalud en la contratación de prestaciones médicas a terceros. En primer lugar, cabe destacar que el costo unitario en la contratación de servicios de salud a terceros no difiere entre centros asistenciales de igual complejidad entre Lima y las diferentes provincias. Sin embargo, sí existe alguna diferencia entre el costo unitario por la prestación de estos servicios en entidades de diferente complejidad, principalmente en lo que se refiere a los Institutos de Salud.

Cuadro 77.

Costos unitarios de contratación de servicios externos en el 2016, en soles

Servicio asistencial	Medida	H. I	H. II	H. III	H. IV	H. N.	Instituto
Hospitalización en medicina general o especializada	Paciente-día	-	-	-	130	210	-
Hospitalización de pacientes psiquiátricos	Paciente-día	-	-	-	151	151	-
Hospitalización de pacientes de medicina física y rehabilitación	Paciente-día	-	-	-	130	130	-
Hemodiálisis	Sesiones	250	250	250	250	250	-
Resonancia magnética sin contraste	Examen	150	150	150	160	150	165
Resonancia magnética con contraste	Examen	460	460	460	460	450	490
Cámara hiperbárica	Sesión	-	-	-	170	170	-
Tomografía computarizada sin contraste	Examen	-	300	300	300	300	-
Tomografía computarizada con contraste	Examen	-	500	500	500	500	-
Acelerador lineal	Sesión	-	-	-	115	115	-
Mamografía convencional	Examen	59	60	60	60	60	-

Servicio asistencial	Medida	H. I	H. II	H. III	H. IV	H. N.	Instituto
Mamografía digital	Examen	76	75	75	75	75	-
Litotricia	Sesión	-	-	-	3,245	3,245	-
Gammagrafía	Examen	-	-	-	-	410	-
Análisis hematológicos	Análisis	7	-	-	-	-	8
Análisis bioquímicos	Análisis	6	-	-	-	-	7
Análisis microbiológicos	Análisis	8	-	-	-	-	10
Análisis de inmunología	Análisis	13	-	-	-	-	22
Braquiterapia intracavitaria	Procedimiento	-	-	-	4,868	4,868	-
Examen de Papanicolaou de cérvix uterino	Lectura	8	8	8	8	8	-

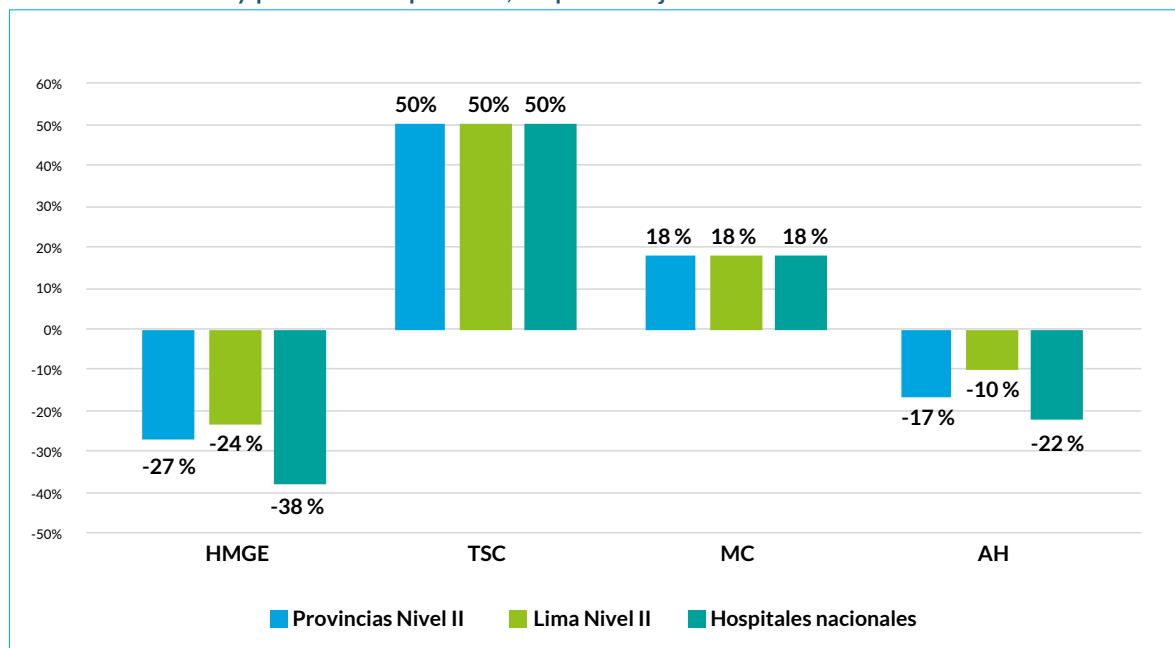
Fuente: tarifario de actividades hospitalarias EsSalud - Ejercicio 2016.

Como se observa en el cuadro anterior, el costo unitario por la contratación de servicios a terceros no difiere entre los diferentes niveles de complejidad de los hospitales, incluso cuando se trata de los hospitales nacionales. No obstante, cuando el pago lo realizan los institutos como centros asistenciales de salud, el precio se incrementa en un rango que oscila entre el 10% y el 69%, dependiendo del servicio asistencial que se contrata con proveedores externos.

Ahora bien, si se compara el precio al que se contratan algunos servicios asistenciales de salud con proveedores externos con respecto al que se contratan con proveedores públicos, también se encuentran diferencias significativas. Con este propósito, la figura siguiente compara el precio al que se contratan las hospitalizaciones en medicina general o especializada (HMGE), tomografías sin contraste (TSC), mamografía convencional (MC) y análisis hematológicos (AH).

Gráfico 116.

Brechas para el precio de contratación de servicios asistenciales de salud entre proveedores externos a EsSalud y proveedores públicos, en porcentajes



Fuente: tarifario de actividades hospitalarias EsSalud - Ejercicio 2016.

Tal y como se observa, existe una brecha negativa en el caso del costo diario de contratación de hospitalizaciones en medicina general o especializada y en el caso del costo unitario de los análisis hematológicos. Esto significa que EsSalud gasta más por contratar estos servicios a proveedores públicos que lo que en promedio debe reconocer por contratar los mismos servicios a un proveedor privado. Tal y como se observa en dichos servicios, la brecha es más amplia cuando debe contratar niveles de atención brindados en los hospitales nacionales. Asimismo, la brecha en la contratación de estos servicios es superior en el caso de los hospitales de atención en el Nivel II en las provincias con respecto a los mismos centros de atención hospitalaria en Lima.

En el caso de las hospitalizaciones en medicina general o especializada, la brecha entre los precios de contratación es cercana al 30%, en tanto que en el caso de los análisis hematológicos es aproximadamente del 16%. En contraste, la brecha para la contratación de tomografías sin contraste y mamografías convencionales es positiva, lo que implica que el costo de contratación de un proveedor privado es superior al costo de contratar dichos servicios en centros de atención públicos. En estos casos en particular, la brecha alcanza niveles cercanos al 18% en el caso de las mamografías convencionales y al 50% en las tomografías sin contraste. En estos casos no existen diferencias entre los hospitales del Nivel II en las provincias y Lima y en los hospitales nacionales.

8.

Afiliación y cobertura

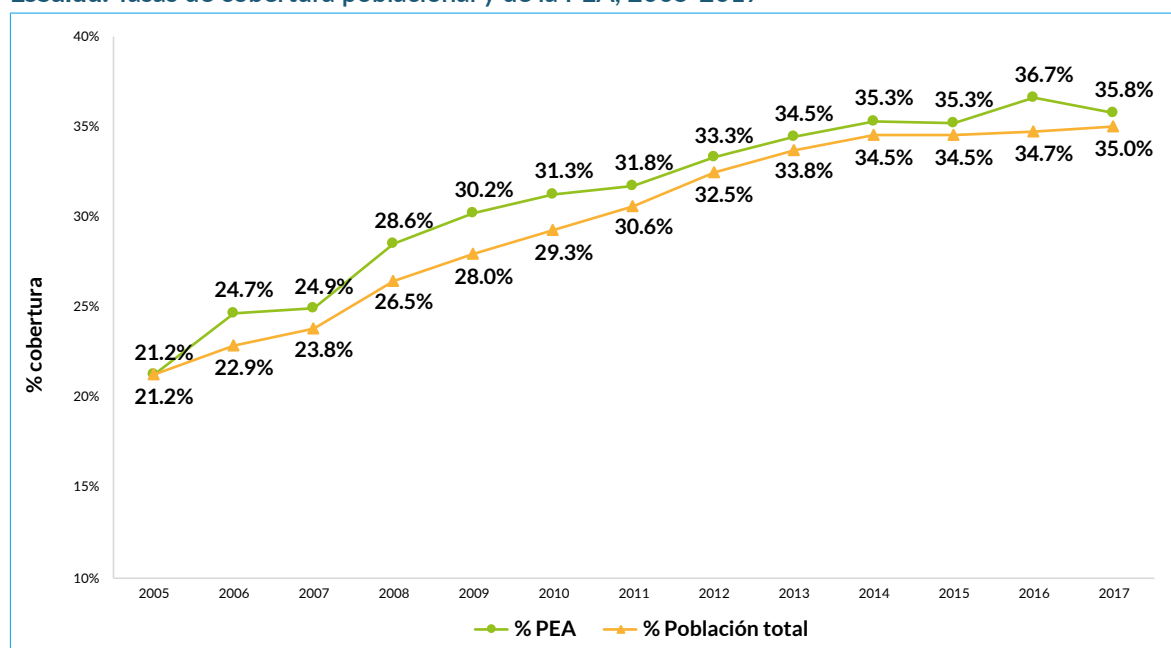
8.1 Tendencias generales y perfil del asegurado

Al terminar el 2017, la población peruana cubierta por EsSalud alcanzó las 11.1 millones de personas, esto es 1.9 veces más personas de las aseguradas en el 2005. La tasa de crecimiento media entre beneficiarios se estimó en un 5.5% anual, porcentaje que quintuplica la tasa de crecimiento de la población peruana en su totalidad (2005-2017).

La tasa de cobertura, expresada como porcentaje de la población de Perú, es hoy día del 35%. Esto significa que, mientras en el 2005 uno de cada cinco peruanos gozaba del Seguro Social de Salud, para el 2017 dicha razón se elevó a uno de cada tres. El buen desempeño en cobertura poblacional no ha sido, sin embargo, homogéneo. Entre 2006 y 2009, por ejemplo, la tasa de cobertura creció a un ritmo medio de 1.7 puntos por año, porcentaje que se redujo a 1.4 puntos entre 2010-2013. Esta situación parece estar relacionada con el extraordinario desempeño económico de la primera década del presente siglo, así como por el establecimiento de políticas orientadas a elevar la cobertura nacional. Estos primeros años de cobertura creciente, sin embargo, se han visto afectados en el último cuatrienio. Durante este lapso, el aumento en cobertura ha caído de manera importante, al punto de que la tasa crece a un ritmo de 0.3 p.p. por año. Desde el 2014 el aumento marginal (es decir, el cambio en la tasa de cobertura de un año a otro) no volvió a superar un punto por año, situación que siempre había pasado entre el 2005 al 2013. EsSalud estima que el crecimiento futuro de la cobertura mantendrá un ritmo desacelerado, al punto que, para el 2021, no habrá superado aún la barrera de los 12 millones de beneficiarios (11.9 millones).

Gráfico 117.

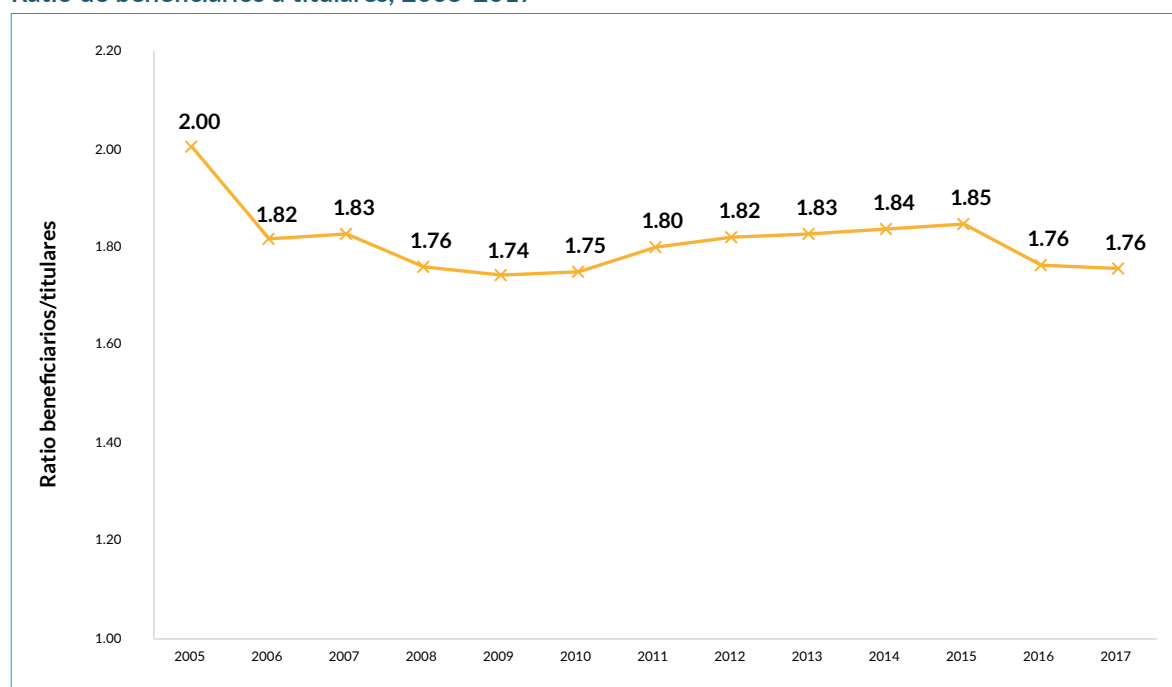
EsSalud: Tasas de cobertura poblacional y de la PEA, 2005-2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud y el INEI.

En materia de titulares, el total de personas afiliadas ascendió a 6.3 millones, número que es unas 2.1 veces superior al existente en el 2005. El grupo de titulares creció al 6.7% por año, mientras la PEA lo hizo al 2.1%. De esta forma, la tasa de cobertura de los titulares respecto a la PEA pasó del 24.9% entre 2005-2008 al 35.8% en 2014-2017. Estas diferencias en materia de crecimiento entre titulares y beneficiarios totales han dado como resultado que el coeficiente entre ambos grupos tienda a descender. De esta forma, existe en la actualidad 1.76 beneficiarios por cada titular, en tanto en el 2005 esta ratio ascendía a 2.0 por titular, una caída del 12%. El crecimiento más acelerado de los titulares podría estar asociado al perfil de trabajador que se ha venido afiliando en términos de tamaño del hogar, por ejemplo. Como tal, esta tendencia beneficia a las finanzas del seguro porque se tiene cada vez más contribuyentes al seguro que personas que dependen de esos recursos.

Gráfico 118.
Ratio de beneficiarios a titulares, 2005-2017

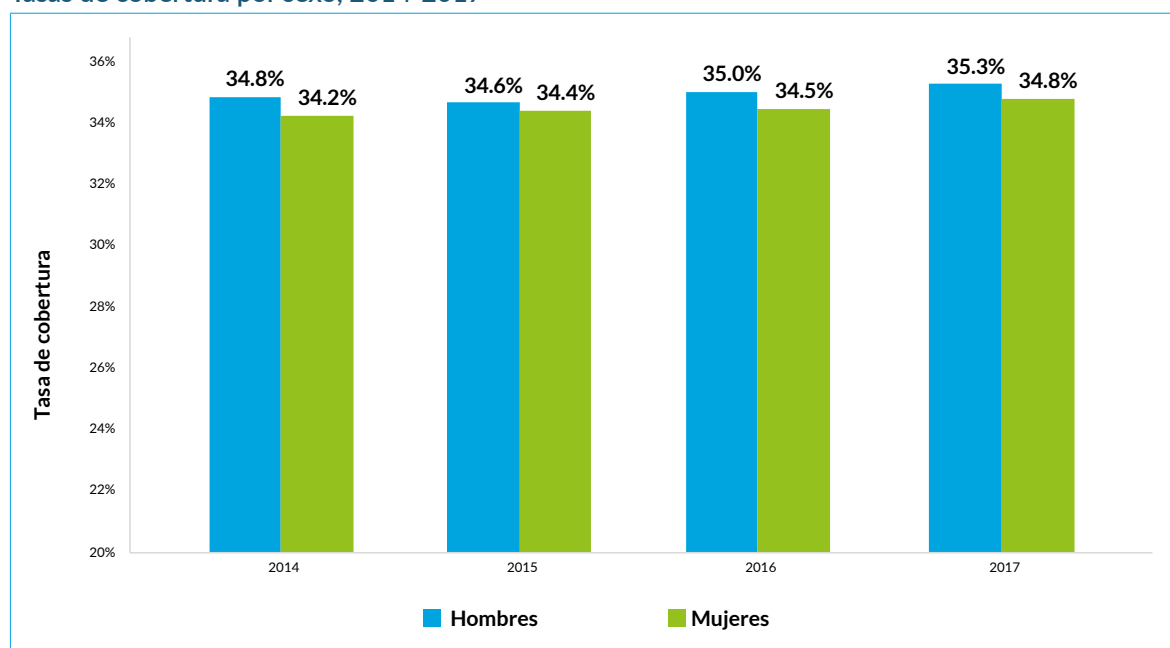


Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Por sexo, la distribución hombre-mujer tiende a ser muy similar entre sí y en relación con las proporciones observadas en la población nacional. Del total de afiliados en el 2017, un 50.4% eran hombres, cifra que asemeja el 50.1% de población masculina peruana en el total nacional. Estos porcentajes experimentaron muy pocas variantes desde el 2014, cuando ese porcentaje de cobertura era del 50.5%.

Si el análisis se traslada a la cobertura propiamente de cada grupo, las diferencias son pequeñas y siempre a favor de la población masculina. La tasa de cobertura promedio entre 2014 y 2017 fue del 34.9% entre hombres y del 34.5% entre mujeres. Si bien la brecha entre sexos se acortó en 2015 y 2016, se volvió a extender, de forma no significativa, en el 2017.

Gráfico 119.
Tasas de cobertura por sexo, 2014-2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Otro criterio relevante dentro del perfil del afiliado a EsSalud se refiere a la distribución etaria. Los datos reflejan que cerca de uno de cada cuatro beneficiarios es menor de 15 años, si bien este porcentaje ha venido cayendo en el tiempo. El grupo joven (15-29 años) muestra un patrón similar en cuanto a participación decreciente, aunque en este caso es uno de cada cinco beneficiarios el que se ubica en dicho grupo. Dentro del grupo de adultos (30-59 años) y adultos mayores (60 años o más), se observan algunas variantes que merecen la pena considerarse. La primera es que el 40% de los afiliados se ubica en el grupo de adultos y esta participación mostró un ligero aumento entre hombres (+0.9 puntos de aumento en su participación), pero ante todo en mujeres (+1.3 puntos). Otra llamada de atención en cuanto a cambios por grupo de edad se dio en cuanto a la participación de adultos mayores, que crecieron 1.2 p.p. en hombres y 1.0 p.p. en mujeres. Visto globalmente, la pirámide poblacional de EsSalud refleja un patrón acelerado de envejecimiento que tiene consecuencias presentes y futuras sobre la demanda de servicios y sus respectivos costos.

Cuadro 78.
Composición de la afiliación a EsSalud por grupo de edad, 2014 y 2017

Rango	2014		2017	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
0 - 14	25.5%	25.0%	24.5%	23.9%
15 - 29	21.9%	20.6%	20.8%	19.3%
30 - 59	40.0%	40.7%	40.9%	42.0%
60 o más	12.6%	13.8%	13.8%	14.8%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

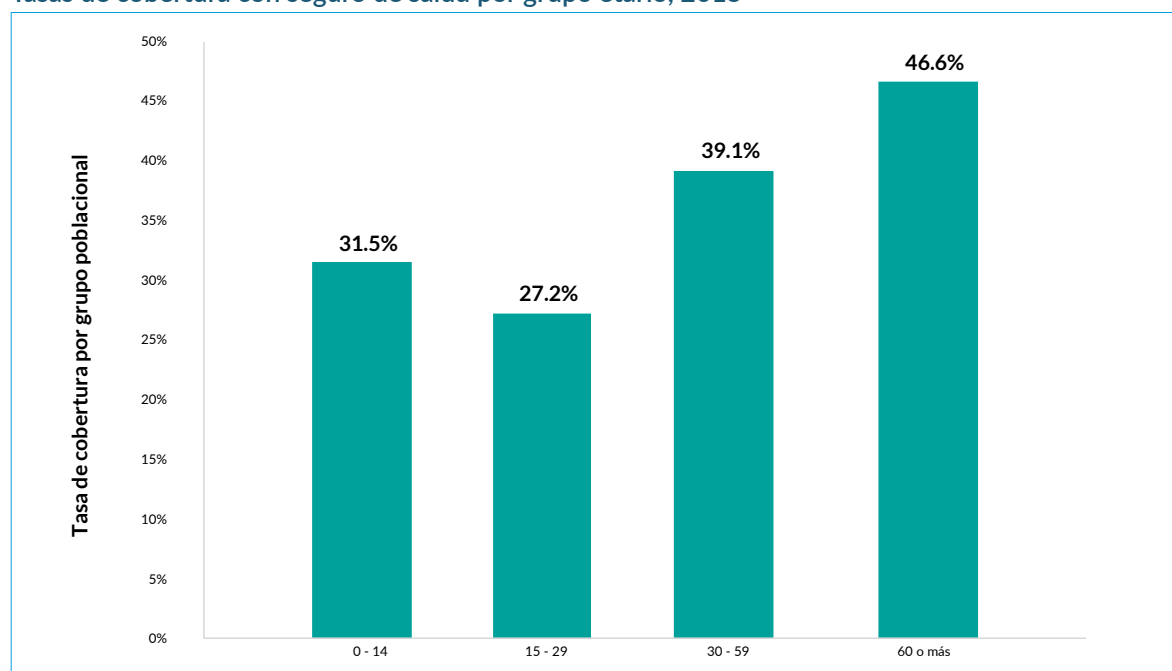
En materia de cobertura por grupo etario específico, la mayor cobertura se da entre adultos mayores, en el que casi la mitad de las personas tienen acceso al seguro. Ningún otro grupo supera coberturas del 40%, existiendo de hecho brechas de casi 20 p.p. entre los adultos mayores y los peruanos entre 15 y 29 años. En general, cuanto más joven el ciudadano, menor probabilidad tiene de estar afiliado a EsSalud.

Al respecto, resulta menester destacar la relevancia del grupo adulto mayor entre los beneficiarios del seguro. EsSalud reportó al cierre del 2017 un total de 1,593,654 afiliados de más de 60 años de edad (51.3% son mujeres), que representaron el 14.3% del total de afiliados. De forma comparada, el 10.1% de la población peruana pertenece a esa categoría, situación que señala el sesgo en favor del adulto mayor que posee la pirámide poblacional de EsSalud. Para el 2021 EsSalud proyecta 2.1 millones de adultos mayores como beneficiarios.

Del total de adultos mayores, 1,266,793 son titulares, lo cual significa que uno de cada cinco titulares de EsSalud tiene más de 60 años. Los derechohabientes, por su lado, suman 326,861 personas, que equivalen al 6.8% de este grupo.

Gráfico 120.

Tasas de cobertura con seguro de salud por grupo etario, 2015



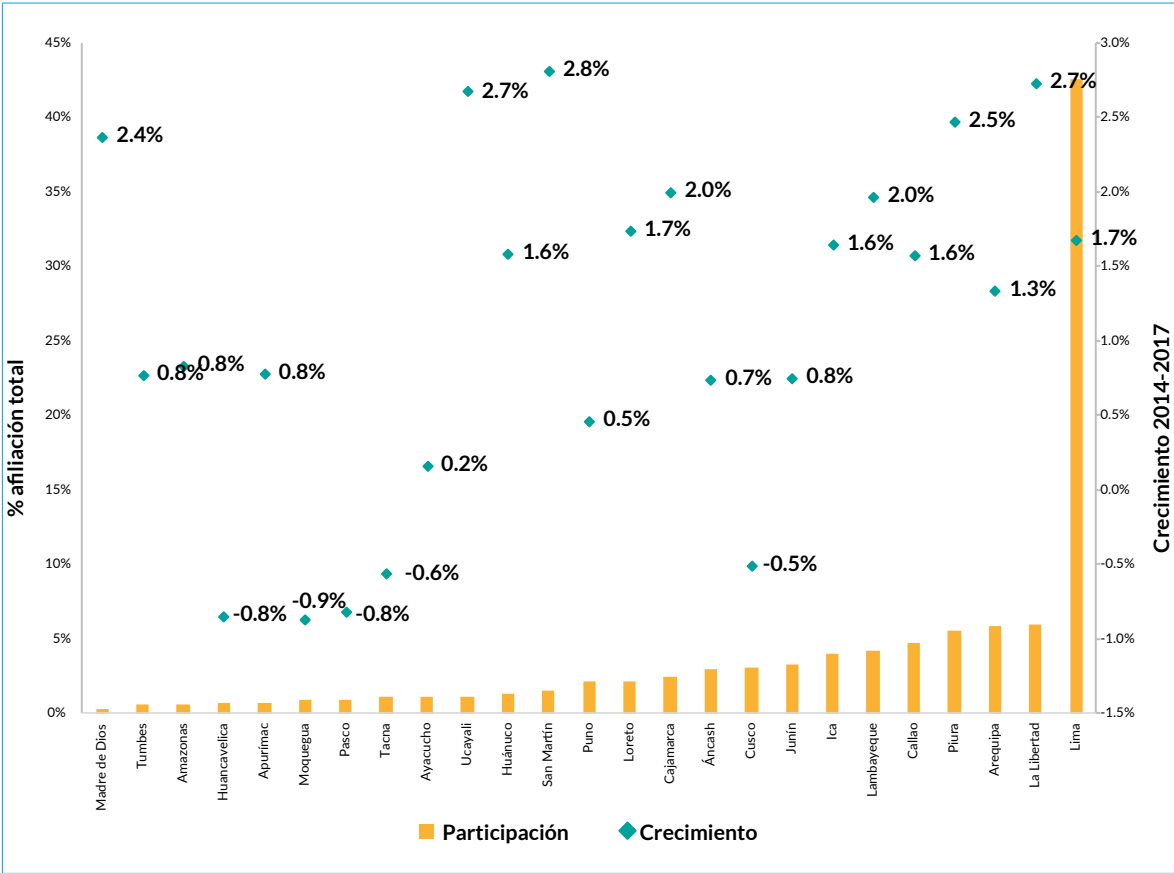
Fuente: elaboración propia con información de EsSalud y el INEI.

El tercer criterio en importancia sobre el perfil de asegurado de EsSalud se refiere al departamento de residencia. Desde la perspectiva geográfica, la afiliación a EsSalud se caracteriza por una altísima concentración en un área (Lima), donde el 42% de los beneficiarios residen. De los 25 departamentos existentes, 5 de ellos (Lima, Arequipa, La Libertad, Piura y Callao) han concentrado algo cercano al 65% de los beneficiarios. Este porcentaje ha variado marginalmente entre 2014 y 2017. Los cinco departamentos que en el 2014 lideraban la afiliación son los mismos que lo hicieron en el 2017, con la diferencia de que La Libertad ascendió ahora al segundo lugar. Al otro extremo de la lista se ubican los cinco departamentos con menor número de personas afiliadas (Huancavelica, Apurímac, Amazonas, Tumbes y Madre de Dios), que apenas totalizan 337,807 personas (3.0% del total).

Una alta participación en el total de beneficiarios no se traduce necesariamente en una tasa dinámica de crecimiento. Los datos para 2014-2017 muestran que siete departamentos experimentaron tasas de crecimiento en su afiliación iguales o superiores al 2% por año. San Martín (2.8%), La Libertad y Ucayali (2.7% cada uno) lideran la lista de departamentos con crecimiento más acelerado, mientras en cinco de ellos (Moquegua, Huancavelica, Pasco, Tacna y Cusco) más bien experimentaron un decrecimiento del -0.5% y -0.9% por año en ese mismo lapso. Lima, por su lado, creció por encima

del promedio nacional (1.7% por año versus 1.5% en Perú) y se convierte en uno de los motores de la afiliación total. Para este periodo, el 46.6% del crecimiento en el número de beneficiarios se debe al desempeño de Lima.

Gráfico 121.
Participación en afiliación y crecimiento medio por departamento, 2014-2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud y el INEI.

Amplias brechas caracterizan la cobertura de EsSalud a nivel departamental. A manera de ejemplo, la unidad con mayor cobertura, Ica, tiene una tasa 3.4 veces superior a la de Amazonas. El siguiente cuadro resume, usando un enfoque de semáforo, la cobertura por departamento para los años 2014 y 2017, así como el cambio experimentado en ese mismo lapso. Los valores en rojo indican los ocho departamentos con coberturas más bajas o con menores cambios porcentuales en ese periodo. Los datos muestran que los ocho departamentos con coberturas más bajas en el 2014 repitieron en el 2017. Empero, su dinámica no fue homogénea, de forma que se observan tres grandes “perdedores” (Puno, Huancaavelica y Ayacucho), cuyas tasas son bajas y además su afiliación disminuyó en el tiempo. Por su lado, Cajamarca y Huánuco, si bien ubicados en la parte baja en cuanto a cobertura, estuvieron entre los ocho departamentos con mayores tasas de crecimiento. La tasa de cobertura promedio en el grupo rojo fue del 17.4%.

Los grupos amarillo y verde tuvieron tasas de cobertura del 26.6% y el 43.7% de su población, respectivamente. Dos aspectos llaman la atención. En primer lugar, solo uno de los departamentos (Piura) logró mejorar su posicionamiento relativo al pasar del décimo al noveno lugar entre las unidades con mayor cobertura. De forma contraria, Pasco experimentó justo un comportamiento opuesto.

En segundo lugar, tres departamentos fueron los grandes ganadores: Lambayeque, La Libertad e Ica, todos posicionados en los primeros puestos de cobertura y además con crecimientos interanuales por encima del promedio nacional.

Cuadro 79.

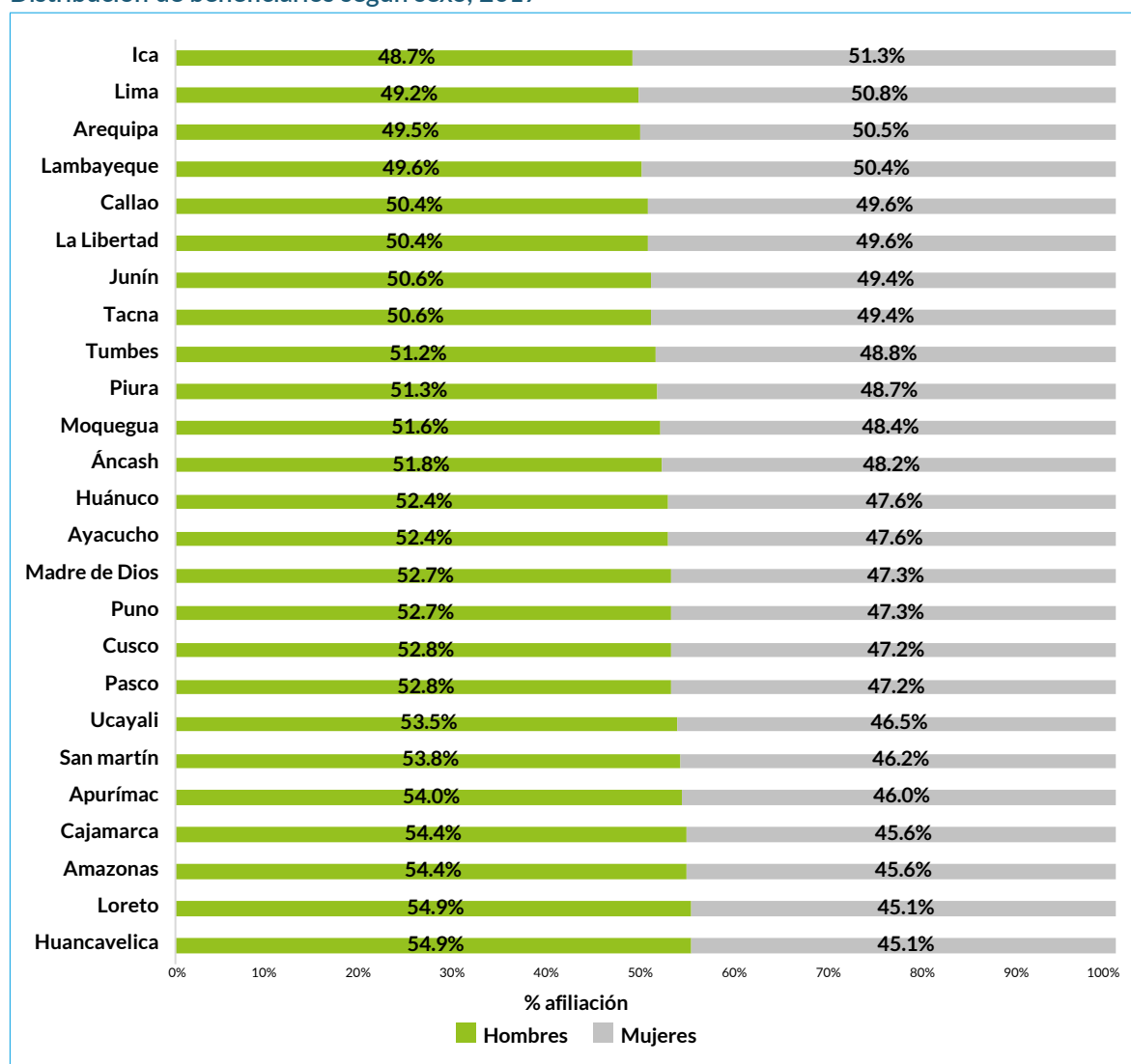
Tasa de cobertura poblacional con seguro de salud por departamento, 2014 y 2017

Departamento	Tasa de cobertura por departamento, 2014	Tasa de cobertura por departamento, 2017	Cambio % (2014-2017)
Amazonas	16.1%	16.3%	1.6%
Puno	16.7%	16.4%	-1.4%
Huancavelica	16.7%	15.9%	-4.6%
Cajamarca	16.8%	17.7%	5.3%
Huánuco	16.9%	17.3%	2.6%
Apurímac	17.7%	17.9%	1.0%
Ayacucho	18.1%	17.6%	-2.7%
San Martín	19.3%	20.1%	4.5%
Loreto	22.4%	22.9%	2.3%
Ucayali	24.3%	25.4%	4.6%
Madre de Dios	25.7%	25.7%	0.1%
Cusco	25.9%	25.0%	-3.2%
Junín	26.6%	26.6%	0.1%
Áncash	28.1%	28.2%	0.6%
Tumbes	28.6%	28.2%	-1.3%
Piura	31.7%	33.3%	5.1%
Pasco	32.2%	30.7%	-4.5%
La Libertad	33.8%	35.4%	4.5%
Lambayeque	35.2%	36.5%	3.5%
Tacna	35.9%	34.0%	-5.2%
Lima	46.6%	46.8%	0.4%
Arequipa	49.2%	49.6%	0.7%
Callao	51.0%	51.2%	0.6%
Moquegua	54.1%	51.1%	-5.5%
Ica	54.2%	55.3%	2.0%

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud y el INEI.

La perspectiva geográfica permite asimismo adentrarse en las tendencias y características de cobertura por departamento y otras variables de interés. Por ejemplo, el siguiente gráfico muestra que, si bien a nivel nacional la afiliación masculina supera (por poco) a la femenina, el patrón varía de manera importante entre las distintas unidades administrativas. De esta forma, en cuatro departamentos (Ica, Lima, Lambayeque y Arequipa), las mujeres superan a los hombres en cuanto a cantidad de beneficiarios. Entre los departamentos con mayores proporciones de asegurados masculinos, destacan Huancavelica, Loreto, Amazonas, Cajamarca y Apurímac, todos con porcentajes superiores al 55% de los beneficiarios.

Gráfico 122.
Distribución de beneficiarios según sexo, 2017



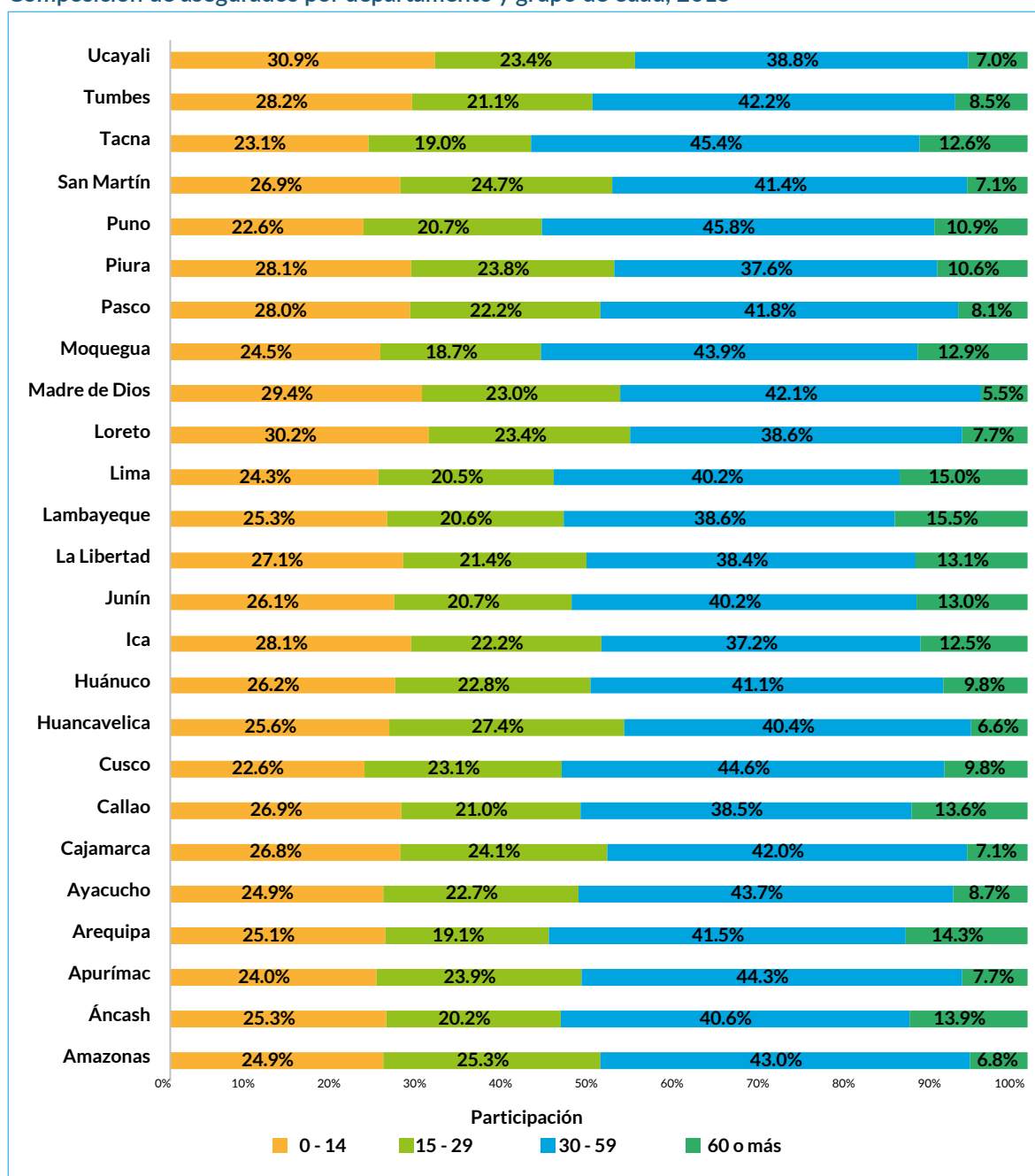
Fuente: elaboración propia con información de EsSalud y el INEI.

La composición de los asegurados por edad y departamento se detalla en la siguiente figura. Cabe recordar, como se analizó párrafos arriba, que a nivel nacional los menores de 15 años representan el 24% de los beneficiarios, en tanto los jóvenes de 15 a 29 contabilizan un 20% adicional. Adultos de 30 a 59 son el grupo más grande (41%), mientras los adultos mayores pesan un 14% adicional.

Basándose en dichos parámetros de referencia, es posible observar la existencia de alta concentración de infantes en Loreto, Madre de Dios y Ucayali, todos con participaciones superiores al 29% de los beneficiarios. Al otro extremo, el de los adultos mayores, son Lima y Lambayeque las únicas que presentan participaciones de este grupo etario por encima del 15% del total de asegurados. En cuanto a su composición total, los departamentos más “jóvenes” (es decir, aquellos donde los grupos menores de 30 años superan el 50% de los asegurados departamentales) son Ucayali y Loreto (más del 53% de peso), aunque en total existen diez departamentos con porcentajes por encima del 50%.

Gráfico 123.

Composición de asegurados por departamento y grupo de edad, 2015



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud y el INEI.

En cuanto a las tasas de cobertura por grupo etario propiamente dichas, los resultados del siguiente cuadro muestran que:

- Los ocho departamentos con menores tasas de cobertura en infantes promedian el 13.6%. En contraste, las coberturas amarilla y verde mostraron tasas medias del 24.4% y el 44%, respectivamente. La diferencia entre la tasa más alta (Ica, 57.2%) y la más baja (Huancavelica, 11%) es 5.2 veces.
- En los grupos de edad intermedia (15-29 y 30-59), las diferencias entre las mayores y menores tasas son 3.7 y 2.8 veces, respectivamente.
- Para la gran mayoría de casos, el departamento que tiene determinado nivel de cobertura en un

grupo (sea rojo, amarillo o verde) repite dicha condición en los otros tres grupos. De esta forma, 18 de los 25 departamentos tienen su misma ubicación relativa en los cuatro grupos de edad.

- De los casos que rompen con dicho patrón se observa, por ejemplo, el mejor desempeño de Ayacucho en el segmento 30-59 (respecto a su cobertura en los otros tres grupos), el de Piura en 15-29 y el de Junín en más de 60 años. Por su lado, Ucayali tiene mala nota en la cobertura de 30-59 años, mientras Tumbes tiene desempeño adecuado entre niños, pero cae en el resto de los grupos.

Cuadro 80.

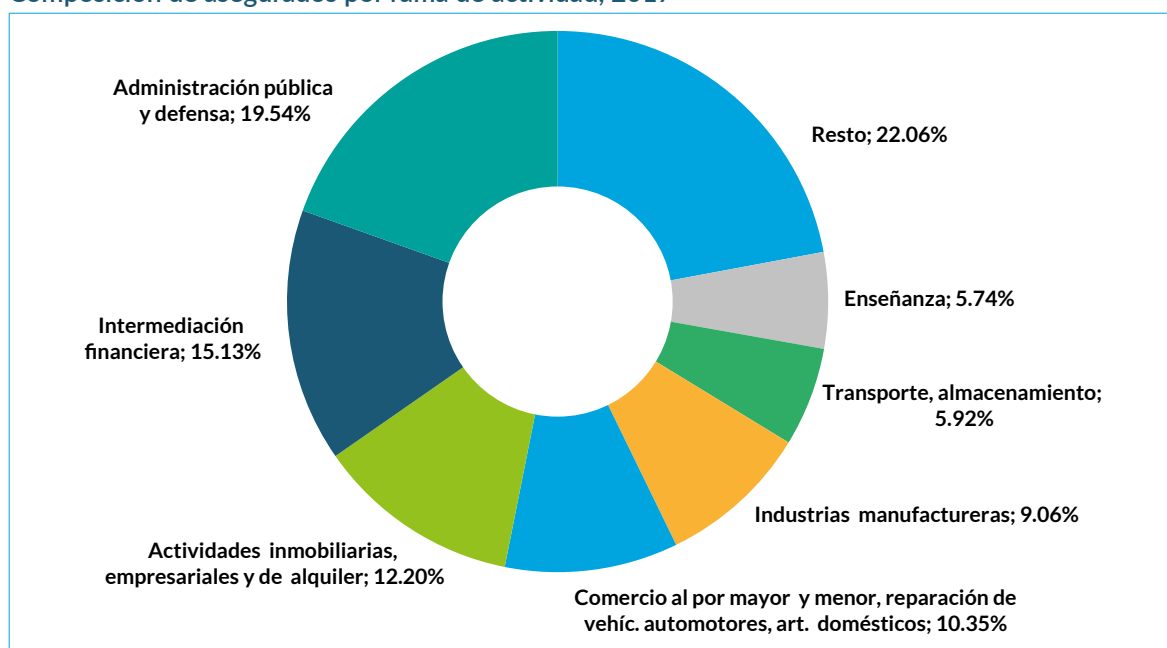
Tasa de aseguramiento por grupo de edad, 2015

Región	Cobertura por departamento y grupo de edad			
	0 - 14	15 - 29	30 - 59	60 o más
Amazonas	13.0%	16.7%	19.8%	14.2%
Áncash	23.7%	20.9%	32.6%	37.0%
Apurímac	13.5%	17.0%	25.2%	16.2%
Arequipa	49.9%	35.1%	53.2%	62.5%
Ayacucho	13.3%	14.1%	26.1%	19.7%
Cajamarca	14.6%	15.3%	20.9%	14.4%
Callao	57.1%	41.8%	48.0%	61.9%
Cusco	19.8%	21.7%	32.6%	25.7%
Huancavelica	11.0%	15.5%	25.6%	16.3%
Huánuco	13.7%	15.0%	20.9%	20.3%
Ica	57.2%	45.0%	55.7%	64.6%
Junín	22.1%	19.7%	33.5%	38.7%
La Libertad	32.8%	26.2%	37.7%	45.1%
Lambayeque	33.0%	27.3%	38.5%	52.1%
Lima	46.4%	35.4%	49.5%	63.8%
Loreto	20.4%	20.1%	27.0%	26.4%
Madre de Dios	26.3%	22.7%	27.2%	26.4%
Moquegua	56.4%	41.1%	54.9%	60.6%
Pasco	27.5%	24.2%	39.4%	35.2%
Piura	30.1%	28.4%	36.3%	38.6%
Puno	12.0%	12.1%	24.6%	19.4%
San Martín	17.6%	18.6%	21.8%	19.5%
Tacna	31.3%	25.0%	39.6%	50.0%
Tumbes	31.6%	22.9%	30.4%	33.2%
Ucayali	25.5%	23.9%	26.0%	23.3%

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud y el INEI.

En materia de vinculación del asegurado por rama de actividad productiva, los funcionarios públicos representan uno de cada cinco asegurados de EsSalud, seguidos por los trabajadores del sistema financiero, que significan uno de cada siete. Las cinco actividades más importantes en cuanto a número de afiliados son, aparte de las dos ya mencionadas, actividades inmobiliarias, comercio al por mayor y manufactura. Dos de cada tres asegurados laboran en dichas ramas.

Gráfico 124.
Composición de asegurados por rama de actividad, 2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud y el INEI.

Finalmente, de las 29 redes asistenciales, Almenara, Sabogal y Rebagliati se posicionan como las más grandes, concentrando el 47.3% de los asegurados totales. Por su lado, las 14 redes más pequeñas apenas llegan al 11.3% del total.

Cuadro 81.
Distribución de población asegurada por red asistencial

Red asistencial	Afiliación	Porcentaje
Madre de Dios	36,430	0.3%
Moyobamba	50,941	0.5%
Tumbes	68,623	0.6%
Amazonas	69,424	0.6%
Huancavelica	79,841	0.7%
Apurímac	82,971	0.7%
Moquegua	94,207	0.8%
Pasco	94,809	0.9%
Puno	99,254	0.9%
Huaraz	106,669	1.0%
Tarapoto	108,379	1.0%
Ayacucho	110,063	1.0%
Tacna	119,208	1.1%
Juliaca	137,542	1.2%
Ucayali	137,630	1.2%
Huánuco	165,503	1.5%
Cajamarca	180,071	1.6%
Áncash	220,979	2.0%
Loreto	233,537	2.1%

Red asistencial	Afiliación	Porcentaje
Cusco	332,087	3.0%
Junín	364,747	3.3%
Ica	459,519	4.1%
Lambayeque	590,123	5.3%
Piura	623,268	5.6%
La Libertad	643,107	5.8%
Arequipa	652,311	5.9%
Almenara	1,587,591	14.2%
Sabogal	1,773,839	15.9%
Rebagliati	1,919,053	17.2%
Total	11,141,726	100.0%

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Cuando el análisis se traslada a rama de actividad por departamento, los perfiles individuales muestran que dos departamentos, Ica y Piura, tienen mayoría agrícola. En otras palabras, en estas dos unidades administrativas, la agricultura representa la rama de actividad más grande, seguida por el sector público. Por su lado, en Amazonas, Apurímac y Ayacucho es la Administración pública la que contribuye con cerca del 50% de los asegurados. En Rebagliati y Sabogal (las dos más grandes), predominan los afiliados relacionados con actividades financieras y actividades inmobiliarias: uno de cada tres asegurados en esas redes trabaja en alguna de esas ramas.

Si, por el contrario, el enfoque se define por sentido vertical (es decir, distribución de los asegurados por rama a lo largo de las distintas redes), se observa lo siguiente:

- La mitad de los asegurados agrícolas están en Ica, La Libertad y Piura.
- En ese mismo sentido, la mitad de los asegurados por servicio doméstico están en Rebagliati. Este grupo se encuentra fuertemente concentrado en pocas redes. Aparte de la ya mencionada, Almenara y Sabogal suman el 85% del total.
- La estructura en las tres mayores ramas (Administración pública, intermediación financiera y actividades inmobiliarias) varía considerablemente entre la primera y las otras dos. En cuanto a los asegurados pertenecientes a la Administración pública, la distribución es mucho más homogénea, al punto de que la red con mayor participación (Rebagliati) alcanza el 11.7%. Por su lado, en materia de servicios financieros e inmobiliarios, las tres redes más importantes concentran más del 55% de los asegurados de dichas actividades.

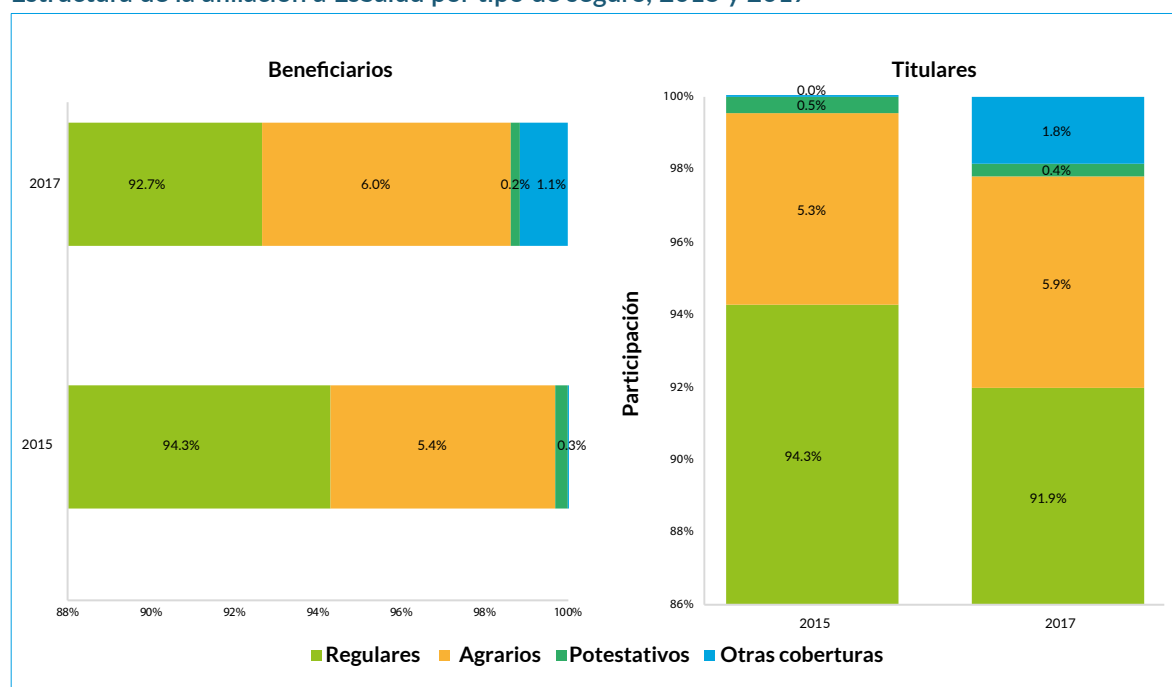
8.2 Patrones de evolución de la cobertura según seguros de EsSalud

La afiliación total a EsSalud pasó de 10.7 a 11.1 millones de personas entre 2015 y 2017. En cuanto a afiliación por seguro, si bien la estructura muestra un patrón relativamente similar entre esos dos años, lo cierto es que hay aspectos que llaman la atención. En total, es posible rescatar cuatro aspectos. En primer lugar, el Seguro Regular sigue siendo el mayor agrupador de asegurados, con poco más de 9 de cada 10 afiliados. Entre los dos años bajo análisis, este seguro creció a un ritmo del 0.9% por año, cifra muy por debajo del crecimiento poblacional y de la dinámica del resto de opciones aseguradoras. Como consecuencia de lo anterior, la participación del Seguro Regular cayó 1.6 p.p.

En segundo lugar, el Seguro Agrícola, que tiene en la actualidad poco más de 665,000 beneficiarios, creció a un ritmo medio del 7.3% por año, situación que le permitió aumentar su posicionamiento en la estructura del seguro. Tercero, el Seguro Potestativo retrocedió en cuanto a número de asegurados, de forma tal que para el 2017 su afiliación fue un 24.3% menor que en el 2015. Esto implicó una pérdida de casi 7,900 personas. Finalmente, en el 2016 entró de lleno lo dispuesto en la Ley N° 30478³⁶ y esto permitió que para el 2017 hubiera 140,715 asegurados nuevos al amparo de dicha normativa. No existe diferencia sustantiva entre lo sucedido a nivel de beneficiarios y lo observado entre titulares, con la única excepción que la inserción del grupo de la Ley N° 30478 fue más fuerte desde la perspectiva titular. Luego, al valorar la estructura por beneficiarios, el peso de este grupo cayó debido a su bajo ratio de dependientes a titulares.

Gráfico 125.

Estructura de la afiliación a EsSalud por tipo de seguro, 2015 y 2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud y el INEI.

A nivel individual, los tres tipos de seguros más grandes (en cuanto a asegurados totales) son el Trabajador Activo (76%), el Pensionista (11.2%) y el Agrario Dependiente (5.6%). Esta concentración no ha sufrido cambios sustantivos en los últimos años, si bien el peso de las tres de forma conjunta es un tanto menor en el 2017 (92.8%) que en el 2015 (93.5%). Esta pequeña caída se explica por la desaceleración relativa del Trabajador Activo, condición que fue contrarrestada por el aumento del Agrario Dependiente. Por otro lado, los seguros con menores cantidades de asegurados son el Pescador Artesanal (6,180 personas) y el Potestativo (5,539). Entre 2015 y 2017, el primero de

³⁶ Denominada “Ley que modifica el artículo 40 y la vigésimo cuarta disposición final y transitoria del Texto Único Ordenado de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones”. Propiamente en cuanto a lo relacionado con EsSalud, la modificación a la vigesimocuarta disposición final establece lo siguiente:

“VIGESIMOCUARTA. El afiliado a partir de los 65 años de edad podrá elegir entre percibir la pensión que le corresponda en cualquier modalidad de retiro, y/o solicitar a la AFP la entrega hasta el 95.5% del total del fondo disponible en su Cuenta Individual de Capitalización (CIC) de aportes obligatorios, en las armadas que considere necesarias. El afiliado que ejerza esta opción no tendrá derecho a ningún beneficio de garantía estatal. El monto equivalente al 4.5% restante de la CIC de aportes obligatorios deberá ser retenido y transferido por la AFP directamente a EsSalud en un período máximo de 30 días a la entrega señalada en el párrafo anterior, para garantizar el acceso a las mismas prestaciones y beneficios del asegurado regular del régimen contributivo de la seguridad social en salud señalado en la Ley 26790, sin perjuicio que el afiliado elija retiros por armadas y/o productos previsionales. En este último caso, el aporte a EsSalud por las pensiones que se perciban quedará comprendido y pagado dentro del monto equivalente al porcentaje señalado en el presente párrafo para no generar doble pago por parte de los afiliados”.

ellos creció en tan solo 732 personas, mientras que el segundo fue creado en el 2016 y no registró movimientos en ese año. Si el análisis se transfiere al plano de los titulares, entonces se comprueba que las tendencias previas se mantienen, pero en el caso de los seguros más pequeños, la afiliación directa apenas llega a 2,550 pescadores artesanales y 5,477 potestativos.

Cuadro 82.

Estructura de la afiliación a EsSalud por tipo de seguro, 2015 y 2017

Tipo de seguro	2015	2017
Trabajador Activo	77.3%	76.0%
Pensionista (ONP o AFP) / Pens. ex CBSSP	11.2%	11.2%
Trabajador del Hogar, Ley N° 27986	0.8%	0.9%
Pescador Artesanal	0.1%	0.1%
Contra. Administ. Serv. (CAS)	4.9%	4.5%
Agrario Dependiente	5.0%	5.6%
Agrario Independiente	0.3%	0.3%
Actividad Acuícola (especies acuáticas)	0.1%	0.1%
Plan Protección Total y Plan Protección Vital	0.1%	0.0%
EsSalud Independiente Personal-Familiar	0.0%	0.0%
EsSalud Independiente (antiguo)	0.0%	0.1%
+ Salud Seguro Potestativo	0.0%	0.0%
EsSalud Independiente (vigente)	0.2%	0.0%
Solicitante de Pensión	0.0%	0.0%
Beneficiario Ley N° 30478	0.0%	1.1%

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud y el INEI.

¿Cuáles fueron, pues, los motores del crecimiento en la afiliación a las distintas opciones de EsSalud en 2015-2017? Durante ese periodo, el total de derechohabientes se redujo en 131,230 personas, mientras que el total de titulares aumentó en 518,292 afiliados. En cuanto a las aportaciones por seguro, el Regular contribuyó con el 46.8% de los nuevos beneficiarios y el 65.9% de los titulares. Los beneficiarios al amparo de la Ley N° 30478 fueron la segunda fuerza con más contribución a beneficiarios y titulares (32.7% y 22.5%, respectivamente)³⁷. Uno de cada ocho nuevos titulares provino del Seguro Agrícola. Otras características que impulsaron el aumento en la afiliación de este lapso fueron: a) los hombres (1.9% por año) por encima de las mujeres (1.6%), especialmente en el Seguro Agrícola, y b) los adultos mayores, principalmente los del Seguro Agrícola.

La afiliación a nivel de seguro y red asistencial también muestra algunos patrones importantes. A nivel de beneficiarios totales y para los seguros Regular y Agrícola, el cuadro a continuación muestra las cinco redes de mayor o menor crecimiento entre 2015 y 2017 (tasa anual promedio). Varios detalles sobresalen:

- A nivel de Seguro Regular, la afiliación en las cinco redes de menor crecimiento fue negativa, con Puno a la cabeza con 3,941 asegurados menos en el 2017 (-2%).
- Todos los ganadores del Seguro Agrario crecieron a dos dígitos.
- Algunas redes ganaron de un lado, pero perdieron de otro: Madre de Dios es alto ganador en Regular, pero también un perdedor en el Agrícola. Moquegua presenta el patrón inverso.

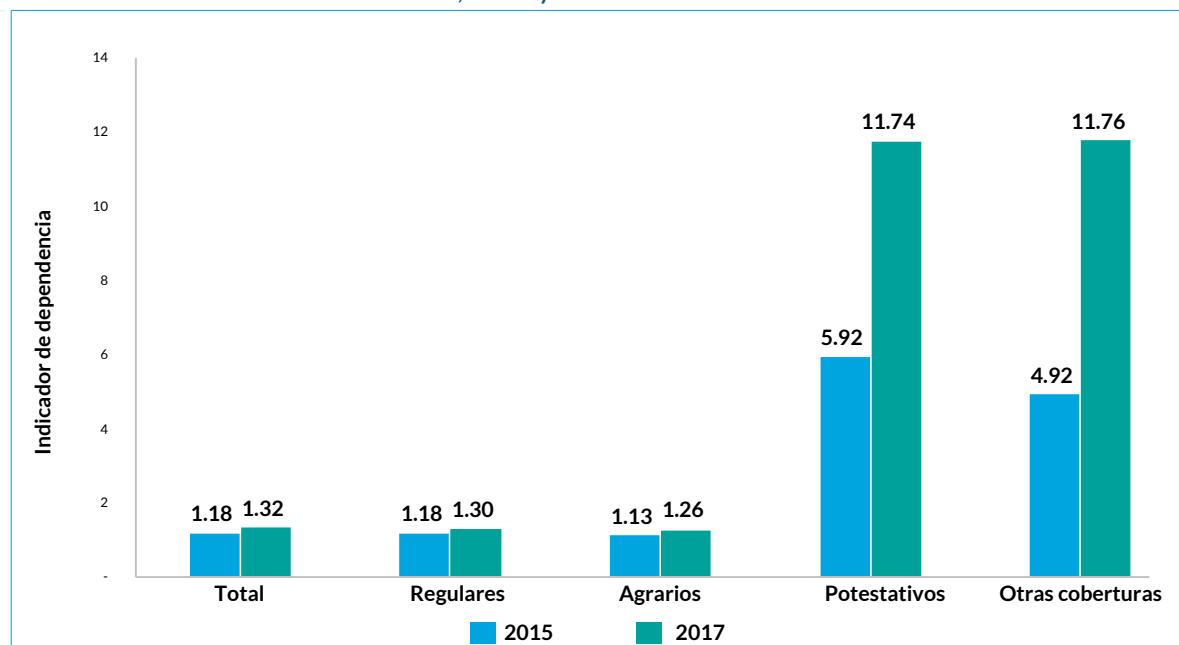
³⁷ Conviene recalcar que un porcentaje importante de esta población se encontraba inscrita en EsSalud antes del acogimiento a la Ley N° 30478, como asegurados regulares.

Cuadro 83.**Ganadores y perdedores en afiliación por seguro entre 2015 y 2017 (crecimiento anual)**

Seguro Regular				Seguro Agrícola			
Ganadores		Perdedores		Ganadores		Perdedores	
Tarapoto	2.3%	Puno	-2.0%	Cusco	30.9%	Madre de Dios	-13.0%
Madre de Dios	2.3%	Huancavelica	-1.6%	Arequipa	24.4%	Junín	-9.1%
Moyobamba	2.2%	Moquegua	-1.4%	Áncash	16.9%	Amazonas	-9.1%
Huaraz	2.2%	Apurímac	-1.2%	Moquegua	14.8%	Loreto	0.0%
Cajamarca	1.8%	Tumbes	-0.9%	Pasco	13.5%	Apurímac	0.4%

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud y el INEI.

Por último, cabe destacar una condición observada entre 2015 y 2017 relacionada con el indicador de titular a derechohabiente, que detalla cuántos contribuyentes directos hay por cada derechohabiente. Cuanto mayor el número, mejor posicionamiento financiero del seguro. Para todos los seguros analizados, el indicador tendió al alza. A nivel global, existían 1.18 titulares por dependiente en el 2015, cifra que subió a 1.32. Esto parece mostrar que los titulares que se han venido incorporando a los distintos seguros tienen familias cada vez más pequeñas o son asegurados únicos. Los crecimientos en opciones como los seguros potestativos y los beneficiarios de la Ley N° 30478 parecieran impulsar esta dinámica, aunque por su tamaño relativo su efecto es limitado.

Gráfico 126.**Índice de titulares a derechohabientes, 2015 y 2017**

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud y el INEI.

9.

Estructura y producción hospitalaria

EsSalud cuenta con 29 redes de prestación de servicios de salud que dan atención por medio de establecimientos de salud de distinta complejidad. Los hospitales son una segunda línea de atención y para eso se cuenta con cinco tipos, denominados I, II, III y IV más los hospitales nacionales como línea de atención general de alta complejidad. También hay centros especializados, que son el Instituto Nacional del Corazón, el Centro Nacional de Salud Renal y, a nivel regional, el Instituto Oftalmológico de Piura. A partir del 2018 están en proceso de implementación tres redes denominadas “prestacionales”: Red Prestacional Nacional Almenara, Red Prestacional Nacional Rebagliati y la Red Prestacional Nacional Sabogal, que operan en Lima, como órganos desconcentrados de EsSalud que dependen de la Gerencia General de EsSalud. Estas son redes desconcentradas, con reglamento propio, que tienen la potestad de contratar servicios públicos o de terceros. Dado que todavía no ha entrado en vigencia esta nueva modalidad, es relevante considerar el diseño de un modelo de evaluación para dar seguimiento a los resultados y medir el impacto, ya que se trata de una modalidad que tiene como fin implementar redes de atención para mejorar la eficiencia de los servicios y la eficacia en la atención al usuario.

En este apartado se analizan aspectos relacionados con la estructura y la producción de las redes de hospitales en su conjunto y se comparan indicadores de los años 2011 y 2017.

Las 29 redes cuentan con un total de 5,860 camas; si se suman las de las tres redes prestacionales que tienen 2,580 camas, se alcanza un total de 8,440 camas, es decir, el 30% de las camas se gestionan bajo una modalidad no tradicional de atención.

Se analizará, en primer lugar, el componente estructural de las camas hospitalarias y, luego, una serie de indicadores de utilización de las camas; finalmente, dos indicadores de calidad: la mortalidad y el reingreso.

En un último apartado se analizarán los principales diagnósticos de egreso, su peso en la proporción total de egresos y la tasa de egresos por población adscrita para el periodo de tres años, de 2015 al 2017.

Una limitación de este análisis es que trabaja con la totalidad de las camas para cada una de las redes. De hecho, debe darse por cierto que un análisis interno de las redes dará mayor detalle sobre el comportamiento individual de cada uno de los hospitales y la dinámica de las redes. Por lo tanto, no se pueden inferir de las conclusiones de este estudio resultados dentro de las redes.

En el siguiente cuadro se presenta la información sobre la estructura hospitalaria, en la que se anota el número y tipo de hospital para cada una de las 29 redes.

Cuadro 84.
EsSalud: Tipos de hospitales por red, 2017

Red	H N	H IV	H III	H II	H I	Total
Almenara			1	3	2	6
Amazonas					3	3
Áncash			1		1	2
Apurímac				1	1	2
Arequipa	1		1	1	2	5
Ayacucho				1		1
Cajamarca				1		1
Cusco	1				4	5
Huancavelica				1		1
Huánuco				1	1	2
Huaraz				1		1
Ica		1		1	3	5
Juliaca			1		1	2
Junín	1			1	3	5
La Libertad	1	1		1	6	9
Lambayeque	1			2	3	6
Loreto			1		1	2
Madre de Dios					1	1
Moquegua				2		2
Moyobamba					2	2
Pasco				1	2	3
Piura			1	2	2	5
Puno			1		1	2
Rebagliati			2	1	2	5
Sabogal			1	2	2	5
Tacna			1			1
Tarapoto				1	1	2
Tumbes					1	1
Ucayali				1		1
Total	5	2	11	25	45	88

Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2017.

La clasificación de las redes asistenciales de EsSalud se basa en la capacidad de resolución de su Hospital base, el cual se puede clasificar según se indicó según la Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud” emitida por el Ministerio de Salud.

En esta norma el Ministerio de Salud determina las categorías de establecimiento de salud a partir de los niveles de atención y complejidad. El nivel de atención hace referencia al conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia

necesidades de salud de diferente magnitud y severidad. En el primer nivel se atiende al 70-80% de la demanda y los problemas de salud tratados son de baja severidad. En el segundo nivel se atiende del 12% al 22% de la demanda y se tratan problemas de salud que requieren atención de complejidad intermedia. En el tercer nivel se atiende del 5% al 10% y la atención es de alta complejidad, con una oferta de menor tamaño, pero de alta especialización y tecnificación. El nivel de complejidad hace referencia al grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, con relación a la especialización y la tecnificación de sus recursos.

Cuadro 85.

MINSA: Detalle de la clasificación hospitalaria por nivel de complejidad, 2004

Niveles de atención	Niveles de complejidad	Categorías de establecimiento de salud	Tipo de hospital
2° nivel de atención	5° nivel de complejidad	II-1	Hospital I
	6° nivel de complejidad	II-2	Hospital II
3° nivel de atención	7° nivel de complejidad	III-1	Hospital III, IV y Hospital Nacional

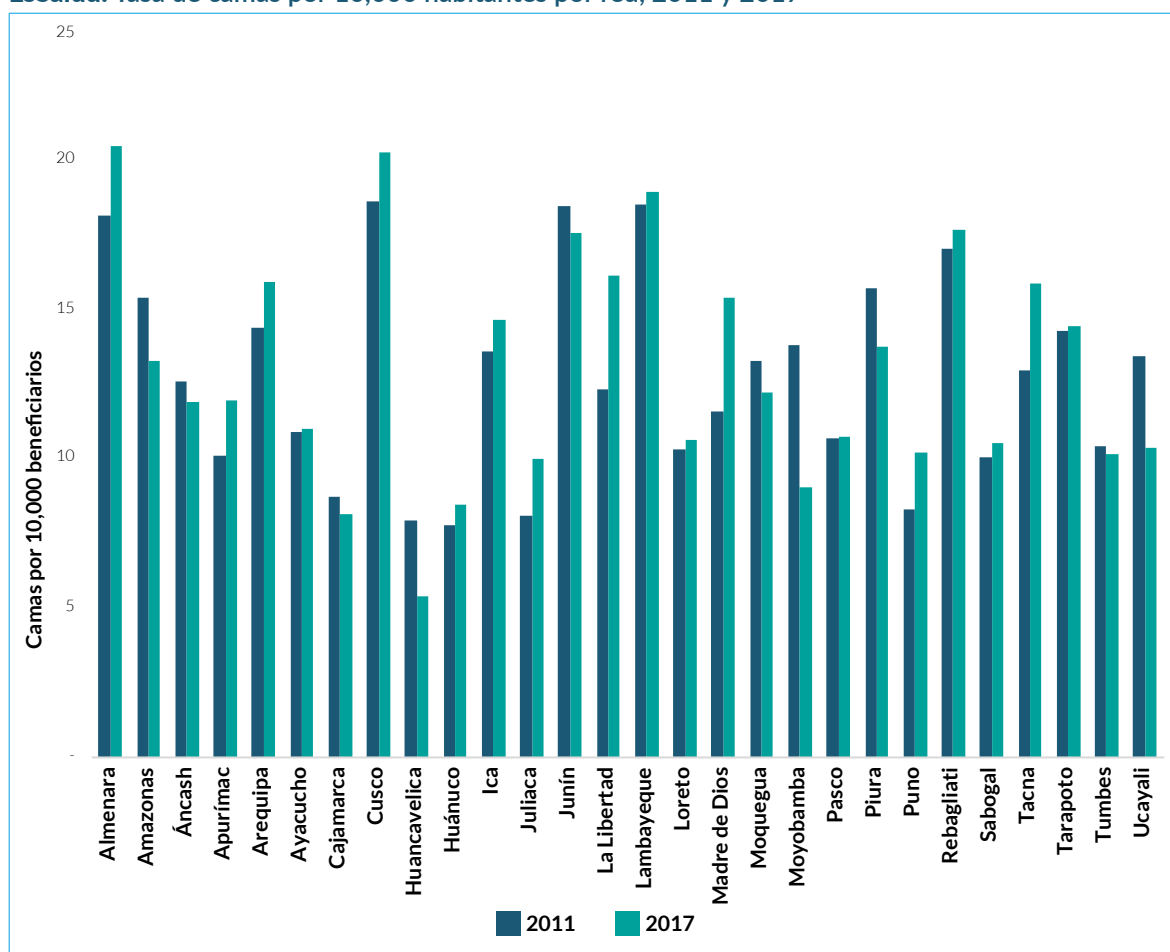
Fuente: elaboración propia con información del Ministerio de Salud (MINSA), 2004.

En el siguiente gráfico se presenta la tasa de camas por 10,000 habitantes para los años de referencia, 2011 y 2017. En general, la tasa de camas hospitalarias bajó de 8.3 a 7.6 por cada 10,000 beneficiarios de EsSalud. Si se toma como referencia el estándar internacional de 10 cada 10,000 personas, entonces el seguro tendría un déficit de 2.4 camas por 10,000 beneficiarios, cifra equivalente a 2,675 unidades.

A partir del siguiente gráfico es posible observar varios patrones. Las tres redes donde el coeficiente cayó con mayor intensidad fueron Moyobamba, Pasco y Loreto, todas con declives superiores al 23% entre 2011 y 2017. Por su lado, aquellas redes con incrementos significativos fueron Puno, Áncash y La Libertad (todas con aumentos por encima del 12% en el número de camas por 10,000 beneficiarios). Tercero, las tres redes más grandes del país (Almenara, Rebagliati y Sabogal, 48.8% de las camas) tuvieron patrones distintos entre sí. Almenara y Rebagliati vieron caer su indicador de camas por beneficiario, tendencia muy pronunciada en la primera de ellas. Si bien el total de camas aumentó, la población beneficiaria creció a un ritmo superior entre 2011 y 2017. Sabogal incrementó tanto el número de unidades como el coeficiente de camas disponibles.

Gráfico 127.

EsSalud: Tasa de camas por 10,000 habitantes por red, 2011 y 2017



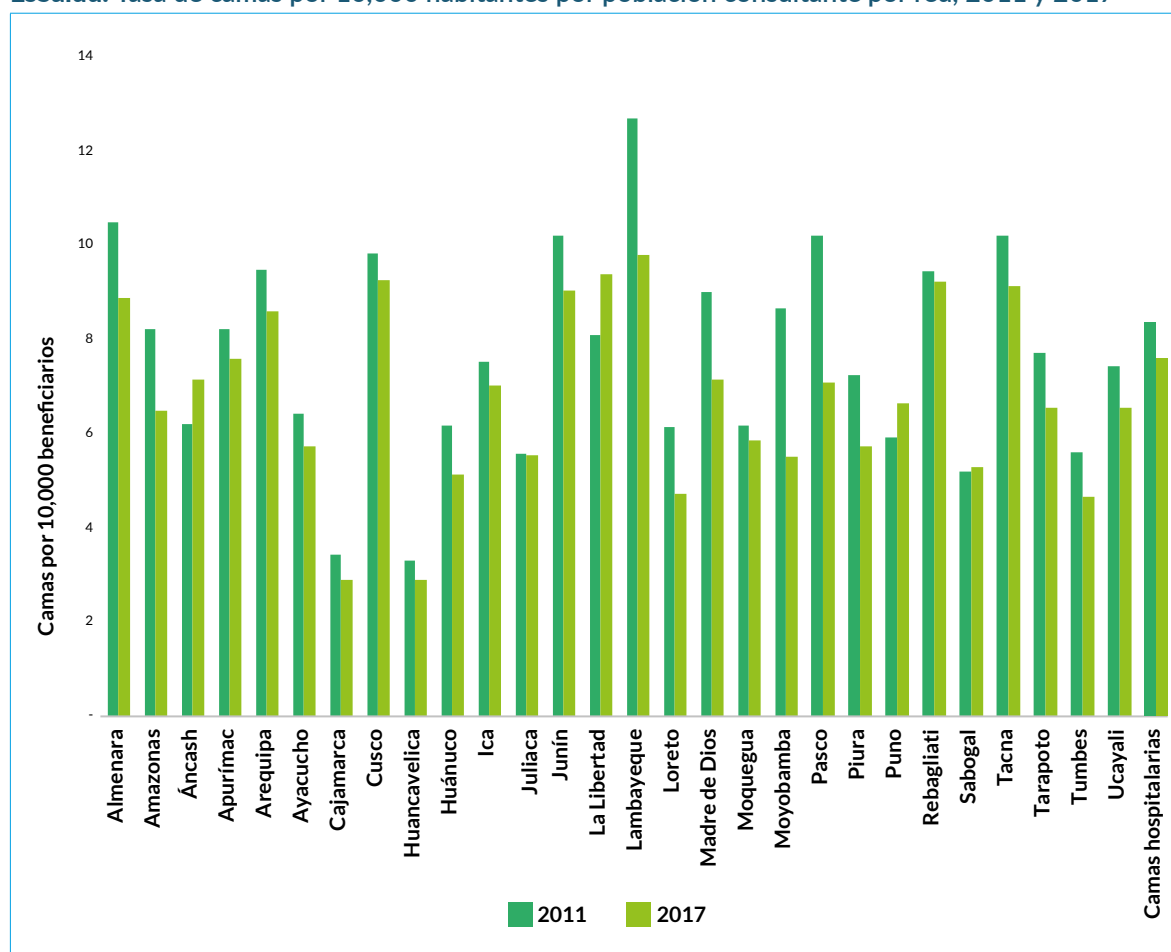
Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2011 y 2017.

Un análisis más preciso se hace con información del gráfico siguiente, en el que se presenta información en la cual la tasa se calcula con la población consultante, que de manera general corresponde a un 40%-96% de la población total adscrita a EsSalud para 2011 y entre el 41%-66% para el año 2017.

A nivel nacional, el indicador de camas por consultantes fue ligeramente superior en el 2017, con variantes importantes dentro de las redes. Por ejemplo, en Moyobamba y Huancavelica el coeficiente declinó en más del 30% entre 2011-2017, mientras La Libertad y Madre de Dios presentaron el caso contrario, es decir, indicadores que crecieron por encima del 30%. Además, todas las redes grandes del país crecieron, situación que explica el aumento neto a nivel nacional.

Gráfico 128.

EsSalud: Tasa de camas por 10,000 habitantes por población consultante por red, 2011 y 2017



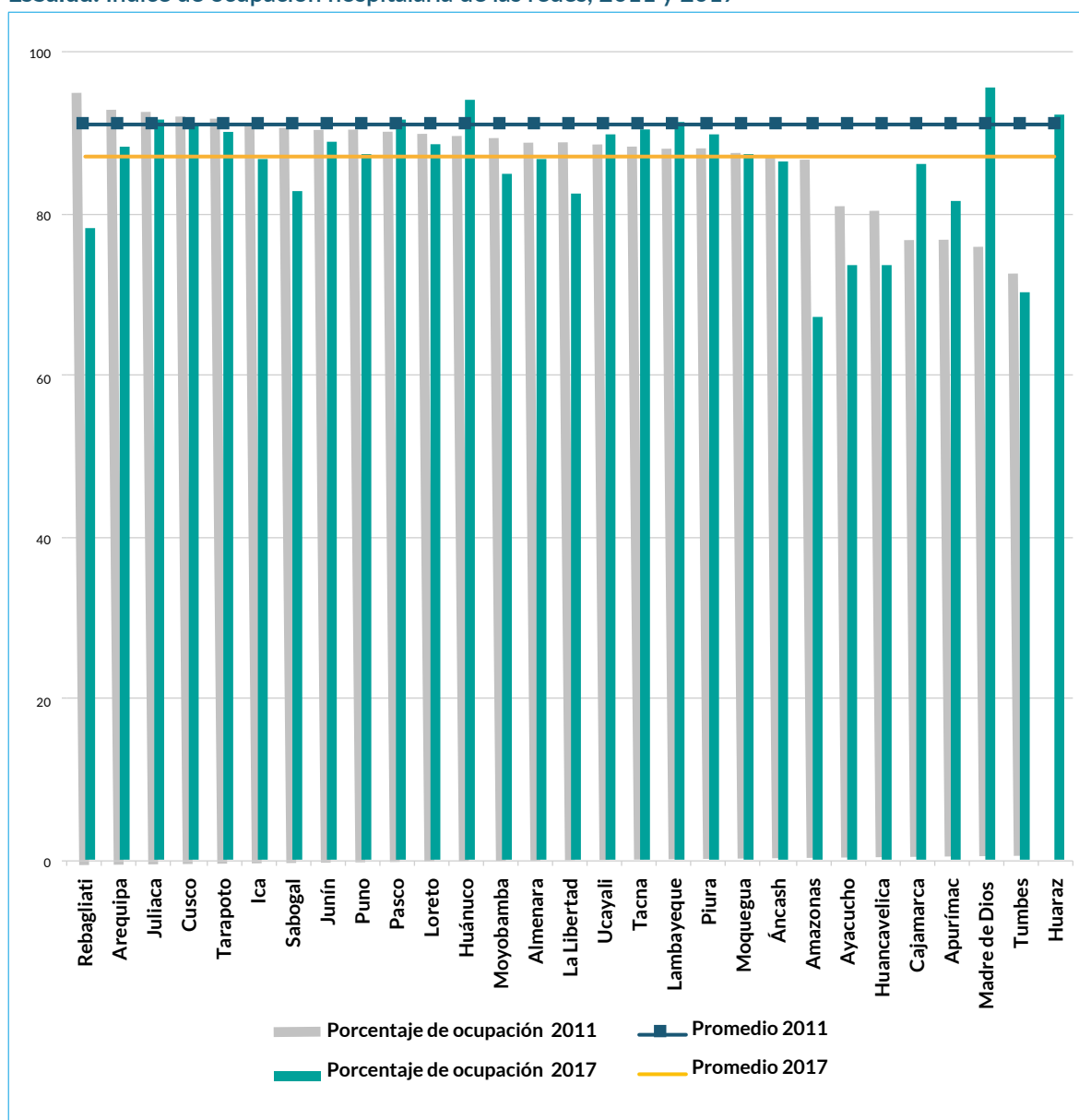
Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2017.

Se encuentra gran variabilidad en la tasa de camas por población para el año 2011: entre 3,3 para Huancavelica y 12,7 para Lambayeque. Para el año 2017 el rango fue de 2,9 en Cajamarca y Huancavelica a 9,8 en Lambayeque, para ese año el promedio nacional fue de 5,3, por lo que las redes de Almenara, Cajamarca, Huancavelica, Huaraz, Juliaca, Loreto, Moyobamba y Tumbes tuvieron una tasa menor que la nacional. Si bien este indicador de la tasa de egreso por población consultante refleja de manera más precisa la oferta disponible, la medición con la población total como denominador es la que debe guiar la planificación debido a que es una población potencialmente consultante.

En el gráfico siguiente se presenta la información sobre la ocupación de las camas medida según el indicador del porcentaje de ocupación, que refiere en promedio a cuántas camas estuvieron ocupadas durante el año y también indica la proporción de camas no ocupadas o disponibles. Para el año 2011 el promedio de ocupación fue del 91% y para el año 2017, del 86%. Para el 2011 cuatro redes tuvieron un valor superior al promedio: Rebagliati, Arequipa, Juliaca y Cusco. En cambio, las redes de Huancavelica, Cajamarca, Apurímac, Madre de Dios y Tumbes tuvieron un porcentaje de ocupación menor del 80%. Para las demás redes, osciló entre el 80% y el 90%.

Gráfico 129.

EsSalud: Índice de ocupación hospitalaria de las redes, 2011 y 2017



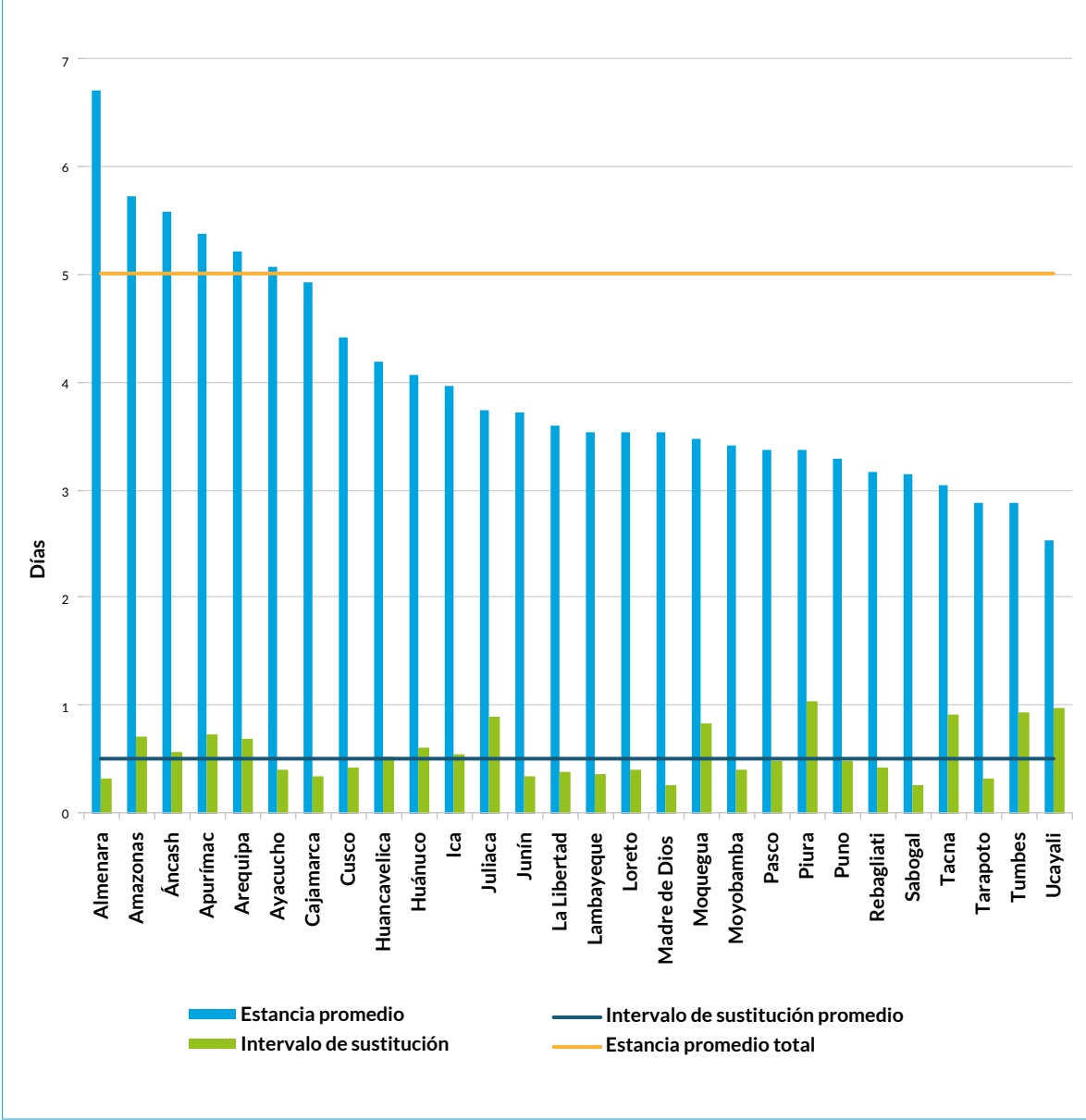
Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2017.

En el año 2017 dieciséis de las redes tuvieron un porcentaje de ocupación menor al observado en el 2011 y diez un valor menor que el promedio. Las redes de Huánuco y Madre de Dios sobrepasaron el 90%. Así mismo, las redes de Ucayali, Tacna, Lambayeque, Piura, Cajamarca y Apurímac mostraron una ocupación mayor a la observada en el 2011; la red de Huaraz tuvo un elevado índice de ocupación de cama, que sobrepasó el 90%.

Hay dos indicadores de cama hospitalaria que muestran la duración de los internamientos y la habilidad para un nuevo ingreso. Son la estancia promedio que corresponde al número de días que los pacientes permanecen en el hospital y el intervalo de sustitución, que es el tiempo que tarda una cama en ser nuevamente ocupada luego del egreso más reciente. En los siguientes dos gráficos se muestra la información para los años 2011 y 2017, respectivamente. Para el año 2011 el promedio de estancia fue de 5 días, con un rango de 2.8 a 6.7 días. Si bien en promedio estos valores son bajos, cuando se analizan los diagnósticos el rango de variación se amplía considerablemente, según se verá

más adelante. Como puede apreciarse en el gráfico, seis de las redes tuvieron un valor de estancia mayor que el promedio. Debe señalarse que el análisis de este estudio es general, por lo que será necesaria una mayor profundización para conocer, por ejemplo, las diferencias en estancia por nivel de complejidad.

Gráfico 130.
EsSalud: Estancia promedio e intervalo de sustitución por red, 2011



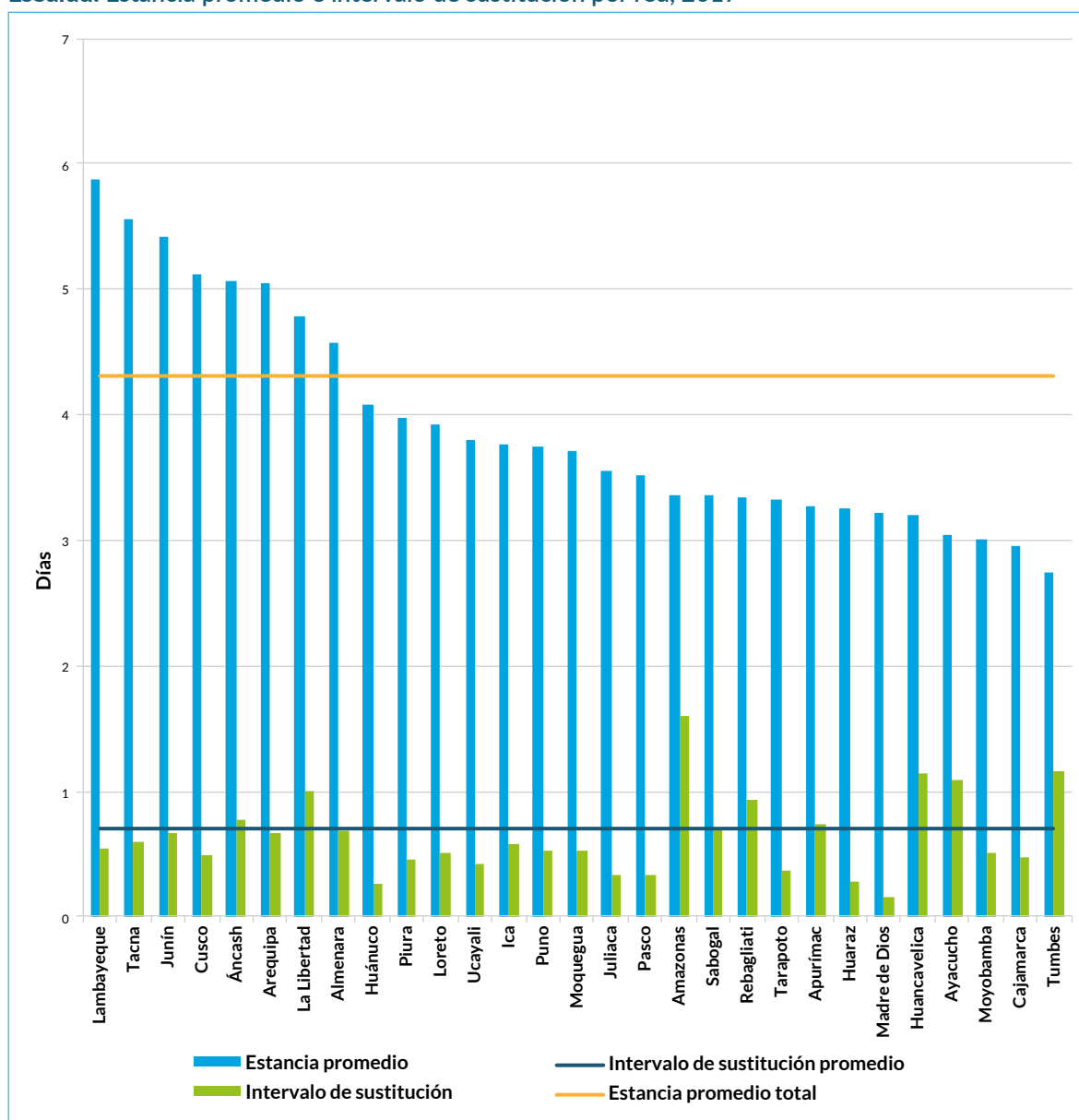
Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2011.

En cuanto al intervalo de sustitución, el valor promedio fue de 0.5 días; también debe observarse que para todos los hospitales el valor fue menor de 1; es decir, en menos de un día luego de un egreso, la cama estuvo nuevamente ocupada, aunque nueve de las 29 redes tuvieron un valor mayor que el promedio.

Para el año 2017 hubo una disminución en el promedio de estancia a 4.2 días, con un rango de variación de 2.7 a 5.9 días, una disminución del 16% al compararlo con el año 2011; ocho de las 29 redes tuvieron valores superiores al promedio.

Gráfico 131.

EsSalud: Estancia promedio e intervalo de sustitución por red, 2017



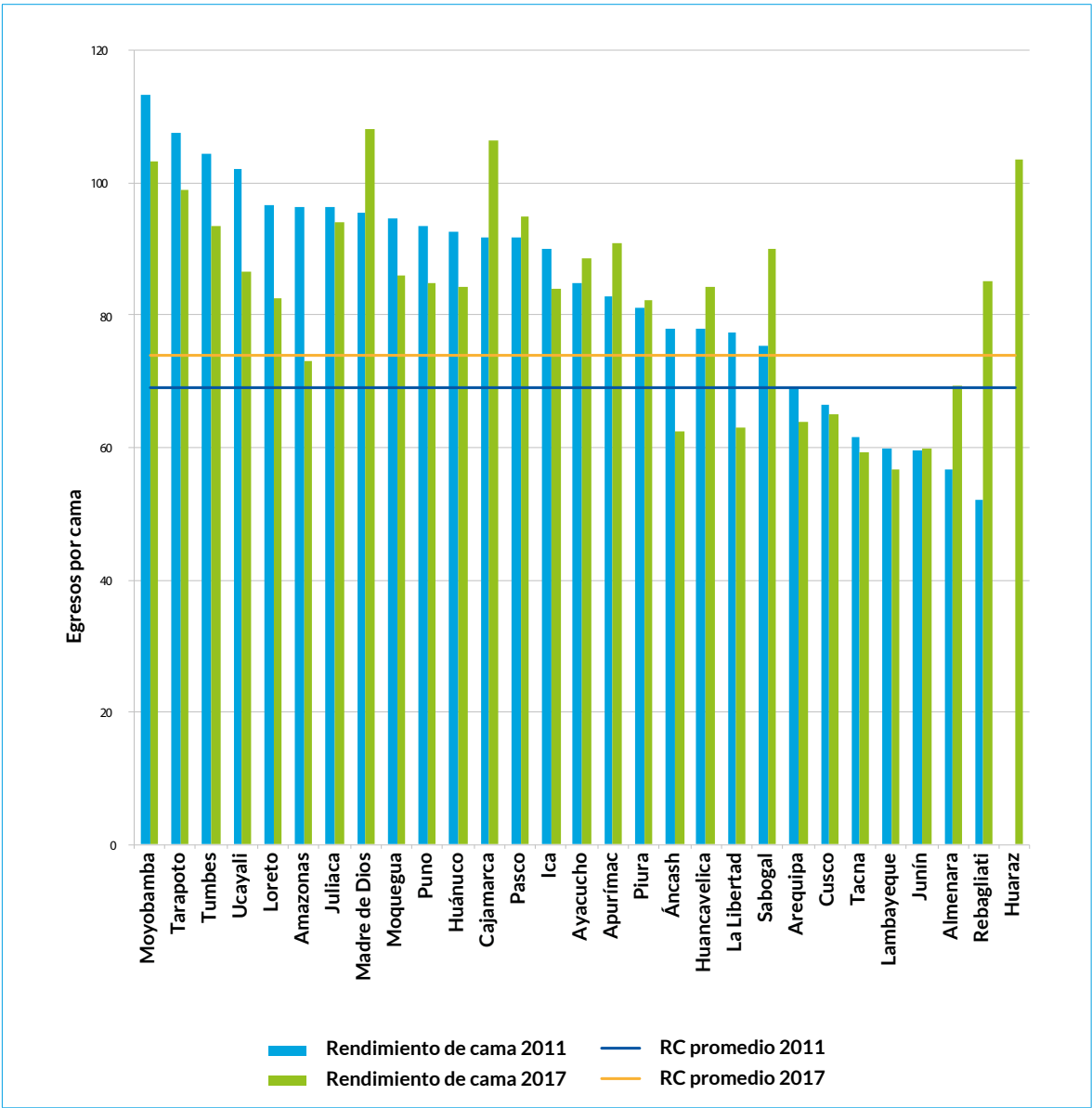
Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2017.

En cuanto al intervalo de sustitución, se observa un incremento a 0.67 días en promedio, un 34% más elevado que lo visto en el año 2011. El rango de variación fue de 0.15 a 1.6 días; seis de las redes sobrepasaron el promedio y cinco de ellas sobrepasaron un día, es decir que tardaron más de un día en contar con la cama disponible para otro ingreso. La diferencia entre los dos años indica que hubo una menor eficiencia en el año 2017 para disponer de la cama.

El rendimiento de cama –también conocido como “giro de cama”– es un indicador que muestra las veces que una cama ha sido ocupada en un periodo de tiempo, en este caso, un año, el 2011 y el 2017. Al comparar los dos años se observa un incremento en el rendimiento de 4.9 puntos porcentuales, al pasar de 69.1% al 74%. Para el 2011, 21 de las 29 redes contaban con un rendimiento mayor que el promedio. Para el año 2017 fueron solamente 20. Llama la atención que 17 de las 20 redes tuvieron en el año 2017 un valor menor que el observado en el 2011. Si bien deben explorarse en detalle las causas, ubicando los hospitales que dentro de las redes han tenido este comportamiento, se puede

plantear la hipótesis de que una mayor complejidad de los casos hace que la permanencia hospitalaria sea mayor y, por lo tanto, la rotación de las camas sea menor.

Gráfico 132.
EsSalud: Rendimiento de cama por red, 2011 y 2017



Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2017.

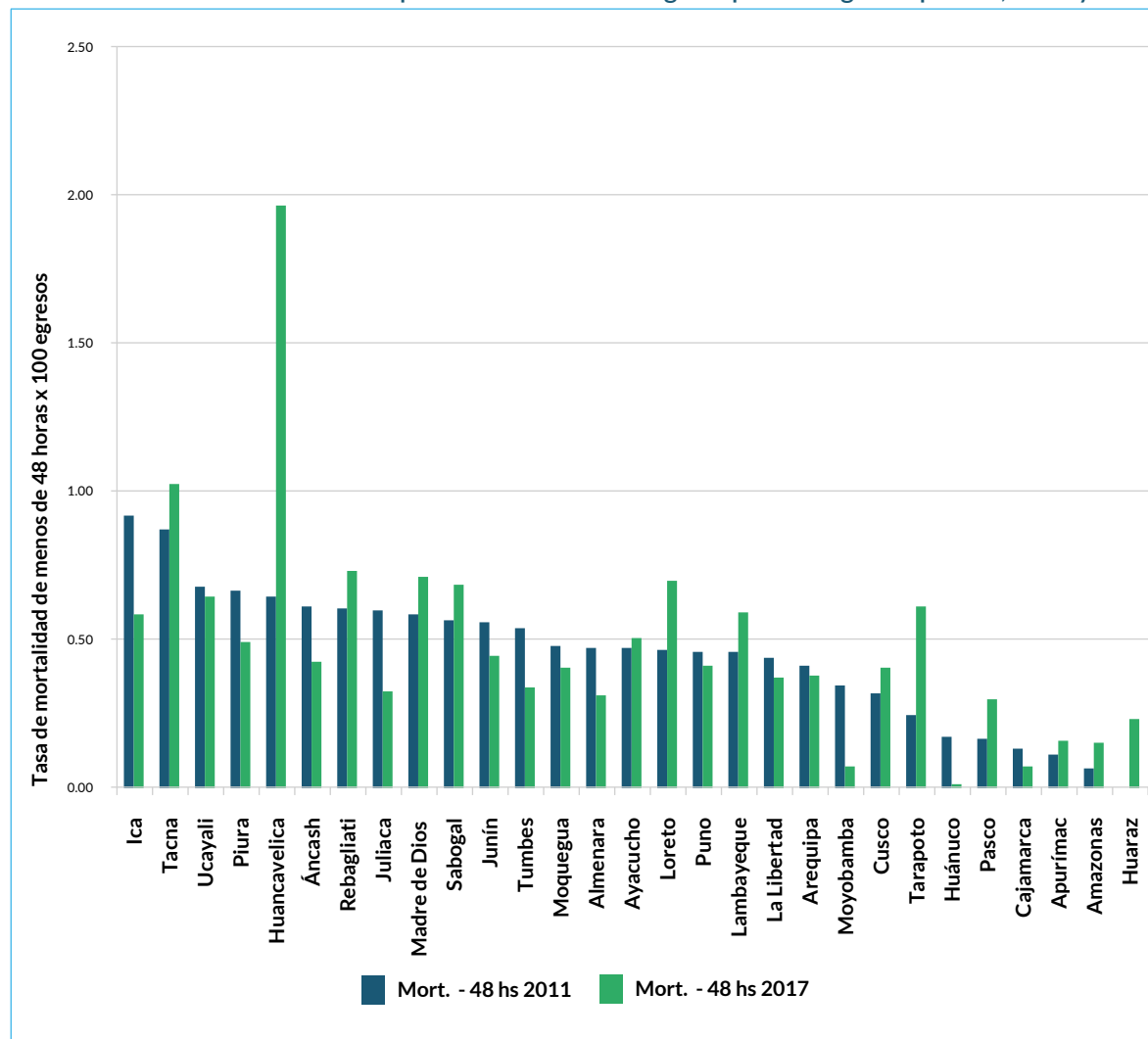
En el 2011 cuatro de las 29 redes sobrepasaron los 100 ingresos por cama. Este patrón se repite en el año 2017, con la diferencia que para este periodo únicamente Moyobamba repite dentro de la lista de las cuatro redes los 100 egresos o más, como puede verse en el gráfico anterior.

A continuación, se analizarán dos indicadores de calidad: la mortalidad, separada en más o menos de 48 horas, y los reingresos. La tasa de mortalidad hospitalaria en las primeras 48 horas fue menor del 1% para los dos periodos. Sin embargo, tuvo una amplia variabilidad, que fue del 0.11% en la red de Apurímac al 0.92% en la red Ica, para el 2011. El rango para el 2017 fue del 0.01% en Huánuco al 1.02% en Tacna. En promedio, la mortalidad para el año 2011 fue del 0.57% y para el 2017 del 0.49%. Cuando se habla de mortalidad en las primeras 48 horas, hay que ponderar entre la gravedad

del caso –padecimiento, edad, estado previo de salud, enfermedad concomitante, etc.– y la calidad de la atención. Lo más probable es que se deba a la gravedad del caso y las condiciones del paciente; aunque también está el componente de las guías y los protocolos de atención para el abordaje de las emergencias que pueden influir en que se presente o no una defunción al ingreso al hospital. Se requiere de una exploración más detallada para poder identificar las causas de la mortalidad, es decir, lo que en la jerga de la evaluación de servicios de salud se define como “mortalidad evitable”.

Gráfico 133.

EsSalud: Tasa de mortalidad en las primeras 48 horas de ingreso por 100 egresos por red, 2011 y 2017



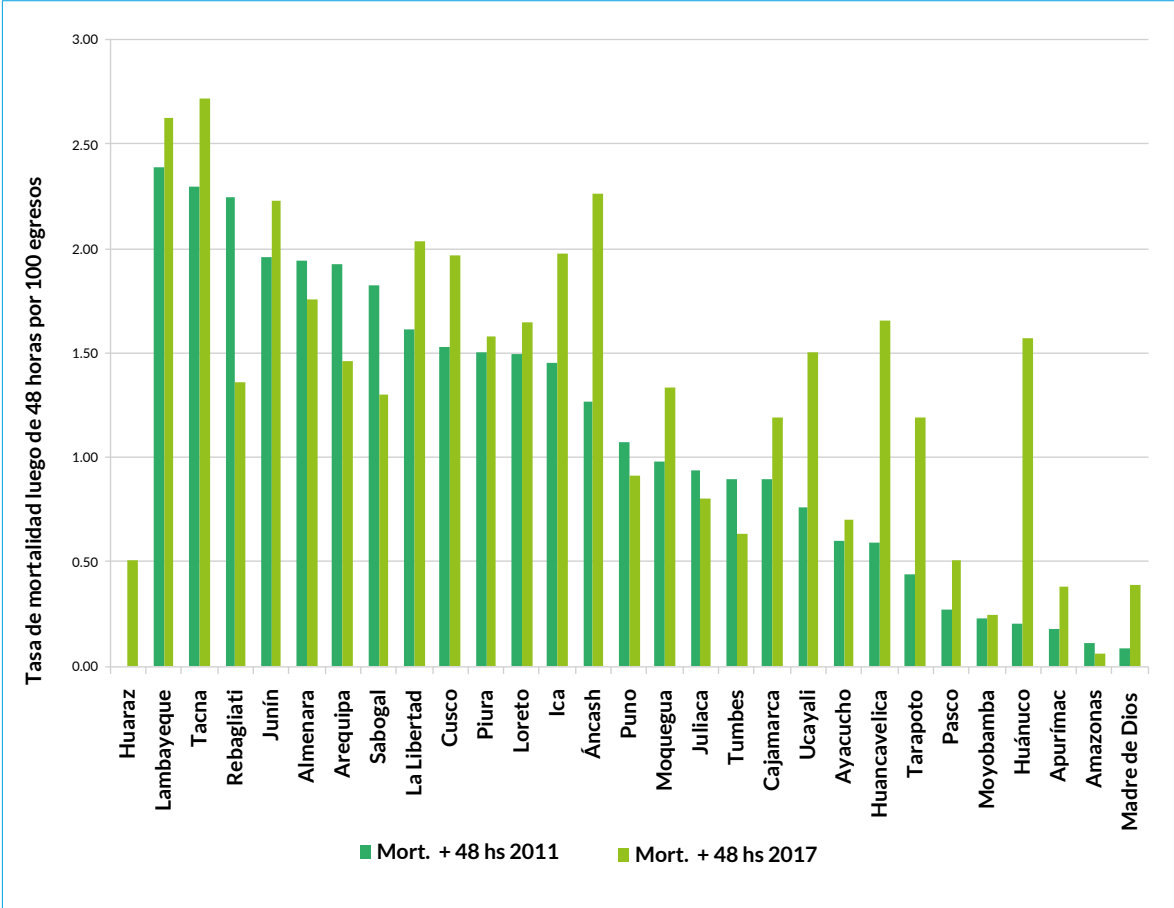
Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2017.

El valor para la red de Huancavelica para el 2017 fue de 38 casos en el Hospital de Huancavelica, de segundo nivel, de los cuales 10 casos ocurrieron en el mes de febrero, 7 en marzo y 5 en abril. Esto indica que habría que investigar con mayor detalle las posibles causas de defunciones en estos tres meses.

La mortalidad pasadas las 48 horas es mayor y es producto de la combinación entre la gravedad del padecimiento del paciente y de la calidad de la atención y lo relacionado con las complicaciones.

El periodo que corresponde a la medición de este indicador es desde las 48 horas hasta el egreso del paciente. Para el año 2011 la tasa promedio fue del 1.74%, con un rango de variación porcentual del 0.11% al 1.94% en Madre de Dios y Lambayeque, respectivamente. Para el año 2017 el promedio fue del 1.63%, con un rango de variación del 0.06% en Amazonas al 2.63% en Lambayeque, este último también con la mortalidad más elevada en el año 2011.

Gráfico 134.
EsSalud: Tasa de mortalidad luego de 48 horas de ingreso por 100 egresos por red, 2011 y 2017



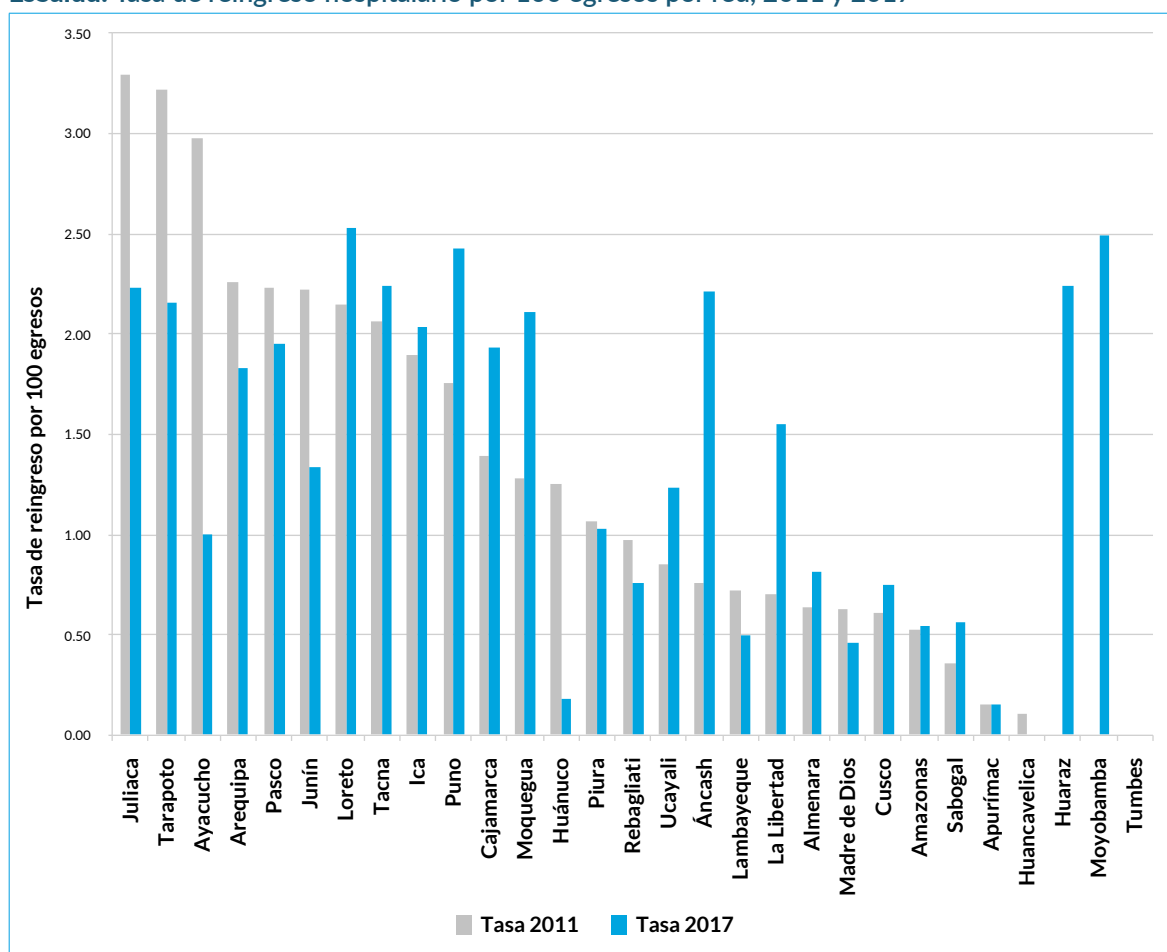
Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2017.

En el gráfico anterior puede observarse que para el año 2017 18 de las 29 redes incrementaron la mortalidad hospitalaria luego de las 48 horas; para varias de estas, por un amplio margen, tal es el caso de La Libertad, Cusco, Ica, Áncash, Moquegua, Cajamarca, Huancavelica, Apurímac y Madre de Dios. Una posible explicación es que para algunos de estos centros en números absolutos se den pocos egresos, por lo que un escaso incremento en el número de defunciones suba rápidamente la tasa.

Otro indicador de calidad es el reingreso, del cual se presenta información para los años 2011 y 2017 en el siguiente gráfico. Para el año 2011 la tasa promedio fue del 1.13% y para el 2017, del 1.22%. La variación para el 2011 fue del 0.10% al 1.35% para Huancavelica y Juliaca, respectivamente.

Gráfico 135.

EsSalud: Tasa de reingreso hospitalario por 100 egresos por red, 2011 y 2017



Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2017.

La variabilidad para el año 2017 osciló entre el 0.46% para Madre de Dios y el 2.24% para Huaraz; como puede apreciarse, son valores mayores a los observados en el 2011. Podría tratarse de la complejidad de los casos, aunque otras hipótesis serían la presión administrativa para un alta temprana con el fin de mantener una estancia baja o las fallas en el seguimiento de guías y protocolos. Una investigación más profunda puede llegar a precisar las causas con exactitud.

El Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) es un órgano desconcentrado de EsSalud con autonomía de gestión. Forma parte de la red de prestadores de servicios de salud de esta entidad aseguradora pública. Brinda prestaciones de salud altamente especializadas de los asegurados con patología cardiovascular referidos de los otros centros asistenciales de EsSalud. Además, lleva a cabo investigación, docencia y capacitación. En el cuadro a continuación se presentan estadísticas de este instituto para los dos años de referencia.

Cuadro 86.

EsSalud: Indicadores de utilización de cama del INCOR, 2011 y 2017

Año	Número de camas	Egresos	Porcentaje de ocupación	Estancia promedio	Intervalo de sustitución	Rendimiento de cama
2011	38	2,556	86	4.7	0.73	67
2017	40	3,366	80	3.5	0.90	84

Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2017.

El número de camas se incrementó ligeramente entre el 2011 y el 2017, y el rendimiento de la cama aumentó un 25%, es decir, prácticamente con el mismo número de camas, aumentó su productividad y disminuyó la estancia promedio. Esto se explica, muy probablemente, por la aplicación de nuevas tecnologías al tratamiento de las dolencias cardiovasculares.

En el siguiente cuadro se anotan los indicadores de calidad: mortalidad y reingreso. Prácticamente la tasa de mortalidad de menos de 48 horas es similar en los años analizados. La tasa de defunciones por egresos de más de 48 horas disminuyó un 30% en el periodo.

Cuadro 87.

EsSalud: Tasas de mortalidad y de reingresos del INCOR, 2011 y 2017

Año	Tasa de def. -48 hs	Tasa de def. +48 hs	Tasa de reingresos
2011	0.7	3.9	0.0
2017	0.8	2.6	5.2

Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2017.

En el cuadro siguiente se presenta la información de egresos hospitalarios totales de EsSalud para 2015, 2016 y 2017. Se incluye el grupo de diagnósticos que suman un 40% del total de egresos; se anota proporción del egreso y la tasa de egresos por 1,000 habitantes adscritos.

Cuadro 88.

EsSalud: Principales diagnósticos de egreso hospitalario y estadísticas de egresos, 2015-2017

Código CIE-10	Diagnóstico	Egresos	Proporción de egresos totales (%)	Egresos por 1,000 asegurados
2015				
O80	Parto único espontáneo	61,660	10.4	5.7
O82	Parto único por cesárea	40,464	6.8	3.8
O03	Aborto espontáneo	15,115	2.6	1.4
K35	Apendicitis aguda	15,085	2.5	1.4
K80	Colelitiasis	15,034	2.5	1.4
Z38	Nacidos vivos según lugar de nacimiento	14,745	2.5	1.4
N39	Otros trastornos del sistema urinario	11,184	1.9	1.0
P03	Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones del trabajo de parto y del parto	8,896	1.5	0.8
Z35	Supervisión de embarazo de alto riesgo	8,763	1.5	0.8
Z39	Examen y atención del postparto	8,366	1.4	0.8
Z54	Convalecencia	8,008	1.4	0.7
K81	Colecistitis	7,361	1.2	0.7
J18	Neumonía, organismo no especificado	7,273	1.2	0.7
L03	Celulitis	6,572	1.1	0.6
A41	Otras septicemias	6,570	1.1	0.6
Total		235,096	40	-
2016				
O80	Parto único espontáneo	57,140	9.6	5.2

Código CIE-10	Diagnóstico	Egresos	Proporción de egresos totales (%)	Egresos por 1,000 asegurados
O82	Parto único por cesárea	39,600	6.7	3.6
O03	Aborto espontáneo	16,653	2.8	1.5
Z38	Nacidos vivos según lugar de nacimiento	16,576	2.8	1.5
K35	Apendicitis aguda	14,861	2.5	1.4
K80	Colelitiasis	14,498	2.4	1.3
Z54	Convalecencia	11,817	2.0	1.1
N39	Otros trastornos del sistema urinario	11,406	1.9	1.0
Z35	Supervisión de embarazo de alto riesgo	9,680	1.6	0.9
P03	Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones del trabajo de parto y del parto	9,074	1.5	0.8
J18	Neumonía, organismo no especificado	8,033	1.4	0.7
K81	Colecistitis	6,948	1.2	0.6
L03	Celulitis	6,805	1.1	0.6
A41	Otras septicemias	6,533	1.1	0.6
O34	Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pélvicos de la madre	6,351	1.1	0.6
Total		235,975	40	
2017				
O80	Parto único espontáneo	52,727	8.6	4.7
O82	Parto único por cesárea	39,963	6.5	3.6
Z38	Nacidos vivos según lugar de nacimiento	18,348	3.0	1.6
K35	Apendicitis aguda	14,878	2.4	1.3
O03	Aborto espontáneo	14,131	2.3	1.3
K80	Colelitiasis	13,826	2.2	1.2
Z54	Convalecencia	13,211	2.1	1.2
N39	Otros trastornos del sistema urinario	11,634	1.9	1.0
Z35	Supervisión de embarazo de alto riesgo	9,007	1.5	0.8
Z39	Examen y atención del postparto	8,697	1.4	0.8
P03	Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones del trabajo de parto y del parto	7,500	1.2	0.7
K81	Colecistitis	7,126	1.2	0.6
J18	Neumonía, organismo no especificado	6,866	1.1	0.6
L03	Celulitis	6,720	1.1	0.6
Z37	Producto del parto	6,719	1.1	0.6
J96	Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte	6,698	1.1	0.6
A41	Otras septicemias	6,340	1.0	0.6
Total		244,391	40	-

Fuente: Egresos y días de estancia hospitalaria según diagnóstico. Nivel nacional. EsSalud, 2015-2017.

Prácticamente los diagnósticos de los tres años son similares, la mayoría corresponden a la atención del embarazo, el parto y el niño recién nacido sano o con alguna patología. Otros diagnósticos relevantes son la neumonía no especificada, la colelitiasis, las septicemias, los trastornos del sistema urinario, las apendicitis y otro diagnóstico no específico como la convalecencia.

En el siguiente cuadro se anotan las principales 10 causas de egreso que generan la mayor cantidad de estancias. El periodo de internamiento oscila entre 1 y 6 meses, y obedece principalmente a lesiones producto de caídas. También se incluyen las complicaciones en la prestación de los servicios de salud, es decir, la iatrogenia.

Cuadro 89.

EsSalud: Principales 10 egresos hospitalarios por promedio de días de estancia, 2015-2017

Año	Ranking	Descripción	Promedio de días de estancia por egreso
2015	1	Caída en el mismo nivel por deslizamiento, tropezón y traspíe	181.4
	2	Problemas relacionados con dependencia del prestador de servicios	79
	3	Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	67.6
	4	Infecciones debidas a otras micobacterias	57.5
	5	Síndrome de Turner	49
	6	Trastornos musculares primarios	45
	7	Enfermedad de Huntington	38
	8	Endocarditis, válvula no especificada	37
	9	Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física	29
	10	Envenenamiento por agentes principalmente sistémicos y hematológicos, no clasificados en otra parte	29
2016	1	Caída en el mismo nivel por deslizamiento, tropezón y traspíe	168
	2	Secuelas de la desnutrición y de otras deficiencias nutricionales	91
	3	Problemas relacionados con dependencia del prestador de servicios	88.8
	4	Secuelas de otras enfermedades infecciosas y parasitarias de las no especificadas	56.8
	5	Acantosis nigricans	53
	6	Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte	51
	7	Cigomicosis	46
	8	Atrofia muscular espinal y síndromes afines	44
	9	Prueba y ajuste de dispositivos protésicos externos	40
	10	Parapsoriasis	34
2017	1	Caída en el mismo nivel por deslizamiento, tropezón y traspíe	152.9
	2	Inhalación e ingestión de alimento que causa obstrucción de las vías respiratorias	135
	3	Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas	78
	4	Trastornos específicos mixtos del desarrollo	58
	5	Problemas relacionados con dependencia del prestador de servicios	56
	6	Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad	48
	7	Nocardiosis	45
	8	Otras mononeuropatías	44
	9	Otras infestaciones	39
	10	Trastorno del humor [afectivos] persistentes	37

Fuente: Egresos y días de estancia hospitalaria según diagnóstico. Nivel nacional. EsSalud, 2015-2017.

También están incluidas las enfermedades infecciosas crónicas, los problemas mentales, las secuelas de la desnutrición, las neuropatías y las lesiones autoinfligidas.

En el siguiente cuadro se presenta la información sobre dos grupos de egresos de enfermedades de elevada prevalencia: el cáncer y las enfermedades del aparato circulatorio.

Cuadro 90.

EsSalud: Total y porcentaje de egresos hospitalarios por grupos de diagnóstico I y C, 2015-2017

Grupo	2015		2016		2017	
	N° de egresos	% de egresos totales	N° de egresos	% de egresos totales	N° de egresos	% de egresos totales
Grupo CIE-10, C-Cáncer	27,493	4.6	28,513	4.8	30,023	4.9
Grupo CIE-10, I-Sistema circulatorio	25,255	4.3	25,986	4.4	25,055	4.1

Fuente: Egresos y días de estancia hospitalaria según diagnóstico. Nivel nacional. EsSalud-2015-2017.

Para ambos grupos corresponden una proporción similar de egresos del 4.6%, 4.8% y 4.9% y 4.3%, 4.4% y 4.1% para el cáncer y el sistema circulatorio, respectivamente, para el periodo del 2015 al 2017.

Las principales conclusiones en torno al desempeño hospitalario se resumen de la siguiente forma:

- La implementación de redes prestacionales tiene gran potencial para mejorar la atención y poder contar con una experiencia de prestación en red de servicios.
- La relación de camas/población es heterogénea, con amplia variabilidad en la tasa de camas por 1,000 adscritos.
- La disminución de camas en las redes de Almenara, Rebagliati y Sabogal es probable que se deba al traslado de centros a la nueva modalidad de organizaciones prestacionales, que llegan a sumar cerca de 2,500 camas.
- Hubo, sin embargo, disminuciones importantes en cuanto a la relación camas/ población en las redes de Moyobamba y Huancavelica, que deberán explicarse al analizarse la dinámica de la red.
- La ocupación hospitalaria promedio ha disminuido entre los años estudiados, lo cual indica que se cuenta con mayor holgura en la disponibilidad de camas. Llama la atención la red de Amazonas, que tuvo una disminución al 67% de ocupación.
- En la estancia promedio hubo también una importante heterogeneidad entre las redes, que se puede explicar por la diferencia entre los tipos de hospital y consecuentemente en el *case mix* (diversidad de pacientes).
- Al considerar el intervalo de sustitución como un indicador de eficiencia, se debe llamar la atención que en el 2011 no pasó de un día; sin embargo, para el año 2017 hubo una mayor variabilidad y en las redes de La Libertad, Amazonas, Rebagliati, Huancavelica y Tumbes se sobrepasó el día. Es decir, ha disminuido la eficiencia en el uso de la cama.
- El rendimiento de la cama en las redes también tuvo una amplia variabilidad. Algunas disminuyeron su rendimiento de forma importante, entre las que destacan Moyobamba, Tarapoto, Ucayali, Loreto, Amazonas, Áncash y La Libertad.
- La mortalidad en las primeras 48 horas tuvo una amplia variabilidad y su promedio disminuyó en 8 p.p. en relación con el del 2011. Llamen la atención los valores elevados de las redes de Ica, Tacna, Ucayali y Áncash. Algunas como Rebagliati, Madre de Dios, Sabogal, Loreto, Lambayeque, Tarapoto y Pasco presentaron un incremento en el 2017 en relación con el 2011. Para algunos de estos hospitales, la diferencia podría deberse a que son pequeños y cuentan con relativamente

pocos egresos, por lo que unas pocas defunciones pueden significar un importante incremento. En el caso del Hospital de Huancavelica como valor extremo, es posible que las causas de su comportamiento deban ser analizadas a nivel individual por apartarse de manera considerable del patrón observado en el resto de hospitales.

- La mortalidad promedio luego de las 48 horas de haber ingresado disminuyó en el 2017 en 11 p.p. en relación con el 2011. Si bien hay gran variabilidad, redes como Lambayeque, Tacna, Junín, La Libertad, Cusco, Ica, Áncash, Moquegua, Cajamarca, Ucayali, Huancavelica, Tarapoto, Pasco, Huánuco, Apurímac y Madre de Dios incrementaron la tasa de mortalidad en el periodo.
- El indicador de reingreso fue también ampliamente variable, con un moderado incremento de 9 p.p. entre el 2011 y el 2017. Las redes de Loreto, Puno, Cajamarca, Moquegua, Ucayali, Áncash y La Libertad tuvieron un marcado incremento en el 2017.
- El INCOR tuvo para el año 2017 3,366 egresos, lo que para una población de 11,141.726 adscritos, representa una tasa de 30.2 casos por 100,000 habitantes adscritos. Comparado con los 11,500 diagnósticos de patologías cardiovasculares para ese año, se concluye que al INCOR le está correspondiendo una tercera parte de los egresos. Los indicadores de utilización de cama muestran que fue un centro eficiente en 2017 en comparación con otros establecimientos y con lo observado en 2011.
- Un conjunto de 15 diagnósticos cubrió el 40% de los egresos entre los años 2015-2017. Entre ellos predominaron los relacionados con la atención materno-infantil, también llama la atención que varios de estos corresponden a códigos de “no especificados”, lo que puede indicar limitaciones en la clasificación de los egresos. Entre estos primeros diagnósticos no se encuentran las principales causas de mortalidad, que correspondieron a enfermedad cardiovascular, cáncer, cerebrovascular y pulmonar. Llama la atención la presencia de enfermedades infecciosas crónicas.
- Las causas externas como lesiones o efectos iatrogénicos consumieron una importante cantidad de días-paciente, con estancias que oscilaron entre uno y seis meses.
- Padecimientos como el cáncer y las enfermedades del sistema circulatorio representaron un poco más del 4% de los egresos totales, rondando los 55,000 egresos para el año 2017.

Recomendaciones

- Dado que el alcance del análisis presentado en este reporte comprende a las redes en su totalidad, es necesario efectuar estudios pormenorizados dentro de las redes con el fin de valorar el comportamiento de cada uno de los hospitales. Si bien esta es una tarea que realiza EsSalud con la evaluación periódica, un estudio *ad hoc* podría ofrecer información más detallada de la problemática hospitalaria.
- En este apartado se analiza solamente de manera general la situación hospitalaria; sin embargo, una evaluación de la red, en la que se analice la interacción del ámbito ambulatorio con el hospitalario bajo los principios de operación de la red, en especial al tener el paciente como centro de la atención, ofrecería conclusiones que permitirían conocer con mayor detalle los retos para la implementación de la red de atención.
- Realizar investigaciones dentro de la red permitirá explicar la heterogeneidad del comportamiento de los indicadores de utilización de las camas.
- Las causas externas como las caídas representan largas estancias, por lo que se recomienda la implementación de estrategias de prevención y seguridad para evitar accidentes.
- Así mismo, las complicaciones iatrogénicas representan un importante conjunto de días-paciente, por lo que se recomienda el análisis detallado de las causas de las complicaciones para definir estrategias de prevención.
- Redes como Amazonas, Huancavelica, Tacna y Cusco, entre otras, requieren una evaluación más integral y prioritaria, dado que presentan valores alejados de los promedios en varios de los indicadores.

10.

Organización institucional y desempeño administrativo

10.1 Estructura de la Organización

Tal y como establecen sus estatutos constitutivos, EsSalud es un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (artículo 1, Ley N° 27056). Además, de conformidad con el artículo 39° de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, EsSalud es una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social.

De acuerdo con sus objetivos, EsSalud tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

Como estipulan sus lineamientos estratégicos, su visión y misión son las siguientes:

Visión:

“Ser líder en Seguridad Social de Salud en América Latina, superando las expectativas de los asegurados y de los empleadores en la protección de su salud y siendo reconocida por su buen trato, con una gestión moderna y a la vanguardia de la innovación”. (página web de EsSalud)

Misión:

“Somos una entidad pública de Seguridad Social de Salud que tiene como fin la protección de la población asegurada brindando prestaciones de salud, económicas y sociales con calidad, integralidad, eficiencia y buen gobierno corporativo, colaborando con el Estado Peruano en alcanzar el Aseguramiento Universal en Salud”. (página web de EsSalud)

Las prestaciones de salud que brinda EsSalud están basadas en el cumplimiento de los principios de solidaridad, universalidad, igualdad, unidad, integralidad y autonomía.

La estructura orgánica de EsSalud considera los órganos y las unidades orgánicas hasta el cuarto nivel organizacional, la que se establece para el cumplimiento de los fines y objetivos de la institución. La estructura orgánica actual de EsSalud se aprobó el 31 de diciembre del 2014 mediante Resolución N° 656-PE-ESSALUD-2014 y su última modificación se realizó en febrero del 2018. El organigrama actual de EsSalud se presenta en el Anexo 6.

Órganos de Alta Gerencia

De acuerdo con la estructura actual, la Alta Gerencia de EsSalud está compuesta por el Consejo Directivo, la Presidencia Ejecutiva y la Gerencia General.

- El Consejo Directivo es el órgano que se encarga de establecer la política institucional y supervisar su aplicación. Está compuesto por tres representantes del Estado, tres representantes de los empleadores y tres representantes de los asegurados, de acuerdo con lo que señala la Ley de Creación de EsSalud.
- La Presidencia Ejecutiva es el órgano de la Alta Dirección a cargo del Presidente Ejecutivo, quien se constituye en la máxima autoridad ejecutiva del Seguro Social de Salud, preside el Consejo Directivo y ejerce la conducción general de los órganos centrales y desconcentrados de la institución.
- La Gerencia General es el órgano de la Alta Dirección, que se encuentra a cargo del Gerente General, quien se constituye en la máxima autoridad administrativa del Seguro Social de Salud-EsSalud, depende de la Presidencia Ejecutiva y se encarga de dirigir, coordinar y supervisar el funcionamiento de la institución, propiciando el logro oportuno, eficaz y eficiente de los objetivos y las metas de la institución.

Órgano de Control

- Es el órgano conformante del Sistema Nacional de Control, encargado de realizar el control gubernamental en EsSalud de conformidad con la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y demás disposiciones normativas del Sistema Nacional de Control. Su objetivo es la correcta y transparente gestión de los recursos y bienes de EsSalud, cautelando la legalidad y eficiencia de sus actos y operaciones, así como los resultados de su desempeño, mediante la ejecución de servicios de control y servicios relacionados, para el cumplimiento de los fines y las metas institucionales. Depende funcional y jerárquicamente de la Contraloría General de la República y administrativamente de EsSalud.

Órganos de apoyo y de asesoramiento de la Alta Gerencia

- Secretaría General.
- Oficina de Relaciones Institucionales.
- Oficina de Gestión de la Calidad.
- Oficina de Cooperación Internacional.
- Oficina de Defensa Nacional.

Órganos de Administración Interna y Asesoramiento

- Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto.
- Gerencia Central de Asesoría Jurídica.

Órganos de Administración Interna-Apoyo

- Gerencia Central de Atención al Asegurado.
- Gerencia Central de Gestión de las Personas.
- Gerencia Central de Gestión Financiera.
- Gerencia Central de Logística.

- Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones.
- Gerencia Central de Proyectos de Inversión.
- Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones.

Órganos de Línea

- Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas.
- Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
- Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad.
- Gerencia Central de Operaciones.

Órganos Desconcentrados

- Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI).
- Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (CEABE).
- Red Prestacional para Urna y Callao.

Órganos Prestadores Nacionales

- Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR).
- Hospital Nacional.
- Centro Nacional de Salud Renal (CNSR).
- Centro Nacional de Telemedicina (CENATE).
- Gerencia de Procura y Trasplante.
- Gerencia de Oferta Flexible.

10.1.1 Macroprocesos en EsSalud

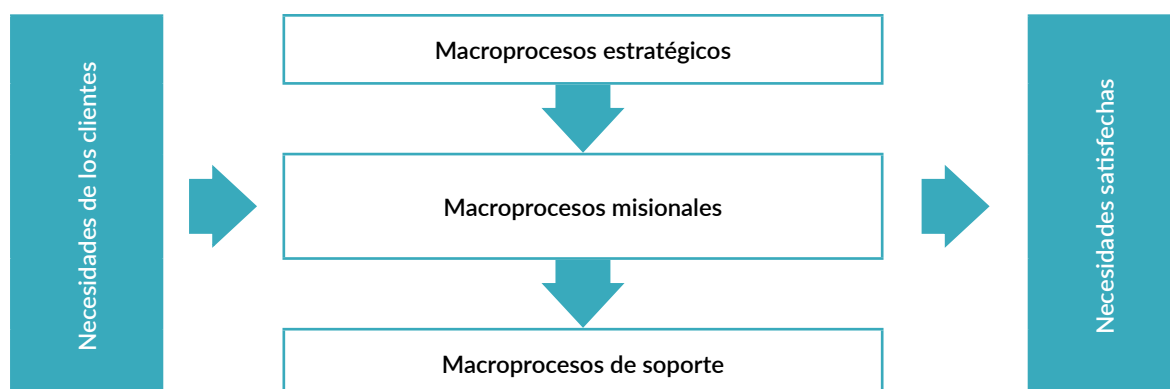
Los procesos en toda organización están vinculados con los objetivos de gestión institucional y con los resultados esperados. Específicamente, en EsSalud pueden ubicarse tres dimensiones para los procesos: estratégicos, misionales y de soporte, de tal forma que:

- Los procesos estratégicos atenderán directrices para la gestión institucional, estableciendo guías que permitan la consecución de los objetivos mediante las estrategias corporativas. Estos procesos establecen los planes estratégicos, operativos y de inversión, así como los vinculados con la ciencia y tecnología de la salud.
- Los procesos misionales derivan de la misión de EsSalud, impactando directamente sobre la satisfacción del usuario de los servicios asistenciales.
- Los procesos de soporte son aquellos que derivan de los recursos logísticos, humanos, financieros y otros.

Los macroprocesos de EsSalud, por tanto, están constituidos por un conjunto de procesos entrelazados mediante los cuales se alcanza un objetivo. Por su parte, el mapa de macroprocesos constituye una herramienta de carácter técnico que representa y define la relación entre diferentes procesos que EsSalud genera para la prestación de los servicios asistenciales de salud.

Los macroprocesos de EsSalud se relacionan de la siguiente forma:

Figura 5.
Interrelación de los procesos de EsSalud



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Todos responden a la satisfacción de las necesidades de los clientes bajo diferentes dimensiones. No obstante, tanto el diseño como la ejecución de la estrategia requieren de un norte específico determinado por la misión de la institución. Asimismo, las actividades de soporte van dirigidas a cumplir con los objetivos institucionales de forma eficiente y eficaz. En detalle, cada uno de los macroprocesos está conformado de la siguiente manera:

a. Macroprocesos estratégicos

Los macroprocesos estratégicos proporcionan las directrices para la gestión institucional, suministrando las guías para la consecución de los objetivos y las metas asignadas. En el caso particular de EsSalud, estos procesos cuentan con cinco componentes:

Cuadro 91.
EsSalud: Componentes de los macroprocesos estratégicos

Proceso	Subprocesos	Propósito
Planeamiento	20	Diseño de lineamientos, políticas, objetivos y estrategias institucionales.
Diseño	9	Definen la arquitectura organizacional.
Gestión de información	12	Generación de información para la toma de decisiones de la Alta Gerencia.
Gestión de la calidad	17	Promoción e implementación de la calidad en las dependencias.
Investigación	6	Gestión de la innovación e investigación.

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

b. Macroprocesos misionales

Los macroprocesos misionales son los que impactan directamente sobre la satisfacción de las necesidades y expectativas de los asegurados, sus derechohabientes y otros clientes. Los macroprocesos misionales en EsSalud cuentan con los siguientes componentes:

Cuadro 92.
EsSalud: Componentes de los macroprocesos misionales

Proceso	Subprocesos	Propósito
Aseguramiento	7	Garantizar el derecho de cobertura del asegurado y/o derechohabiente.
Gestión de usuarios	9	Otorgamiento de información y orientación al asegurado. Atención de reclamos.
Recaudación	16	Recaudación de las contribuciones, los aportes y otros ingresos.
Gestión de recursos financieros	3	Manejo de los recursos financieros para el cumplimiento de los objetivos institucionales.
Compra de prestaciones	9	Compra de prestaciones de salud y sociales para satisfacer la demanda de la población.
Prestaciones de salud	21 servicios	Atención integral de la salud mediante la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.
Prestaciones sociales	29	Rehabilitación profesional para las personas discapacitadas aseguradas y en edad productiva. Desarrollo de programas para grupos vulnerables y otros.
Prestaciones económicas	6	Suministro de subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y sepelio.

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

c. Macroprocesos de soporte

Estos procesos suministran los recursos logísticos, humanos, financieros y otros que necesiten los procesos de EsSalud. Este macroproceso está formado por ocho macroprocesos fundamentales para facilitar la provisión de los recursos que requiere el desarrollo de los procesos misionales.

Cuadro 93.
EsSalud: Componentes de los macroprocesos de soporte

Proceso	Subprocesos	Propósito
Gestión logística	28	Programación, adquisición, almacenamiento y distribución de bienes y servicios.
Gestión financiera	33	Formulación y ejecución del presupuesto, procesos contables y colocaciones financieras.
Gestión de las personas	28	Gestión y desarrollo de los recursos humanos.
Gestión de Tecnologías de la Información	24	Implementar soluciones de tecnologías de la información y comunicaciones.
Gestión de comunicación y documentaria	28	Relaciones interinstitucionales con actores nacionales o internacionales. Relaciones públicas.
Gestión de proyectos de inversión	18	Creación, ampliación, mejora o recuperación de la capacidad productiva.
Asuntos jurídicos y legales	5	Defensa jurídica de la institución.
Gestión de emergencias y desastres	9	Prevención, gestión de riesgos y movilización de recursos ante desastres naturales, emergencias declaradas y alertas sanitarias.

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Valoración de los clientes sobre los servicios no clínicos de EsSalud

La Gerencia Central de Atención al Asegurado es el órgano de apoyo, responsable de conducir el sistema de gestión de atención al asegurado de EsSalud, en todas las plataformas de atención a nivel nacional, tanto presenciales como no presenciales, de acuerdo con los objetivos de nivel de servicio definidos por la institución. Esta dependencia es la encargada también de monitorear el nivel de satisfacción del asegurado respecto a las prestaciones de salud, económicas y sociales que brinda la institución.

Dentro de las funciones que se le han destinado, destaca la de atender y canalizar la insatisfacción de los asegurados y usuarios, respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas o recibidas de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), las IPRESS y/o prestaciones económicas y sociales de EsSalud, con el propósito de facilitar soluciones inmediatas para recuperar la satisfacción y la protección derechos de los asegurados.

De acuerdo con el Informe de Gestión de las Solicitudes de Intervención, cuyas estadísticas estuvieron disponibles en el portal web de EsSalud hasta noviembre del 2016, los canales para la presentación de solicitudes de intervención son de tipo presencial, por medio del libro de reclamaciones, solicitudes en el portal de EsSalud y mediante contacto telefónico. Tomando en consideración el total de solicitudes recibidas durante los once primeros meses del 2016, en promedio el 65% se canalizan a la Gerencia Central de Atención al Asegurado de forma presencial. El porcentaje restante se canaliza principalmente por medio del libro de reclamaciones (alrededor del 16%). En promedio, se reciben alrededor de 11,000 solicitudes de intervención al mes, de las cuales el 58% corresponden a reclamos, un 22% a consultas, un 20% a peticiones y el porcentaje restante a sugerencias. El número más elevado de solicitudes mensuales se reciben en el Hospital Nacional Rebagliati, la sede central de AFESSALUD, la Red Desconcentrada Sabogal, la Red Asistencial de Arequipa y la Red Desconcentrada Almenara, las cuales concentran cerca del 55% del total de intervenciones solicitadas.

Dentro del total de reclamos, los más frecuentes se refieren a la negativa de servicio o no obtención de citas (20% del total), a la demora en la atención por citas no oportunas (10%) y a la demora en la prestación de servicios de salud (5%). El porcentaje restante es diverso, pero relacionado con la calidad de atención y el acceso a los servicios.

El Hospital Nacional Rebagliati es el centro de asistencia que recibió la mayor cantidad de reclamos en promedio durante el 2016. En el ámbito nacional, el área de consulta externa concentró el 66% de los reclamos recibidos principalmente por aquellos dirigidos a medicina general. El porcentaje restante se concentró en el área administrativa, en el área de ayuda al diagnóstico y en emergencias.

En lo que se refiere a los petitorios, la mayor concentración se ubicó en el Hospital Nacional Rebagliati, en la Red Desconcentrada Sabogal y en la Red Asistencial de Arequipa. La temática más frecuente fue el apoyo para la obtención de citas adicionales, el adelanto de citas por motivos excepcionales y los trámites administrativos. Estos rubros concentraron alrededor del 70% de los petitorios mensuales.

De total de consultas no clínicas, el 43% se concentraron en AFESSALUD y en el Hospital Nacional Rebagliati. Las consultas más frecuentes fueron sobre aseguramiento, sobre acceso a las prestaciones económicas, a prestaciones de salud y sobre citas.

Cabe señalar que el mayor número de sugerencias mensuales se recibieron en la Red Asistencial de Moquegua, el Hospital Nacional Rebagliati y la Red Asistencial La Libertad. Dichas sugerencias giraron en torno a recomendaciones sobre el funcionamiento y el acceso de las prestaciones de salud y al trato a los asegurados.

Por último, es importante señalar que en la Encuesta Virtual de Satisfacción realizada de enero a marzo del 2016 por las Gerencias de Acceso y Acreditación del Asegurado y la Gerencia Central de Seguro y Prestaciones Económicas se obtuvieron algunos resultados interesantes que complementan lo que en promedio ingresa como solicitudes de intervención en los diferentes centros de atención de salud de EsSalud.

La encuesta se realizó a 170,502 personas, de las cuales 140,666 se abordaron en Lima. El porcentaje restante fue una muestra en provincias. Entre los principales resultados destacan los siguientes:

- Un 2.63% de los encuestados abandonaron las plataformas de atención en Lima sin ser atendidos. En provincias dicho abandono fue de un 19%.
- En Lima, el 4.23% de los encuestados consideraron que la atención era regular o mala. En provincias este porcentaje se incrementó hasta el 6.7%.

Cabe señalar que otras fuentes de evaluación incorporadas en las matrices consolidadas de evaluación del desempeño 2012-2015 también consideran que hay bastante margen de mejora en los tiempos de espera máximos utilizados en la atención de los asegurados en los centros de asistencia de salud.

Retos para mejorar la gestión institucional en EsSalud

La gestión institucional en EsSalud se ha realizado bajo una serie de lineamientos estratégicos que pretenden brindar servicios integrales con altos estándares de calidad y seguridad, fortalecer la atención a la población más vulnerable, humanizar la atención al asegurado, desarrollar la gestión con transparencia, eficiencia, compromiso, rendición de cuentas y aplicación de prácticas de buen gobierno corporativo. También se aspira a recuperar la confianza de los asegurados, las empresas, los colaboradores, los proveedores y los agentes participantes del sistema logístico e instituciones estratégicas.

Desde el replanteamiento de dichos lineamientos estratégicos en el 2012, la institución ha logrado superar los problemas históricos de embalse en los servicios de salud, reestructurar la organización para hacerla más sólida, eficiente y moderna, iniciando una política de humanización para recobrar la confianza de los asegurados en el Seguro Social de Salud.

Resultado del esfuerzo institucional, existen mejoras evidentes en la reducción progresiva del diferimiento de citas y el desembalse de cirugías a través de la ampliación de la oferta de atención en el nivel primario mediante convenios con clínicas privadas. También se han reducido los tiempos de espera y se trata de brindar una atención de calidad con calidez, y se ha mejorado el abastecimiento de medicamentos. Como parte del fortalecimiento del primer nivel de atención, se amplió la oferta a 500,000 afiliados en los dos modernos hospitales ubicados en el Callao y Villa María del Triunfo constituidos bajo la modalidad de APP y se disminuyó el tiempo de espera por citas especializadas.

No obstante, de cara al futuro, EsSalud debe realizar esfuerzos significativos para enfrentar algunos retos de su gestión institucional:

1. El Informe de Diagnóstico de la Comisión Reorganizadora en el 2013 identificó una serie de retos pendientes referidos a la organización de EsSalud, considerando que hay espacios de mejora para reducir la densidad de procesos y la fragmentación. Asimismo, consideró que hay espacios para avanzar en la separación de funciones de las IAFAS y las IPRESS. Se debería ahondar sobre las áreas comunes que existirían con el fin de evaluar la duplicidad de funciones y se debe tener en cuenta que podrían perderse algunos niveles de ahorro que generan las economías de escalas.
2. El *Estudio financiero actuarial* del 2015 considera que existe una brecha crítica en el manejo y la calidad de recursos humanos en la institución. Aún existen oportunidades de mejora en el desarrollo de indicadores de desempeño.
3. El Plan Maestro al 2021 elaborado en el 2016 considera que existen ausencias en las políticas de seguridad de la información, brechas considerables en infraestructura y equipamiento, así como una inversión pendiente en sistemas de información, que están fragmentados y obsoletos.
4. En materia de financiamiento, el *Estudio financiero actuarial* del 2015 considera la existencia de una brecha de financiamiento de los principales proyectos de inversión y una limitada gestión de riesgos. Asimismo, señala que se debe avanzar en la elaboración de estudios de siniestralidad en cada uno de los seguros.
5. El Informe de la Comisión Reorganizadora del 2013 y el *Estudio financiero actuarial* del 2015 señalan una desarticulación entre planeamiento y la ejecución del presupuesto histórico, una escasa inversión en los años recientes y una asignación de recursos por oferta y no por demanda. Adicionalmente, indican una ausencia de modelos y sistemas de costos. De acuerdo con el Informe de la Comisión Reorganizadora del 2013, aún hay falta de continuidad en los niveles de atención, un incipiente desarrollo del nivel de atención del primer nivel e insatisfacción de los asegurados.

Por último, tal y como señala el *Plan Estratégico Institucional 2017-2021*, EsSalud debe afrontar una serie de retos relacionados con el envejecimiento poblacional, la elevada demanda de atención de enfermedades crónicas transmisibles y con intervenciones de alto costo. También indica la ausencia de una gestión efectiva de la demanda de atención que ha impedido la reducción de listas de espera y de los días efectivos para citas de atención, la limitada atención a las necesidades de inversión y los riesgos asociados con la sostenibilidad financiera de la institución.

10.1.2 Evaluación de desempeño administrativo

En la presente sección se analizan los indicadores de desempeño de EsSalud disponibles para el periodo 2012-2016. Dichos indicadores se encuentran agrupados en siete procesos diferentes. En cada uno de estos procesos, las autoridades pertinentes de EsSalud han establecido una serie de metas anuales. En el presente análisis se incluye un contraste de dichas metas y los valores reales observados. Para lo anterior, se asigna el color verde a los resultados que se encuentran dentro de los parámetros esperados. Caso contrario, cuando los resultados no cumplieron con las metas establecidas, se asigna el color gris a las celdas.

El proceso atención al usuario de aseguramiento se mide a través de varios indicadores a nivel de agencia de EsSalud. En el siguiente cuadro se muestran los resultados de dichos indicadores para el periodo 2012-2016. A nivel general se observa que el desempeño de los indicadores se encuentra dentro de las metas establecidas.

El primer indicador, control de calidad del registro, hace alusión al porcentaje de transacciones observadas con respecto al total de transacciones. La única agencia que no cumplió durante todo el periodo con el parámetro de evaluación establecido es JM, esto se registró en el 2016. Las agencias que presentaron una evolución favorable del indicador son SM y CMS, las cuales registran porcentajes menores a lo largo del periodo. Al contrario, SI, JM y CO incrementaron dicho indicador.

El segundo indicador es el control de colas para atenciones sin citas. Como puede observarse, existen diferencias entre agencias incluidas en el análisis. Las agencias JM y SI son las que reportaron los mayores tiempos promedios máximos de espera y atención. Además, dichas agencias presentaron periodos fuera de la meta establecida, que para JM fue menor o igual a 30 minutos y para SI menor o igual a 45. Pese al buen desempeño global de este indicador, se observa que tendió a incrementarse en varias de las agencias (SM, SI, CO y CMS).

Por último, el indicador reclamos es el porcentaje de reclamos resueltos con plazo de vencimiento del total de reclamos con plazo de vencimiento. Con excepción de SM, todas las agencias expuestas cumplieron con la meta del indicador. Sin embargo, SM presentó el valor fuera de la meta al inicio del periodo y luego se recuperó hasta alcanzar un 100% en el 2016. Las agencias JM y SJL también presentaron tendencias positivas en el indicador. Se destaca que CO alcanzó un 100% de reclamos resueltos en todo el periodo.

Es relevante mencionar que, pese a que contar con información desagregada por agencia permite una evaluación de desempeño mucho más desagregada, no disponer de la información de todas las agencias que componen EsSalud limita el análisis comparativo. Por esto, es recomendable continuar con los esfuerzos realizados y aplicar nuevos esfuerzos que permitan el registro de los indicadores desagregados en cada una de las agencias de EsSalud.

Cuadro 94.

EsSalud: Indicadores seleccionados del proceso de atención al usuario de aseguramiento, 2012-2016

Agencia	Indicador	Meta	Resultados				
			2012	2013	2014	2015	2016
CMS	Control de calidad del registro (altas, bajas y cambios) ^{1/}	2012: menor del 5% 2013-2014: menor al 3% 2015: menor del 1% 2016: menor del 0.5%	n. d.	0.02%	0%	0%	0%
CO			0.26%	0.10%	0.10%	0.12%	0.13%
JM			n. d.	0.21%	0.09%	0.11%	0.68%
SM			0.23%	0.06%	0.03%	0%	0%
SI			n. d.	n. d.	0.01%	0.02%	0.22%
CMS	Control de colas para las atenciones sin citas	Menor o igual a 30 minutos	n. d.	16.06	20.74	17.09	24.76
CO			20.78	17.01	18.82	20.05	22.71
JM			n. d.	35.31	27.91	37.46	37.79
SJL			n. d.	23.49	21.68	19.31	19.45
SM			19.67	22.63	24.67	27.98	29.71
SI		Menor o igual a 45 minutos	n. d.	n. d.	34.39	42.38	47.64

Agencia	Indicador	Meta	Resultados				
			2012	2013	2014	2015	2016
CMS	Reclamos	2012-2015: mayor o igual al 80% 2016: Mayor o igual al 85%	n. d.	97%	100%	89%	100%
CO ^{2/}			100%	100%	100%	100%	100%
SM ^{3/}			64%	93%	89%	97%	100%
JM			n. d.	93%	99%	97%	100%
SJL			n. d.	92%	100%	100%	100%

Nota: se incluyeron aquellas agencias que cuentan con tres o más periodos de registro del indicador.

^{1/}Se registra a partir de marzo de 2012.

^{2/}En el 2012 se registran los indicadores para los últimos dos meses del año.

^{3/}En el 2012 se registran los indicadores a partir de julio.

Fuente: EsSalud.

El proceso de atención del usuario de aseguramiento también se mide a nivel global, a través del indicador central de soporte y apoyo. Este indicador hace alusión al porcentaje de consultas de casos resueltos del total de casos presentados. Se denota una clara tendencia al alza en dicho indicador en el periodo analizado. Aunado a lo anterior, se destaca que esta medición se encuentra por encima de los parámetros meta establecidos como parte de su evaluación y seguimiento. Debe considerarse la definición de nuevas metas en el indicador, esto respaldado en su buen desempeño. Con lo anterior, se podrían sentar las bases de un mayor compromiso institucional con la consecución de los niveles actuales del indicador en periodos futuros.

El segundo proceso hace referencia a la formulación de políticas, objetivos y revisión por la Dirección. En dicho proceso se da seguimiento al programa de objetivos de calidad y a los acuerdos del informe de revisión por la Dirección. El primer indicador, alusivo al porcentaje de objetivos del programa de objetivos de calidad que se alcanzan, mostró un buen desempeño en el periodo 2012-2016. Todos los valores registrados fueron mayores a la meta establecida. Se denota una evolución positiva en el periodo 2013-2015, pero al cierre del periodo el porcentaje registrado (80%) fue incluso menor que el del 2012 (83.33%). Como mejora en el indicador sería relevante incluir una dimensión temporal que indique si el cumplimiento de estos objetivos se está dando dentro de un plazo prudencial o previamente definido dentro del programa de objetivos y calidad.

Un caso similar se registra en el número de acuerdos del informe de revisión por la Dirección. Los resultados de este indicador se encuentran sobre la meta anual. Se observa una evolución positiva en el indicador al 2015 (92.29%) con relación al inicio del periodo (80%). Sin embargo, en el 2013 se logró alcanzar un valor del 100% en dicho indicador y los resultados posteriores fueron menores.

El proceso seguimiento, análisis y mejora está compuesto por seis indicadores. El primero de estos hace referencia a la entrega oportuna del informe de seguimiento de objetivos de la calidad. En el 2012 la meta establecida no se cumplió. Sin embargo, en el periodo 2013-2015 los resultados de este indicador se ubicaron dentro de los parámetros meta con un incremento significativo en el 2015 al situarse en 29 días calendario.

El informe de satisfacción del usuario no cumplió con las metas establecidas en el inicio y cierre del periodo, registrando 46 y 33.75 días de atraso de acuerdo con la fecha programada, respectivamente. En los años 2013 y 2014, este indicador se ubicó dentro de los parámetros meta con 21 y 17 días de atraso, respectivamente.

El tercer indicador del proceso seguimiento, análisis y mejora hace alusión al informe oportuno de auditoría interna y reportes de sociedades anónimas cerradas (SAC). Este indicador se mide como la diferencia en días de la fecha de presentación del informe y la fecha de reunión de cierre. Si bien tuvo un buen desempeño en la mayoría del periodo, mostró una tendencia de aumento de días en el periodo 2013-2015. En el segundo periodo del 2015, el resultado del indicador se alejó de la meta establecida, ubicándose en 33.75 días calendario.

El indicador atención de los servicios no conformes registra el porcentaje de servicios no conformes que no se han atendido con respecto al total de servicios no conformes presentados. Los resultados registrados de este indicador señalan que ninguno de los servicios no conformes que se han presentado ha quedado sin atender. Es relevante recalcar que, pese a que se denota un excelente desempeño en este indicador, es recomendable incluir dentro de este otros parámetros que permitan reflejar con mayor exactitud el estado de la disconformidad en los servicios. Dentro de estos parámetros, sería conveniente incluir, por ejemplo, el tiempo de respuesta de la atención de tales disconformidades.

El indicador de cierre de SAC de acuerdo con plazos registró un buen desempeño en el periodo 2012-2015. Aunado a lo anterior, dicho indicador contabilizó porcentajes de SAC atrasados con respecto al total que fueron cada vez menores en el periodo analizado. Además de medir el porcentaje de SAC con rezago, otro indicador que reforzaría la medición del desempeño en esta área es el promedio de rezago en días de las SAC que se encuentran atrasados.

Por último, el sexto indicador dentro de este proceso es la presentación de los informes de desempeño. Este indicador muestra un detrimento a lo largo del periodo analizado, lo que implica que a partir del 2015 el indicador no cumplió con las metas establecidas. Sin embargo, luego de registrarse un gran atraso en la entrega de dichos informes de acuerdo con su programación en el 2015 (134.5 días), en el 2016 se redujo el atraso significativamente a 10.75 días.

El tercer proceso, denominado sistemas de información, se conforma por el indicador porcentaje de registros inconsistentes del total enviados por la SUNAT. Con excepción del 2012, en todo el periodo el indicador cumplió con las metas establecidas. El proceso de gestión documentaria se mide a través de la oportunidad de publicación como los días promedio que transcurren entre la aprobación del documento y su publicación en la intranet. Positivamente, en todo el periodo se cumplió con los parámetros meta, con promedios anuales muy por debajo de dicho valor esperado (10 días). Sin embargo, al cierre del periodo analizado, se registró un valor mayor al inicio del periodo: 4 días contra 1.62 días, respectivamente.

Los buenos resultados del indicador anteriormente expuesto sugieren que existe una alta capacidad institucional para su consecución satisfactoria. Por eso es relevante considerar la reducción de la meta establecida de manera que se genere un mayor compromiso para mantener los niveles registrados en el periodo. Además, se debe valorar la inclusión de otros indicadores que permitan visualizar etapas posteriores a la identificación de registros inconsistentes.

Con relación al proceso de administración de personas, se destaca que los dos indicadores que lo conforman cumplen a cabalidad con las metas establecidas. El primer indicador hace referencia al cumplimiento de plazos en los requerimientos de contratación de personal, cumplimiento que alcanzó el 100% en la mayoría de los años del análisis. Pese a que la meta establecida (95%) parece estar en un nivel pertinente, eventualmente puede revisarse al alza con el objetivo de reforzar el compromiso con su cumplimiento.

El segundo indicador, alusivo al cumplimiento del cronograma de actividades de capacitación, no registró brechas entre las fechas de ejecución y las fechas programadas. Sin embargo, resultaría enriquecedor incluir algún indicador que midiera no solo la etapa inicial de dicho proceso, sino también los resultados de la realización de las capacitaciones de personal.

Por último, el sexto proceso de provisión de recursos tuvo un desempeño favorable durante todo el periodo. Dicho indicador mostró una tendencia al alza, la cual se marcó con más fuerza en el periodo 2012-2013, cuando pasó del 81% al 96% de requerimientos cumplidos antes de los 30 días calendario. Dicho indicador hace mención al porcentaje de requerimientos atendidos antes de 30 días con relación al total de requerimientos atendidos y no atendidos en ese plazo. Como se puede observar, esta medida fue mayor del 80% en todos los años e incluso llegó al 98% al cierre del periodo.

En términos generales, se observa un panorama favorable de los indicadores establecidos. Pese a esto, es recomendable hacer un análisis que implique tanto la definición de los indicadores como el establecimiento de las metas que permiten evaluarlos. La evaluación de una buena gestión requiere medir los procesos emprendidos por las diferentes unidades de trabajo, ya sean estratégicas u operativas, en niveles más allá de los iniciales e intermedios. Por esto resulta necesaria la revisión periódica de las metas establecidas. De esta manera se incentiva la aplicación de una evaluación dinámica de los indicadores, acorde a su evolución de las capacidades de gestión y operativas dentro de EsSalud.

Cuadro 95.
EsSalud: Indicadores de desempeño según proceso, 2012-2016

Proceso	Indicador	Meta	Resultados								
			2012		2013		2014		2015		2016
Atención del usuario de aseguramiento	Central de soporte y apoyo	Mayor o igual al 70%	87%		97%		97%		99.75%		n. d.
Formulación de políticas, objetivos y revisión por la Dirección	Seguimiento al programa de objetivos de la calidad	Mayor o igual al 80%	83.33%		80%		90%		100%		80%
	Seguimiento a los acuerdos del informe de revisión por la Dirección	Mayor o igual al 80% al final del año	80%		100%		85.7%		92.29%		n. d.
Seguimiento, análisis y mejora	Informe oportuno de seguimiento de objetivos de la calidad	No menor a 8 días calendario	1	6	8	8	8		29		n. d.
	Informe de satisfacción del usuario	Menor o igual a 30 días calendario	46		21		17		N.R		33.75
	Informe oportuno de auditoría interna y reportes de SAC	Menor o igual a 9 días calendario	5	7	1	2	3	6	8	40	n. d.
	Atención de los servicios no conformes	Menor o igual al 10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	n. d.
	Cierre de SAC de acuerdo con plazos	Menor o igual al 10%	5.96%		7.75%		4.83%		4.00%		n. d.
	Informes de desempeño de procesos oportuno	Menor o igual a 10 días calendario	6.5		9.42		9.92		134		10.75
Sistemas de información	Registro de la SUNAT que resulta inconsistente de la evaluación realizada por EsSalud en cada periodo	Menor o igual al 3.7% en 2012 y 2013 Menor o igual al 4.6% en 2014, 2015 y 2016	3.81%		3.26%		4.20%		3.90%		3.31%
Gestión documentaria	Oportunidad de la publicación	Menor o igual a 10 días calendario	1.62		2.5		4.25		1		4
Administración de personas	Cumplimiento de plazos de requerimiento de contratación del personal	Mayor a 95%	100%		98%		100%		100%		100%
	Cumplimiento del cronograma de actividades de capacitación	Menor o igual al 20%	0%		0%		0%		0%		0%
Provisión de recursos	Requerimientos atendidos	Mayor al 70%	81%		96%		98%		97%		98%

Fuente: EsSalud.

11.

Gestión de la inversión en infraestructura: pasado reciente y planes a futuro

Los objetivos de EsSalud en materia de inversiones están relacionados con mejorar la salud de la población, ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección de su salud y ejercer la rectoría y gobernanza del sistema de salud en beneficio de la sociedad.

Con este propósito, EsSalud se ha propuesto brindar a los asegurados un cuidado humanizado con calidad, oportunidad, con mayor nivel de compromiso y satisfacción de los colaboradores. Asimismo, sus objetivos se han vinculado con fortalecer la gestión incorporando principios de gobierno corporativo y sostenibilidad financiera, modernizando sus procesos bajo un enfoque sistémico e integral centrado en el asegurado, creando valor agregado y contribuyendo con los objetivos de desarrollo del país.

En particular, desde la perspectiva de sus inversiones en infraestructura, la institución ha pretendido fortalecer la planificación de sus inversiones, estableciendo metodologías que faciliten el uso eficiente de los recursos con un enfoque territorial y utilizando el Plan Director de Inversiones institucional como el principal instrumento de planificación para la cobertura de las necesidades de infraestructura en un horizonte de diez años.

Desde esta perspectiva, EsSalud ha realizado un ejercicio de optimización de sus recursos destinados a la infraestructura. Para eso, fue fortaleciendo los servicios de salud en el marco de convenios interinstitucionales para maximizar su capacidad operativa, propiciar acciones para mejorar la capacidad instalada de los centros asistenciales existentes e impulsar inversiones para implementar centros sostenibles y ecoeficientes.

En el cumplimiento de estos objetivos, las estadísticas recientes de la Subgerencia de Estadística de la Gerencia de Gestión de la Información (GGI) y de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (GCPP) indican que, al cierre del 2016, la infraestructura de asistencia de EsSalud estaba compuesta por 406 establecimientos de salud, de los cuales 390 eran administrados directamente por EsSalud y 16 correspondían a la oferta extrainstitucional. Esto fue el resultado de convenios con Unidades Básicas de Atención Primaria, IPRESS y una asociación público-privada entre EsSalud y Callao Salud SAC (APP). Del total de establecimientos de salud administrados por EsSalud, la oferta se divide de acuerdo con el detalle del siguiente cuadro.

Cuadro 96.
Cantidad de establecimientos por tipo de proveedor, 2016

Nivel	Establecimiento	Cantidad
III	Hospitales nacionales	8
III	Institutos especializados	2
II	Centro especializado	1
II	Hospitales (I,II,III y IV)	81
I	Policlínicos y CAP III *	63
I	Puesto médico y CAP II	87
I	Puesto médico y CAP I	148

*CAP = centro de atención primaria.
Fuente: *Memoria Anual 2016* de EsSalud.

Del total de establecimientos que administra EsSalud, cerca del 40% corresponden a instalaciones propias, el 26% a alquileres y el porcentaje restante a convenios de gestión.

Ante esta realidad de infraestructura asistencial y ante la demanda creciente por servicios de atención de salud, la política de inversiones en infraestructura diseñada por EsSalud ha sido agresiva e integral. Así, ha tratado de establecer una mayor cobertura y calidad de servicios de salud para satisfacer las necesidades de la población, principalmente mediante la construcción de nuevas obras y equipamiento.

La principal herramienta para el logro de este propósito corresponde al Plan Anual de Inversiones institucional. Este le brinda a EsSalud una guía para identificar las necesidades de inversión en infraestructura, equipamiento y otros componentes, a partir de la ejecución de las partidas de gastos de capital en el presupuesto institucional.

De esta forma, EsSalud elabora un planeamiento sobre los recursos destinados a determinar la viabilidad de proyectos, aprobarlos, ejecutarlos y culminarlos. Asimismo, establece anualmente el porcentaje de los recursos para el equipamiento y la compra de componentes.

Siguiendo con el planeamiento institucional de inversiones, EsSalud ha manejado en los últimos años un portafolio de proyectos de inversión dinámico y bien estructurado. En promedio, la Gerencia Central de Proyectos de Inversión ha declarado 5 proyectos viables por año, ha aprobado 4 nuevos proyectos a realizar en cada uno de los últimos años y ha facilitado la culminación de casi 6 proyectos por año. En promedio, también maneja una cartera cercana a los 17 proyectos de infraestructura y equipamiento en ejecución. Asimismo, ha administrado un portafolio de 10 proyectos anuales en la fase de estudios definitivos.

Cabe destacar que, desde el 2009 al 2017, EsSalud ha logrado culminar cerca de 72 proyectos de infraestructura y equipamiento, dentro de los que destacan por su magnitud y costo los siguientes: 1) el Nuevo Hospital Regional de Alta Complejidad de La Libertad (S/188.3 millones) en el 2013; 2) la nueva Emergencia de Lima Metropolitana (S/115.0 millones) en el 2016; 3) el Nuevo Hospital de Tarapoto (S/45.1 millones) en el 2013, y 4) los proyectos realizados mediante alianzas público-privadas con las sociedades operadoras Callao Salud y Villa María del Triunfo Salud, en la construcción y el equipamiento de los hospitales C. H. Barton y C. H. Kaelin, por aproximadamente S/ 188 millones cada uno.

Ahora bien, con el objetivo de contribuir con el desarrollo sostenible e integral de la red de servicios de salud en lo que se refiere a las redes asistenciales y redes desconcentradas, la planificación de inversiones pretende continuar con la gestión de los proyectos en ejecución y crear un portafolio de nuevos proyectos. El propósito es racionalizar y priorizar los recursos disponibles, de tal forma que se garantice el acceso a los servicios de salud a la población asegurada. Este proceso considera varias alternativas que pueden implementarse de manera complementaria: el fortalecimiento de la oferta propia, los convenios con IPRESS públicas, contratos de IPRESS privadas y/o contratos de APP.

De esta forma, EsSalud, en el horizonte 2018-2021, tiene contemplado continuar con grandes proyectos que hoy en día se encuentran en ejecución, tales como: el Nuevo Hospital II Huacho, las obras de mejoramiento del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, el mejoramiento de los servicios de salud del Hospital II Pasco de la Red Asistencial Pasco y la creación de los servicios de salud del Hospital del Altiplano de la región Puno, entre otros.

De cara a la eficiencia y a la gestión adecuada del portafolio de proyectos, es vital que EsSalud supere una serie de obstáculos administrativos que le permitan una ejecución más eficiente de su cartera de proyectos. En este sentido, debería focalizar esfuerzos por mejorar la normativa que establece la determinación de tiempos para los estudios técnicos y estudios de mercado, mejorar los procesos para expropiaciones, modificaciones de obra y elaboración de términos de referencia. Asimismo, trabajar de la mano de las unidades ejecutoras para que la ejecución de obra física no sea un atraso para el proyecto, sobre todo en lo que se refiere a las reubicaciones, el saneamiento de terrenos y la aprobación de estudios de suelos. Estos elementos corresponden a los principales problemas de ejecución que hubo en los proyectos recientes y en aquellos que aún se encuentran con un rezago significativo de acuerdo con lo planificado inicialmente.

11.1 Alianzas público-privadas

La experiencia internacional señala que las APP son una herramienta utilizada cada vez con mayor frecuencia en los servicios asistenciales. Esto se debe a que suman las ventajas de la regulación del sector público y la operación del sector privado, pues pretenden tener servicios de salud acompañados con infraestructura en permanente buen estado, bien diseñada, con equipos modernos que no sobrepasen su vida útil técnica. Así, se promueve la eficiencia, la productividad y, sobre todo, la calidad en el trabajo asistencial.

Una de las grandes oportunidades para reestructurar la prestación de los servicios de salud es la difusión de las APP a diferentes niveles de complejidad (i, ii, iii y iv). Bajo este esquema, las inversiones no tienen por qué ser distintas en un ambiente de planificación adecuada y, si se presentan diferencias en el desarrollo de los proyectos de inversión pública, estas responden a los incentivos incorporados en cada estrategia de inversión.

En las APP realizadas en el Perú, el costo de la inversión se ha efectuado mediante un esquema de suma alzada, es decir que se ha trasladado el riesgo de construcción al operador. Si este no ha previsto un buen presupuesto o no ha determinado los alcances de la infraestructura y del equipamiento para el otorgamiento del servicio, entonces el costo o la pérdida deberá ser asumida por él. Asimismo, EsSalud se ha comprometido con los operadores a amortizar el costo de la inversión en un horizonte de quince años. Si bien esta modalidad implica costos financieros, EsSalud ha considerado que serán pagados en el futuro no solamente por los asegurados actuales, sino por los que se incorporen en esos quince años, lo que hace que el costo se diluya o amortigüe en el tiempo.

Cuando se analizan los costos del servicio, los que corresponden a infraestructura y equipamiento no son los más importantes. Si bien la opción de inversión pública es menos atractiva que las otras opciones por su tendencia a generar sobrecostos, el efecto debido a los costos de operación es sustancialmente mayor.

Cuando se realizó el análisis de las APP para los hospitales de EsSalud, se compararon los costos de operación de la oferta con los costos de operación de servicio hospitalarios similares operados por el Estado o por la seguridad social, siendo el resultado más costoso en este último caso. El costo de gestión del operador especializado de la APP más el costo de la inversión resultaba menor que el costo de operación pública, por lo cual se iba a generar una reducción de costos bajo este nuevo esquema.

De acuerdo con los análisis de algunos especialistas, el principal problema estaba relacionado con la productividad de los recursos humanos y su escaso ligamen con la determinación de sus salarios. Era clara la reducción de la producción diaria o mensual, la deficiente gestión de inventarios y la falta de control por un tamaño desproporcionado. Esta serie de eventos estaba relacionada también con la calidad de servicio. En el caso de las APP de EsSalud, los adjudicatarios de los hospitales ofertaron el costo señalado, pero considerando índices de servicio muy superiores al hospital público, que fueron relacionados desde un inicio con esquemas eficientes de premios y castigos vinculados con la productividad.

Otros de los factores de éxito que han marcado la diferencia entre el esquema de la APP en EsSalud y los de gestión puramente pública fueron los esquemas de autorregulación por la voluntad de los operadores de cumplir con estándares de calidad, lo cual ocasiona que algunos brinden un servicio de buena calidad y otros no.

EsSalud fue la primera institución del Perú en promover proyectos de inversión en el sector mediante la modalidad de alianzas público-privadas. Hasta el momento, ha suscrito cuatro contratos de APP con sociedades operadoras que cuentan con la participación de inversionistas privados nacionales e internacionales. Un hito importante en este reto es que los hospitales que se están desarrollando por APP son los denominados de “bata blanca”, lo que significa que el operador no solamente ha de promover la infraestructura y el equipamiento, sino también los servicios asistenciales y administrativos para el funcionamiento autónomo de la unidad hospitalaria.

Una vez generado el marco legal pertinente, EsSalud invitó a las empresas privadas a presentar iniciativas para los diferentes servicios hospitalarios, de gestión y de infraestructura que priorizaría la entidad. Se generó un reglamento para permitir el trámite de estas iniciativas y es así como empezó a recibir propuestas de organizaciones privadas.

Los contratos de APP que se firmaron en este sector son derivados de iniciativas privadas y correspondientes con un modelo de costos, y son autosostenibles.

En estas negociaciones el riesgo de demanda corresponde a la entidad y el riesgo del servicio al operador especializado y privado. Tienen características generales, como la que se refiere a que al vencimiento del plazo de vigencia y a que toda la infraestructura construida sobre y/o debajo de los terrenos pasará automáticamente a ser propiedad de EsSalud al finalizar el contrato. Durante la vigencia del contrato, la sociedad operadora mantiene el derecho de uso y usufructo de la infraestructura y del equipamiento, así como de los demás bienes vinculados a la ejecución de las prestaciones.

EsSalud mantiene gran interés en seguir desarrollando esta figura como vehículo para la realización de proyectos de infraestructura y equipamiento. A la fecha, como se comentó anteriormente, tiene vigente un contrato con las sociedades operadoras Callao Salud y Villa María del Triunfo Salud, en la producción asistencial de los hospitales C. H. Barton y C. H. Kaelin. Asimismo, suscribió un contrato con la sociedad operadora SALOG S.A., para la operación de almacenes y farmacias en Lima y la administración de los consultorios externos en la Torre Trecca.

Tal y como muestra el siguiente cuadro, la producción conjunta de ambos hospitales es significativa, sobre todo en lo que se refiere a la atención de emergencias y al uso de laboratorios. Esto pone de manifiesto el aporte de este proceso a la mejora de gestión institucional de EsSalud y al esquema presupuestario.

Cuadro 97.

Producción asistencial de los principales servicios en el C. H. Barton y el C. H. Kaelin, 2016

Servicios	C. H. Barton	C. H. Kaelin	Total
Citas	232,596	284,440	517,036
Hospitalizaciones	6,895	7,286	14,181
Emergencias	114,245	98,186	212,431
Partos	3,832	4,258	8,090
Hemodiálisis	864	1,053	1,917
Rayos X	34,456	27,599	62,055
Mamografías	4,082	6,180	10,262
Ecografías	33,953	25,310	59,263
Densitometrías	1,874	845	2,719
Tomografías	5,595	4,630	10,225
Laboratorio	470,684	317,831	788,515

Fuente: Memoria Institucional de EsSalud 2016.

EsSalud avanza con el proceso para la construcción del Hospital de Alta Complejidad de Piura, así como del Hospital y Policlínico de Alta Complejidad de Chimbote. Aunado a lo anterior, dentro de los planes de ejecución de EsSalud se encuentran los proyectos Hospital de Alta Complejidad de Arequipa y el Hospital de Alta Complejidad de Lambayeque. En particular, para los primeros tres proyectos se estimaron los siguientes parámetros:

Cuadro 98.

Promoción de inversiones para ser realizadas vía APP

Aspecto	Hospital de Alta Complejidad de Piura	Hospital y Policlínico de Alta Complejidad de Chimbote	Instituto de Salud del Niño y el Adolescente
Población beneficiada	634,292 asegurados	300,357 asegurados	3,092,417 asegurados ***
Área	50,000 m ²	16,068 m ²	10,565 m ²
Perímetro	894 millas	524 millas	n. d.
Nº de camas	324	161	281
Nº de quirófanos	11	7	11
Inversión *	S/ 594.2 millones	S/ 454.3 millones	S/ 702.3 millones
Gastos de operación y mantenimiento**	S/ 728.3 millones	S/ 656.2 millones	S/ 694.4 millones

* Incluye inversión en infraestructura, equipamiento e intangibles.

** Modalidad APP, bata gris, gastos de operación y mantenimiento por un periodo de diecisiete años.

*** Población entre 0 y 17 años asegurada en el 2016.

Fuente: Memoria Institucional de EsSalud 2016.

12.

Provisión de servicios clínicos y auxiliares: otorgamiento de prestaciones

En esta sección se muestra la evolución en el otorgamiento de servicios de salud y prestaciones económicas a los beneficiarios de los distintos regímenes de seguros de EsSalud. En otras palabras, se analiza la provisión de servicios clínicos y auxiliares como consultas médicas, hospitalizaciones, emergencias, radiología, exámenes de laboratorio y recetas farmacéuticas, entre otros.

Cabe recordar que EsSalud posee un conjunto de prestaciones de diversa naturaleza administradas por la Gerencia de Oferta Flexible. Sobresalen el Programa de Medicina Complementaria, el Programa de Reforma de Vida y la estrategia de prevención de atención primaria. El objetivo de estas prestaciones es contribuir en la disminución de factores de riesgo que conllevan a enfermedades crónicas no transmisibles. Asimismo, tienen efecto en la disminución del gasto institucional a causa de la carga de enfermedad de las patologías crónicas.

12.1 Prestaciones médicas

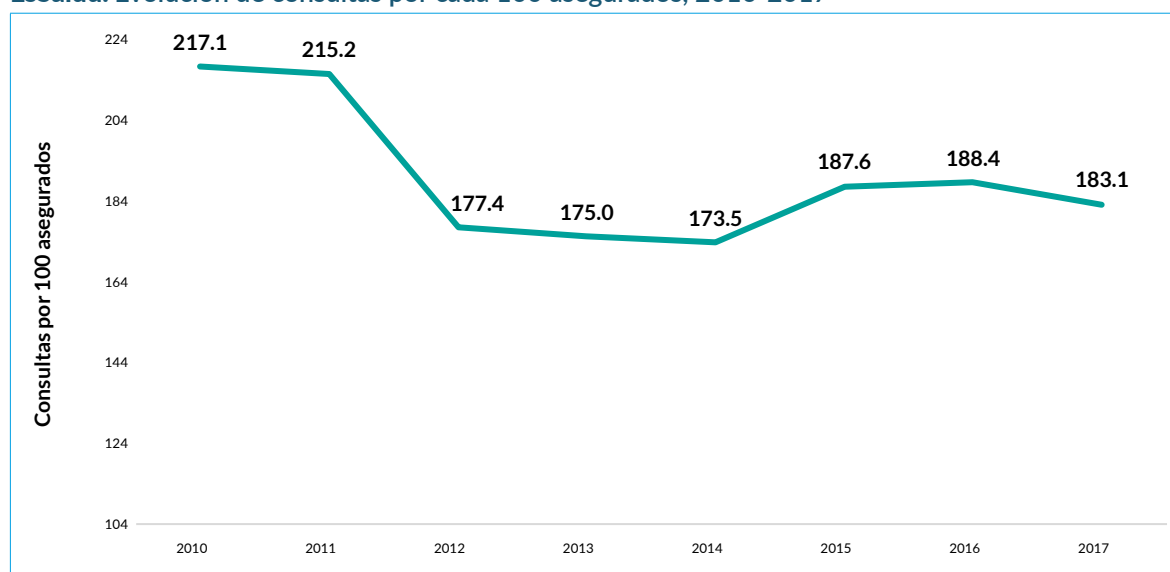
12.1.1 Consultas³⁸

El siguiente gráfico muestra la evolución de las consultas por cada 100 asegurados. La cantidad de consultas tuvo un incremento absoluto de 1.7 millones para el periodo 2010-2017. Pese a lo anterior, el indicador muestra una reducción en el periodo analizado. Dicha evolución se explica por un mayor ritmo en el crecimiento del número de asegurados. En el periodo de estudio, las consultas crecieron a un ritmo promedio del 1.4%, mientras que la cantidad de asegurados lo hizo al 3.7%.

³⁸ De acuerdo con EsSalud (2013), una consulta médica corresponde a la actividad prestacional que incluye evaluación integral general, diagnóstico, prescripción, tratamiento, monitoreo, seguimiento, orientación de pacientes con condiciones clínicas y/o exposición a riesgos, que se brinda en el centro asistencial.

Gráfico 136.

EsSalud: Evolución de consultas por cada 100 asegurados, 2010-2017



Fuente: elaboración propia con datos de EsSalud.

La relación anterior no debería ser preocupante salvo por el hecho de que el aumento en la afiliación se diera principalmente en aquellos segmentos de mayor edad, que representan, a su vez, mayor demanda por servicios. Si esa mayor presión no se materializó en un aumento de consultas, entonces es posible considerar barreras de acceso por el lado de la oferta como un posible factor explicativo de la tendencia decreciente. La reducida capacidad de la red de atención primaria aparece como un elemento clave en este desempeño.

Existe evidencia que sustenta que un enfoque integral de atención primaria genera mejoras en la salud de la población atendida (Macinko *et al.*, 2009). Diversos estudios muestran que en países donde se aplican políticas exhaustivas de atención primaria, en comparación con países que aplican políticas menos agresivas o coherentes, se mejoran resultados de salud en áreas como la mortalidad infantil (Macinko *et al.*, 2009). Esta afirmación es reforzada por Rohde *et al.* (2008), citado en Macinko *et al.* (2009), pues los países que han aplicado un enfoque más integral en atención primaria presentan mejores resultados de salud en comparación con países que aplican un enfoque más selectivo.

Las características que presentan los servicios de atención primaria también refuerzan el impacto de dichos servicios en la salud. Macinko *et al.* (2003) identifican que características como regulación geográfica, continuidad de la atención, coordinación entre diferentes niveles de atención médica y orientación comunitaria³⁹ se asocian con mejoras en la salud de la población en países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

Otro factor relevante para la mejora de la salud a través de la provisión de servicios de atención primaria es la cercanía de los centros con la población. O'Meara *et al.* (2009) concluyen que un buen acceso a las instalaciones de atención primaria de salud en la Kenia rural podría, por ejemplo, reducir la carga de malaria hasta en un 66%.

³⁹ Esta característica de la atención primaria de salud se refiere a la capacidad de estos sistemas de colocar al paciente dentro del contexto familiar y social más amplio necesario para abordar múltiples causas de enfermedad o salud (Macinko *et al.*, 2003).

La tasa de mortalidad infantil es una de las áreas donde se denota un impacto positivo como consecuencia de la provisión de servicios de atención primaria⁴⁰. Un estudio realizado para Latinoamérica por Moore *et al.* (2003), citado en Macinko *et al.* (2009), muestra que dentro de las principales intervenciones que reducen la mortalidad en menores de 5 años se encuentran la vacunación y la terapia de rehidratación oral. Por su parte, un estudio realizado para varios países de África por Brockerhoff y Derose (1996), citado en Macinko *et al.* (2009), evidencia que buena parte de los riesgos de muerte en los niños menores de 1 año se podrían solventar con servicios preventivos como la atención prenatal, las inmunizaciones, la regulación de la fertilidad y el uso de agua potable.

Otro elemento analizado en la literatura es el efecto de los servicios de atención primaria en salud con la muerte por enfermedades prevenibles. Una evaluación del Programa de Salud Familiar (PSF) en Brasil, realizada por Rasella *et al.* (2014), muestra que la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares se redujo en un 18% en municipalidades con cobertura alta en el PSF al compararse con municipalidades sin cobertura del programa (14% en aquellas con cobertura intermedia). Macinko *et al.* (2003) muestran que en varios países de la OCDE la atención primaria se relaciona negativamente con muertes causadas por neumonía, influenza, asma, enfermedades cardíacas y cerebrovasculares.

Por último, también existe evidencia del costo-efectividad de la atención primaria. Un estudio realizado por Franks y Fiscella (1998) mostró que aquellas personas que tienen un médico de atención primaria como su fuente de consulta habitual presentan tasas de mortalidad cinco años menores que los pacientes que tienen especialistas como su principal fuente de consulta. A esto se debe agregar que los pacientes que acuden principalmente a médicos de atención primaria tienen menores gastos de salud anuales que quienes acuden a especialistas.

12.1.2 Consulta externa

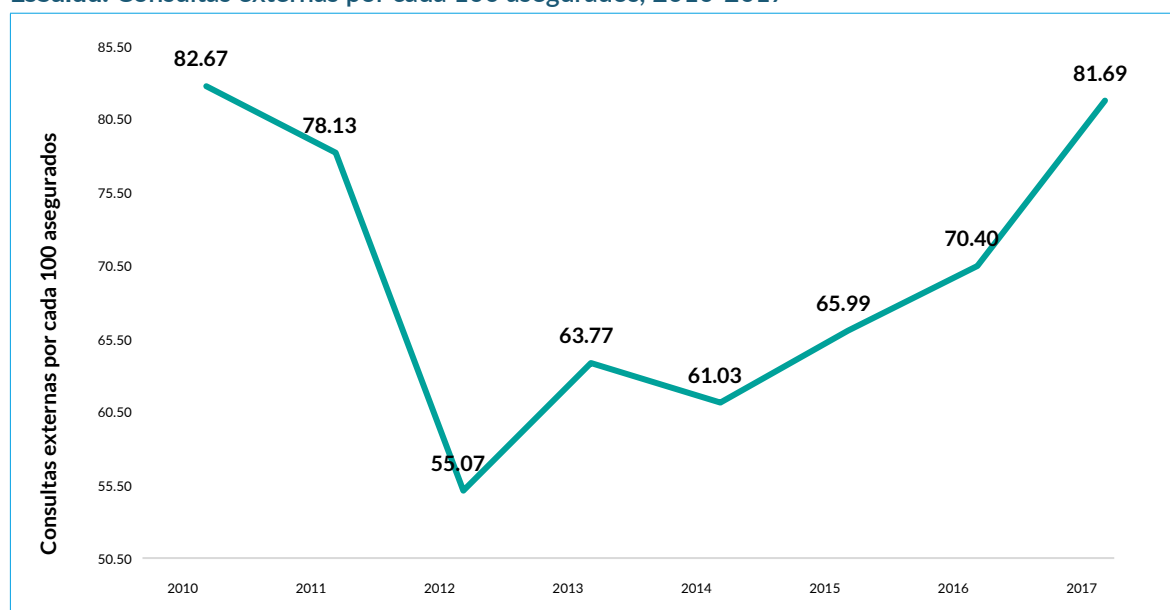
Las consultas externas realizadas por los asegurados han crecido en un 27.61% del 2010 al 2017, al pasar de un total de 7.13 millones a 9.10 millones, respectivamente. Este crecimiento se vio influenciado positivamente con más fuerza con el crecimiento experimentado en el 2017, cuyo valor absoluto fue de 1.4 millones con relación al 2016. Ahora bien, la cantidad total de asegurados creció a un ritmo ligeramente más acelerado en dicho periodo, con una tasa del 29.1% en el 2017 con relación al 2010. La cantidad de asegurados totales en el 2017 contabilizó 11.14 millones.

El siguiente gráfico muestra la evolución de las consultas externas por cada 100 asegurados en el periodo 2010-2017. Como puede notarse, el indicador se redujo considerablemente desde el 2010, alcanzando su nivel más bajo en el 2012 (55.07 consultas externas por cada 100 asegurados); pese a esto, el indicador muestra una recuperación al 2017, alcanzando niveles cercanos al obtenido en el 2010. En el 2017 se contabilizaron 81.69 consultas por cada 100 asegurados, mientras que en el 2010 dicho indicador fue de 82.67.

⁴⁰ De acuerdo con el Bellagio Child Survival Study Group, alrededor de 10 millones de muertes de niños en el mundo pudieron evitarse por medio de terapia de rehidratación oral, inmunización, suplementos de micronutrientes y promoción de la lactancia materna exclusiva (Macinko *et al.*, 2009).

Gráfico 137.

EsSalud: Consultas externas por cada 100 asegurados, 2010-2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Los principales cinco diagnósticos de consulta externa de acuerdo con la cantidad de atenciones por cada 100 asegurados se exponen en el siguiente gráfico. La faringitis aguda y amigdalitis aguda se ubicó como el principal diagnóstico durante todo el periodo 2010-2017. En el 2010 la cantidad de atenciones de dicha enfermedad fue de 580,393, en el 2017 esta cifra aumentó a 682,048. Al analizar la cantidad de atenciones relacionadas a este diagnóstico por cada 100 asegurados, se denota que en el periodo 2010-2017 se registró una disminución, al pasar de 6.73 diagnósticos en el 2010 a 6.12 en el 2017.

El segundo diagnóstico de importancia durante el periodo fue ocupado exclusivamente por otras dorsopatías, que, al igual que el diagnóstico anterior, mostró un incremento absoluto en el periodo analizado en cuanto a cantidad de atenciones. Sin embargo, mostró una disminución en la cantidad de atenciones por cada 100 asegurados al pasar de representar 4.72 en el 2010 a 4.63 en el 2017.

Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores fue el tercer diagnóstico con más atenciones durante el periodo 2010-2015, que mostró una disminución relevante durante este periodo, pasando de 3.48 atenciones por cada 100 asegurados en el 2010 a 2.63 en el 2015. Luego ocupó el cuarto lugar en cantidad de atenciones, ubicándose en el 2017 en 2.95 atenciones por cada 100 asegurados.

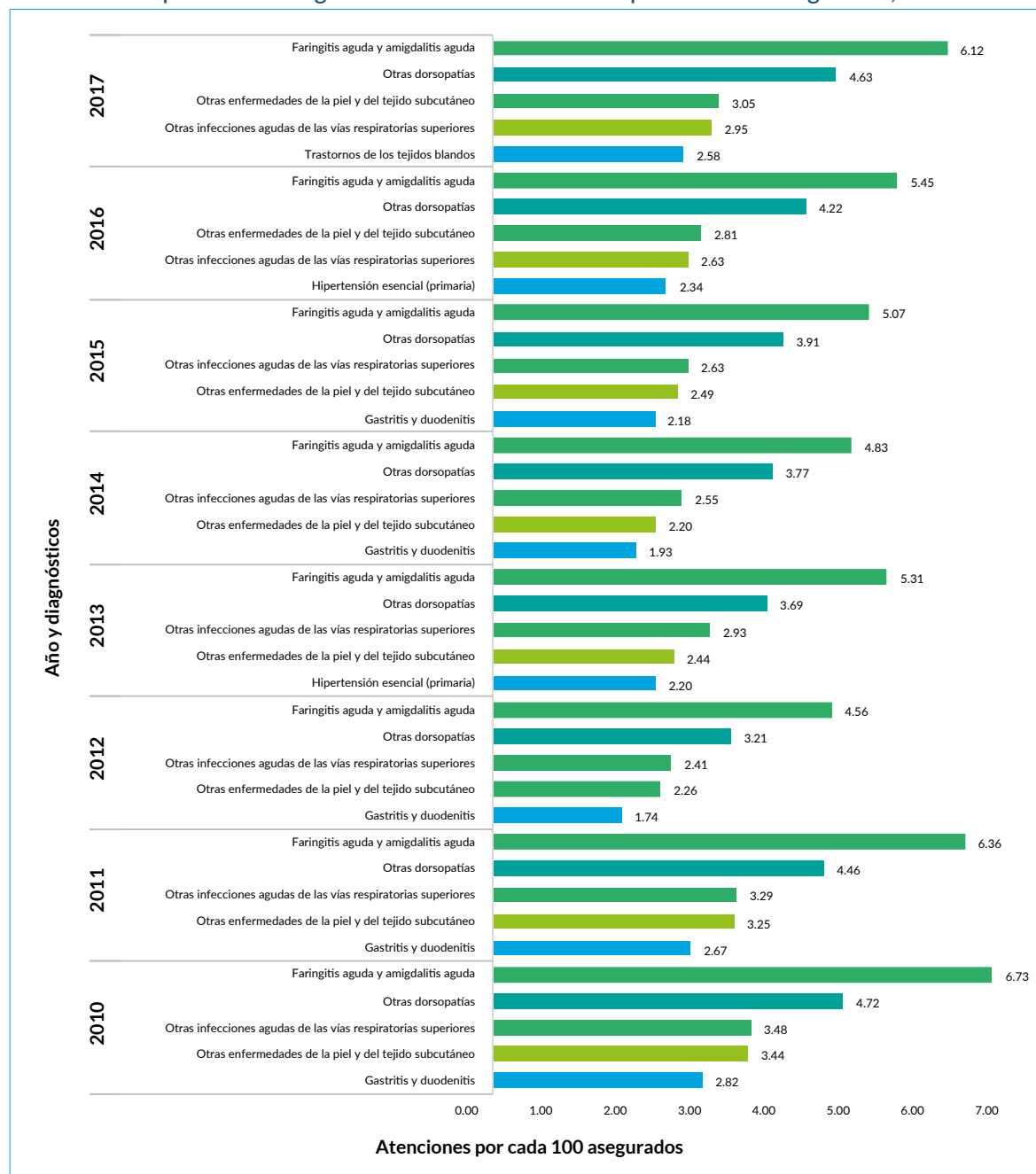
Durante el 2016 y el 2017, el diagnóstico otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo ocupó el tercer lugar de importancia, representando 2.81 y 3.05 atenciones por cada 100 asegurados, respectivamente. Este diagnóstico ocupó el cuarto lugar de importancia entre los diagnósticos durante el periodo 2010-2015.

Por último, el quinto diagnóstico de importancia absoluta en cuanto a cantidad de atenciones mostró una evolución más dinámica en comparación con los principales cuatro diagnósticos expuestos anteriormente. En el periodo 2010-2013 y de nuevo en el periodo 2014-2015, dicho lugar fue ocupado por el diagnóstico gastritis y duodenitis, pasando de 2.82 atenciones por cada 100

asegurados en el 2010 a 2.18 en el 2016. En el 2013 y el 2016, hipertensión esencial (primaria) fue el diagnóstico que ocupó dicha posición (2.20 y 2.34 atenciones por cada 100 asegurados). Por último, en el 2017 fueron los trastornos de los tejidos blandos el diagnóstico responsable del quinto lugar de relevancia con una atención por cada 100 asegurados de 2.58.

Gráfico 138.

EsSalud: Principales cinco diagnósticos de consulta externa por cada 100 asegurados, 2010-2017



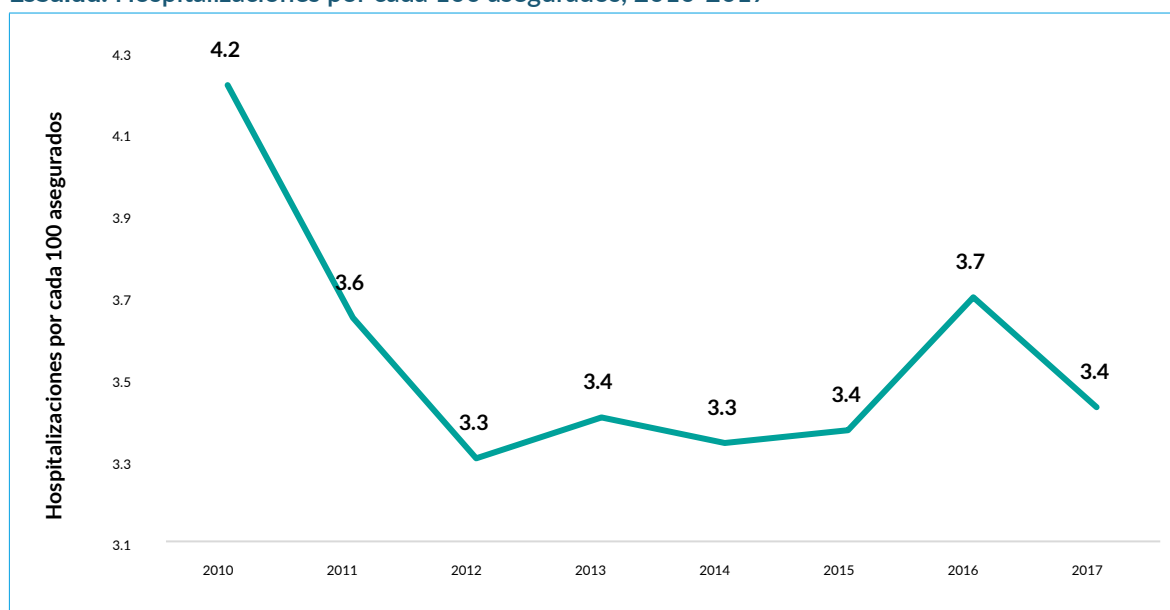
Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

12.1.3 Hospitalización

La cantidad de hospitalizaciones creció en 18,181 en el 2017 en comparación con el 2010, crecimiento que representó un 5.0%. En el 2017 se contabilizaron un total de 381,980 hospitalizaciones. Al analizar el indicador de hospitalizaciones por cada 100 asegurados, se denota una importante disminución en el periodo 2010-2017, tal y como se evidencia en el siguiente gráfico. En el 2010 se registraron 4.2 hospitalizaciones por cada 100 asegurados, para el 2017 dicho indicador fue de 3.4. Esta tendencia decreciente se dio mientras las consultas externas y emergencias crecieron de forma significativa en el tiempo, aspecto que podría sugerir una condición de intercambio entre servicios. Es decir, lo que antes se veía a nivel terciario, ahora lo absorbe alguno de esos tipos de atención.

Gráfico 139.

EsSalud: Hospitalizaciones por cada 100 asegurados, 2010-2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

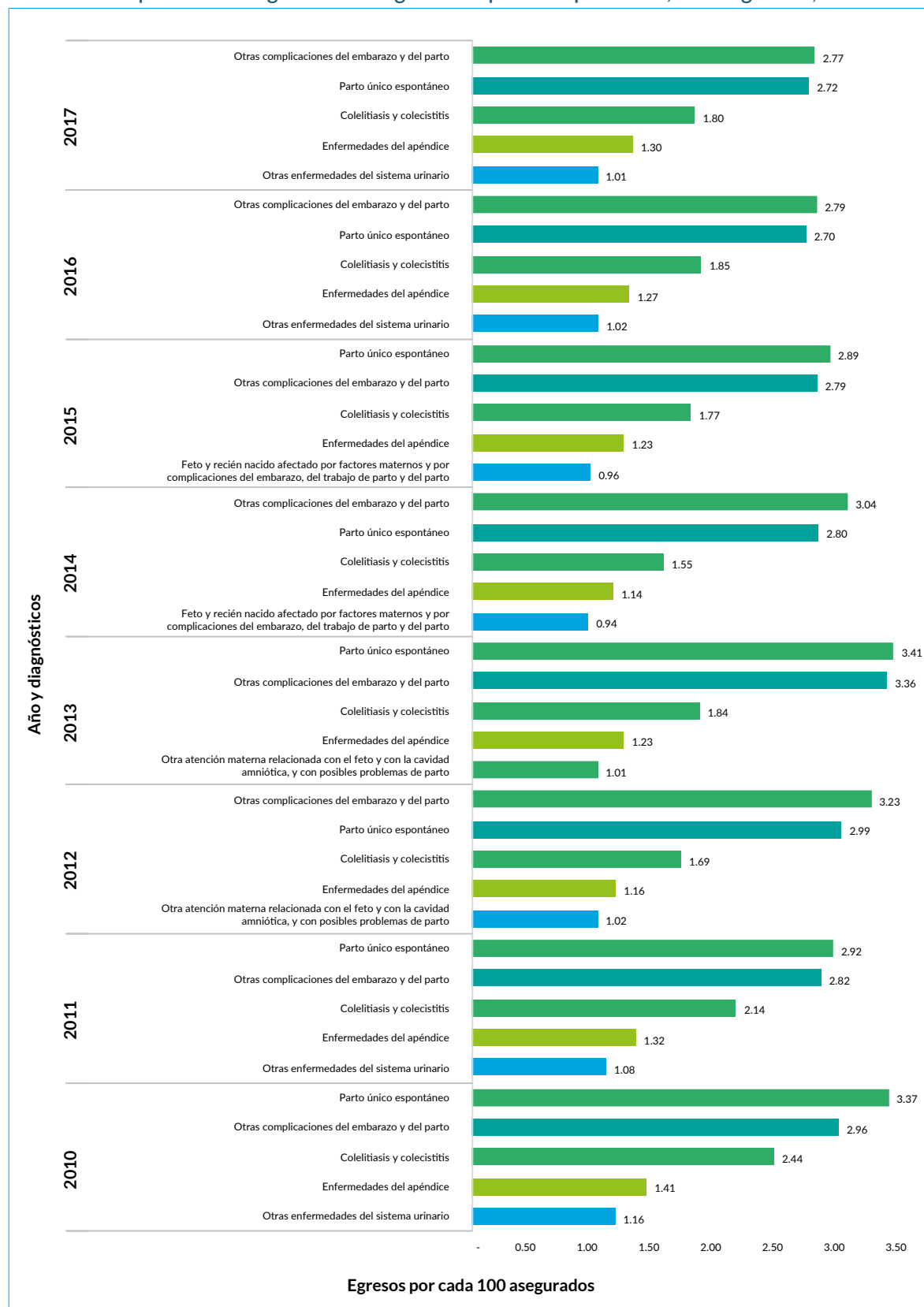
Los principales cinco diagnósticos de los egresos hospitalarios para el periodo 2010-2017 se presentan en el siguiente gráfico. Como se puede observar, tanto parto único espontáneo como otras complicaciones del embarazo y del parto fueron los principales diagnósticos hospitalarios durante el periodo. El parto único espontáneo ocupó el primer puesto durante los años 2010, 2011, 2013 y 2015, cuando pasó de representar en el 2010 3.37 egresos por cada 1,000 habitantes a 2.89 en el 2015. En los demás años, el primer puesto lo ocupó el diagnóstico otras complicaciones del embarazo y del parto, en el 2012 se registraron 3.23 egresos relacionados con este diagnóstico por cada 1,000 habitantes, mientras que el 2017 cerró con una disminución de dicho indicador, al ubicarse en 2.77.

El tercer diagnóstico de importancia fue ocupado por colelitiasis y colecistitis, que, pese a ocupar este puesto, disminuyó en el periodo, al pasar de 2.44 egresos por cada 1,000 asegurados en el 2010 a 1.80 en el 2017. Por su parte, las enfermedades del apéndice fueron el cuarto diagnóstico de importancia en el periodo. Al igual que en el diagnóstico de colelitiasis y colecistitis, la cantidad de egresos por enfermedades del apéndice por cada 1,000 asegurados denotó una disminución en el periodo: durante el 2010 dicho indicador fue de 1.41, mientras en el 2017 fue de 1.30.

Por último, el quinto diagnóstico de importancia por cada 1,000 asegurados fue ocupado por otras enfermedades del sistema urinario durante el periodo 2010-2011 y posteriormente en el periodo 2016-2017. La cantidad de egresos por cada 1,000 asegurados disminuyó del 2010 al 2017, al pasar de 1.16 a 1.01, respectivamente.

Gráfico 140.

EsSalud: Principales cinco diagnósticos de egresos hospitalarios por cada 1,000 asegurados, 2010-2017



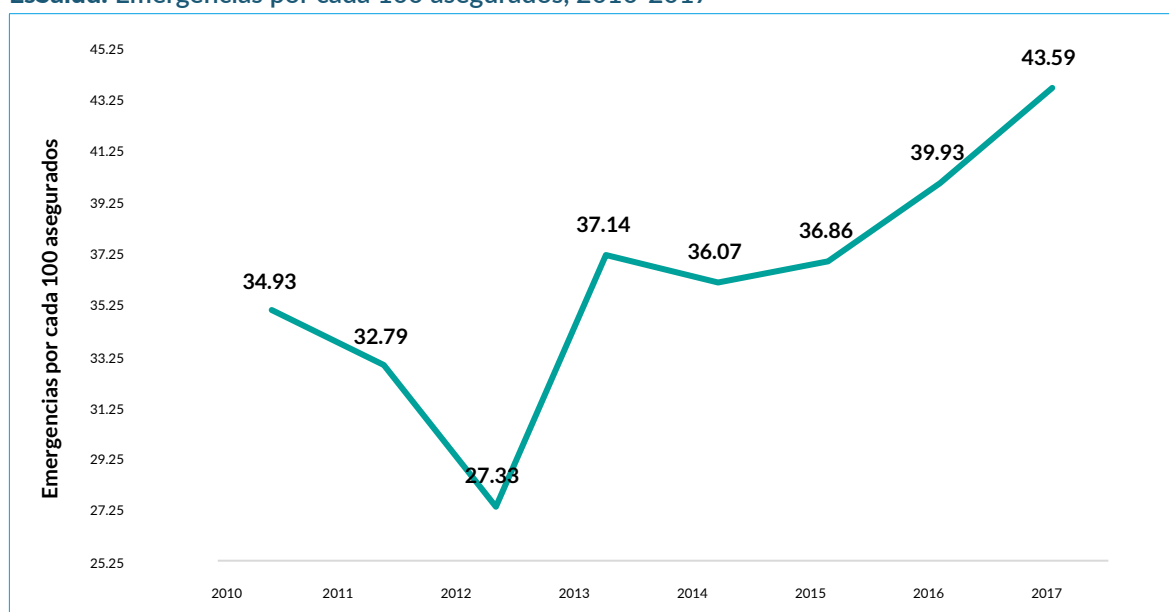
Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

12.1.4 Emergencias

El total de emergencias creció en 1.84 millones durante el periodo 2010-2017, cambio que representó un incremento del 61.16% en el 2017 con relación al 2010. El escenario de cantidad de atenciones por cada 100 asegurados fue también positivo, como se denota en el siguiente gráfico. En el 2010 este indicador se ubicó en 34.93 atenciones por cada 100 asegurados, para el 2017 este indicador fue 1.25 veces el registrado en el 2010, con un valor de 43.59 atenciones por cada 100 asegurados. En el 2012 se registró el nivel más bajo de dicho indicador, al ubicarse en 27.33 atenciones por cada 100 asegurados.

Gráfico 141.

EsSalud: Emergencias por cada 100 asegurados, 2010-2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

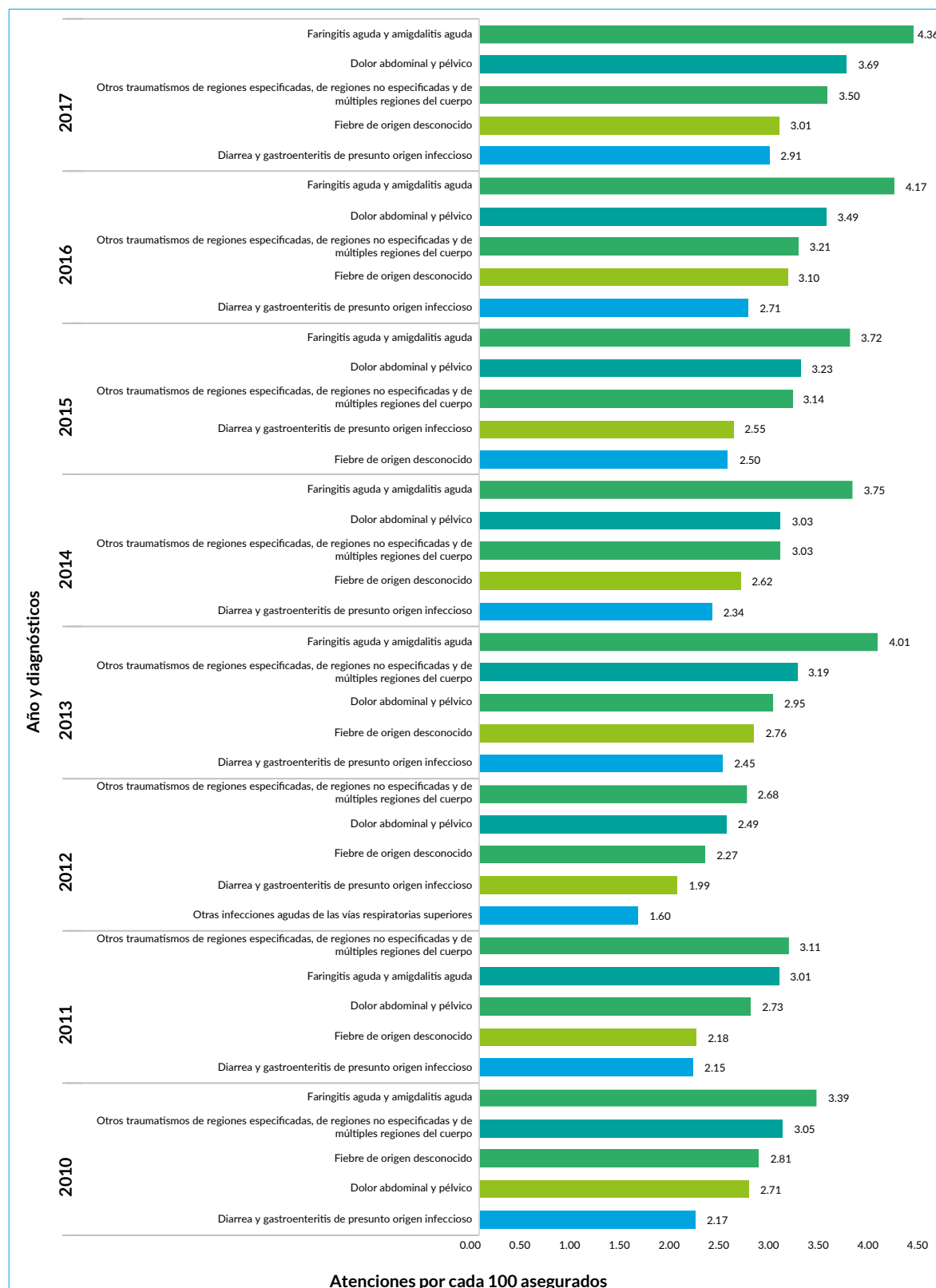
Los principales cinco diagnósticos de atenciones de emergencias por cada 100 asegurados en el periodo 2010-2017 se muestran en el siguiente gráfico. El principal diagnóstico en dicho periodo fue ocupado principalmente por faringitis aguda y amigdalitis aguda, con excepción de los años 2011 y 2012, cuando este lugar fue ocupado por otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo. La faringitis aguda y la amigdalitis aguda aumentaron la cantidad de atenciones por cada 100 asegurados durante el periodo 2010-2017, al pasar de 3.39 a 4.36, respectivamente.

El segundo lugar fue ocupado en el 2010 por otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo, registrando 3.05 atenciones por cada 100 asegurados. En el 2011 este puesto fue ocupado por el diagnóstico faringitis aguda y amigdalitis aguda, con un indicador de 3.01 atenciones por cada 100 asegurados. En el 2013 otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo ocuparon este lugar, con 3.19 atenciones por cada 100 asegurados. El principal diagnóstico en ocupar el segundo lugar fue dolor abdominal y pélvico, que representó 2.49 atenciones por cada 100 asegurados en el 2012 y en el 2017 aumentó a 3.69. El tercer diagnóstico en importancia fue la fiebre de origen desconocido y dolor abdominal durante el periodo 2010-2013, el primero de estos diagnósticos contabilizó 2.81 atenciones por cada 100 asegurados en el 2010, mientras que dolor abdominal y pélvico registró 2.95 atenciones por cada 100 asegurados. Finalmente, el cuarto y quinto lugar lo ocuparon principalmente los diagnósticos diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, y fiebre de origen desconocido. El primero de estos diagnósticos se incrementó en el periodo, al pasar

de 2.17 atenciones por cada 100 asegurados durante el 2010 a 2.91 en el 2017. Por su parte, la fiebre de origen desconocido también mostró un incremento, al pasar de 2.81 atenciones por cada 100 asegurados en el 2010, año en el que ocupó el tercer lugar entre los diagnósticos, a 3.01 en el 2017. La única excepción en el quinto lugar se dio en el 2012, cuando dicho lugar fue ocupado por el diagnóstico otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores.

Gráfico 142.

EsSalud: Principales cinco diagnósticos de atenciones de emergencias por cada 100 asegurados, 2010-2017



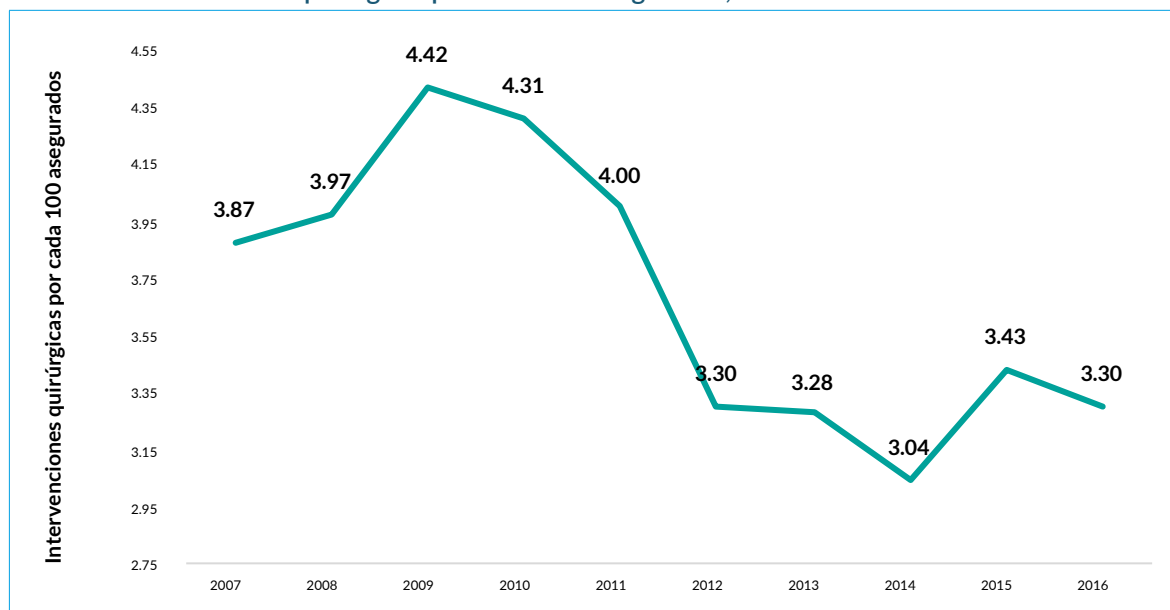
Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

12.1.5 Cirugías

El siguiente gráfico muestra las intervenciones quirúrgicas por cada 100 asegurados durante el periodo 2007-2016. Dicho indicador mostró una tendencia a la baja durante el periodo, con 3.87 intervenciones por cada 100 asegurados durante el 2007, mientras que para el 2016 cayó a 3.30. El 2014 representó el año con el nivel más bajo en el indicador durante el periodo, registrándose en 3.04 intervenciones por cada 100 asegurados. La cantidad de intervenciones quirúrgicas se ubicó en 361,000.

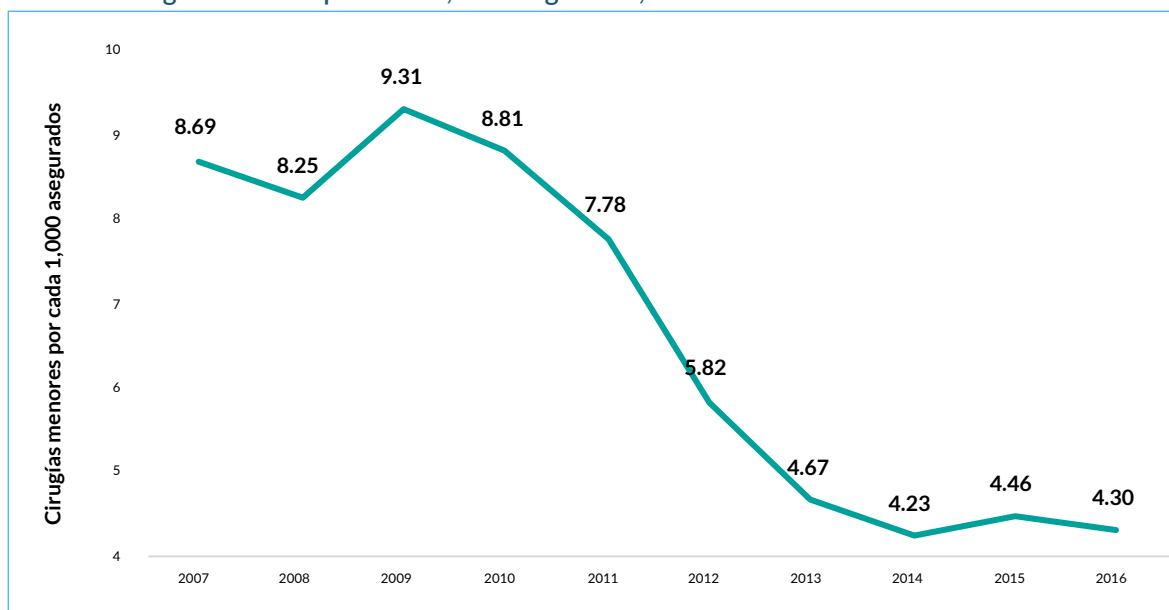
Gráfico 143.

EsSalud: Intervenciones quirúrgicas por cada 100 asegurados, 2007-2016



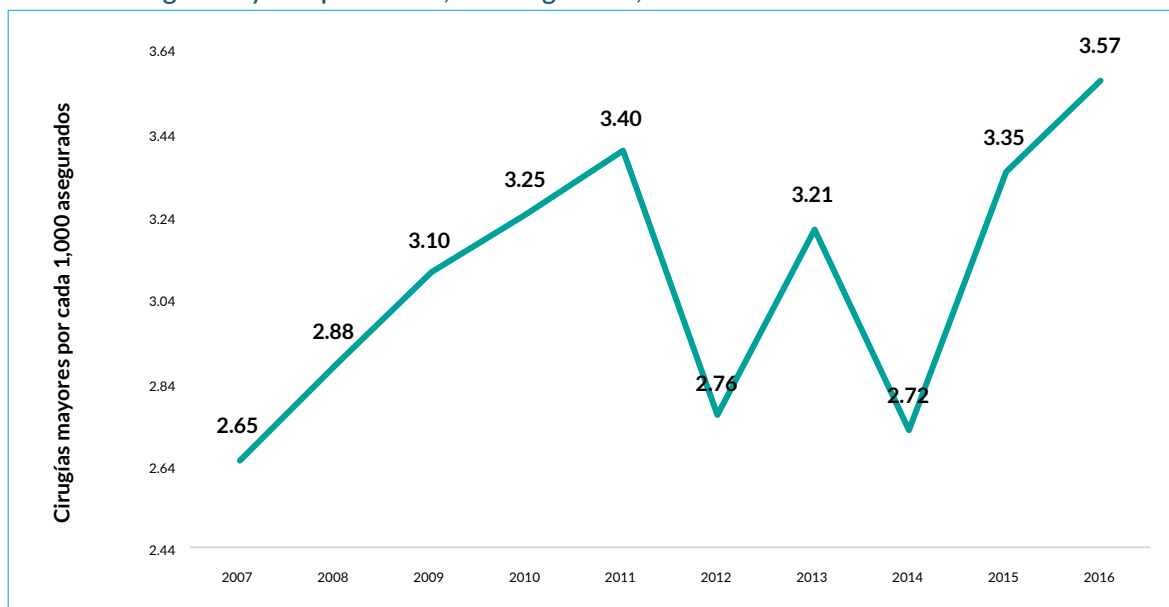
Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Por su parte, la cirugía menor por cada 1,000 asegurados siguió una tendencia a la baja similar a la de las intervenciones quirúrgicas por cada 100 asegurados durante el periodo 2007-2016. Esta tendencia se inició en el 2009 y continuó bajando durante todo el periodo, a excepción del 2015, cuando presentó un leve incremento. Durante el 2007 este indicador se ubicó en 8.69 cirugías menores por cada 1,000 asegurados, mientras que en el 2016 se ubicó en la mitad de dicho valor, con 4.30 cirugías menores por cada 1,000 asegurados.

Gráfico 144.**EsSalud: Cirugías menores por cada 1,000 asegurados, 2007-2016**

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

El escenario de las cirugías mayores por cada 1,000 asegurados, al contrario del indicador anterior, denotó una tendencia al alza con periodos de fluctuación durante el periodo 2007-2016. Dicho indicador mostró un incremento al 2016, que representó 1.3 veces el valor alcanzado durante el 2007: de 2.65 cirugías de este tipo por cada 1,000 asegurados en el 2007, se pasó a contabilizar 3.57 cirugías en el 2016. Pese a lo anterior, dos periodos de fluctuación importantes implicaron que este indicador bajara a niveles de 2.76 y 2.72 durante el 2012 y 2014, respectivamente.

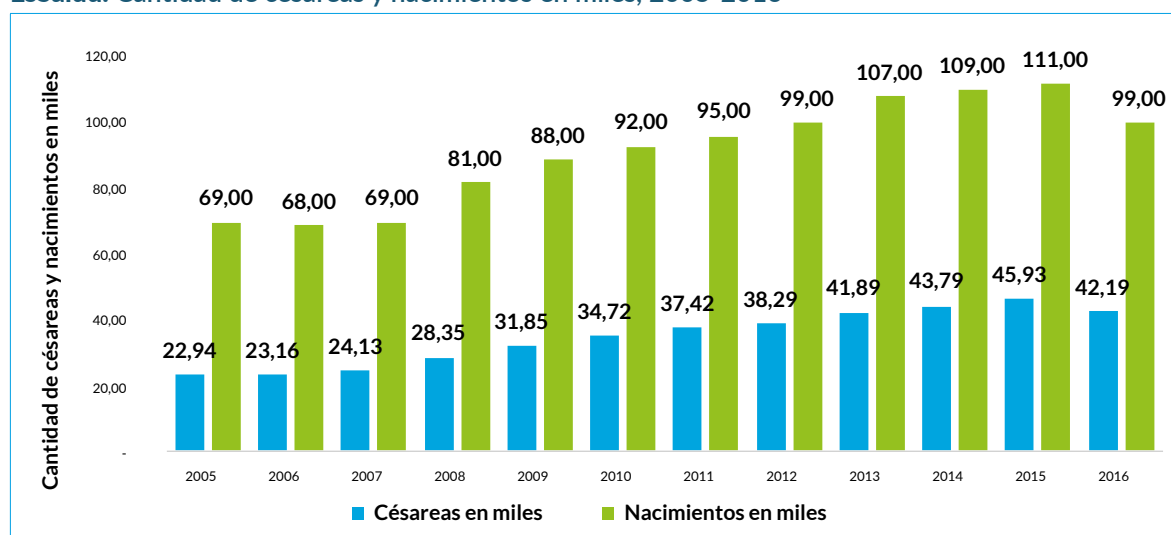
Gráfico 145.**EsSalud: Cirugías mayores por cada 1,000 asegurados, 2007-2016**

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

El siguiente gráfico muestra la cantidad de cesáreas y nacimientos en miles registrados en EsSalud durante el periodo 2005-2016. La tendencia de ambas cifras durante el periodo fue al alza, con incrementos absolutos de 19.26 mil cesáreas en el 2016 con relación al 2005, cambio absoluto que representó un crecimiento del 83.97%, mientras que en el caso de los nacimientos tuvo un incremento de 30,000 nacimientos en el mismo periodo (crecimiento del 43.48%). Pese a lo anterior, se denota una desaceleración en el crecimiento en el periodo 2015-2016 tanto en la cantidad de nacimientos como de cesáreas.

Gráfico 146.

EsSalud: Cantidad de cesáreas y nacimientos en miles, 2005-2016



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Ahora bien, al analizar la cantidad de cesáreas y nacimientos por cada 100 aseguradas en edad fértil, se denota una disminución en dicho indicador en ambos casos en el 2016 con relación al 2014. En el caso de las cesáreas, se contabilizaron 1.61 por cada 100 aseguradas en edad fértil en el 2014, pero para el 2016 dicha cifra descendió a 1.49. En el caso de los nacimientos, pasó de representar 4.01 por cada 100 aseguradas en edad fértil en el 2014 a 3.49 en el 2016.

Cuadro 99.

Cesáreas y nacimientos por cada 100 aseguradas en edad fértil, 2014-2016

Año	Cesáreas por cada 100 aseguradas en edad fértil	Nacimientos por cada 100 aseguradas en edad fértil
2014	1.61	4.01
2015	1.67	4.04
2016	1.49	3.49

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

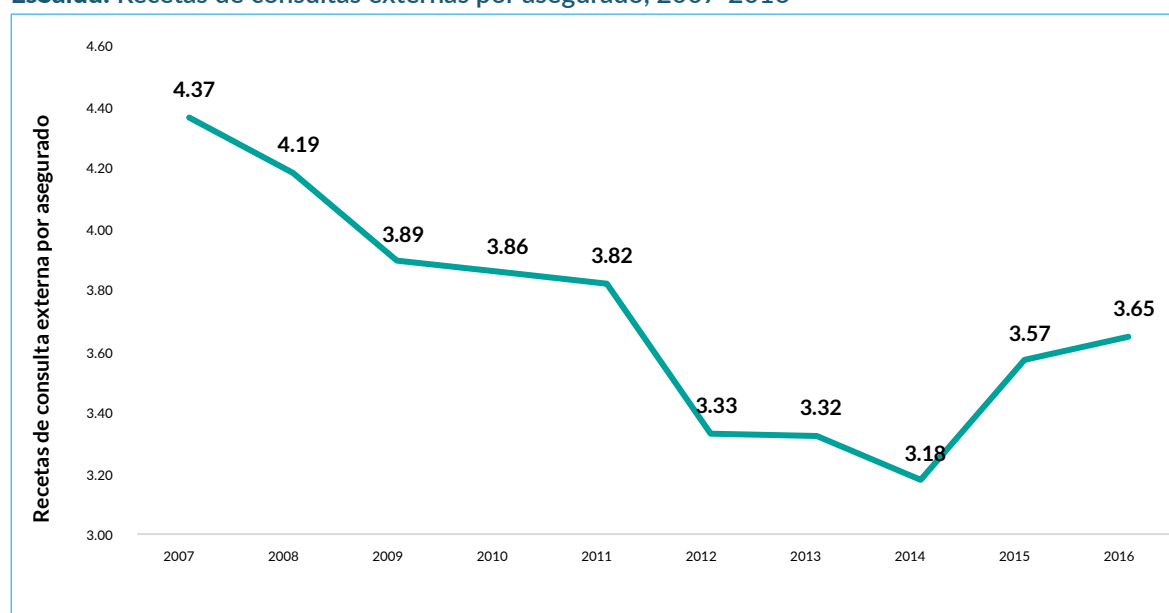
12.1.6 Otorgamiento de servicios auxiliares

Además de las prestaciones relacionadas con las atenciones de consulta externa, de emergencias y de egresos hospitalarios, EsSalud brinda una serie de prestaciones médicas asociadas directamente con la determinación de los diagnósticos y su posterior tratamiento, así como de medidas de salud preventiva.

La cantidad de recetas de consulta externa se incrementó en términos absolutos en 6.6 millones en el 2016 con relación al 2010, situación que representó un crecimiento del 19.9%. Sin embargo, la cantidad de recetas por asegurado disminuyó en el periodo 2010-2016. El comportamiento de este indicador en el periodo fue a la baja, pasando de 4.37 recetas por asegurado en el 2007 a 3.65 en el 2016. Congruente con la baja del indicador de consultas externas por cada 100 asegurados en el 2012, la cantidad de recetas por asegurado mostró una disminución importante en ese año, alcanzando su nivel más bajo en el 2014 (3.18 recetas de consultas externa por asegurado). Este indicador repuntó luego de ese punto y comenzó a exhibir una tendencia al crecimiento. Durante el 2016 se contabilizó la entrega de 39.9 millones de recetas de consulta externa.

Gráfico 147.

EsSalud: Recetas de consultas externas por asegurado, 2007-2016



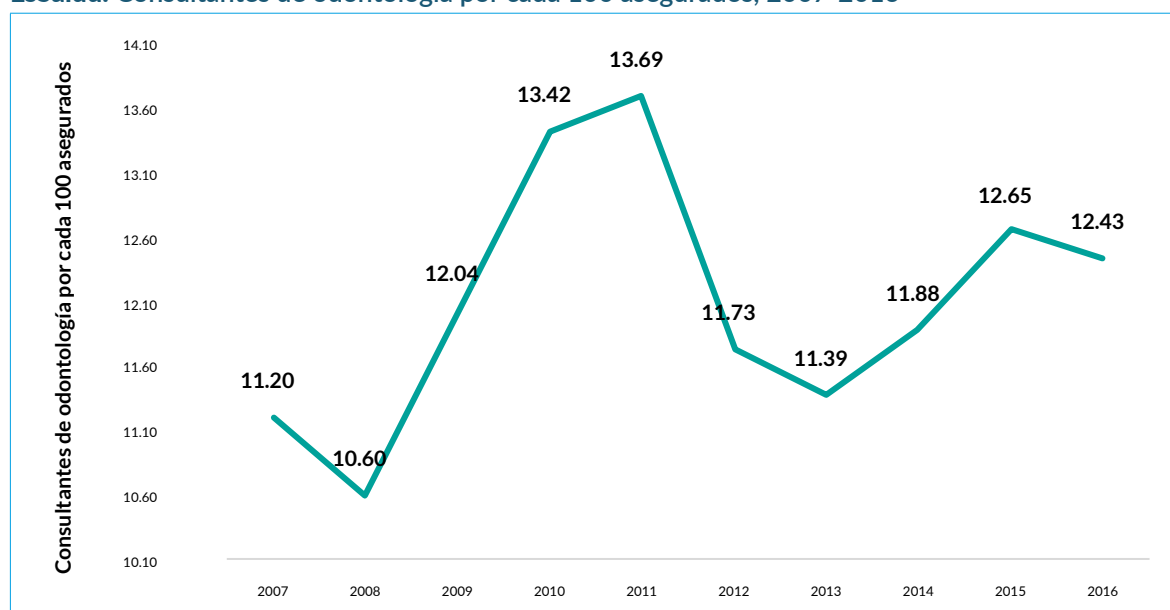
Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

12.1.7 Servicios odontológicos

La cantidad de consultantes de odontología por cada 100 asegurados en el periodo 2007-2016 mostró una tendencia al alza, lo cual se evidencia en el siguiente gráfico. Pese a esta tendencia, a partir del 2011 se registró una disminución en el indicador, que repuntó en el 2013, aunque sin alcanzar los niveles previos a su reducción. Durante el 2007 se contabilizaron 11.20 consultantes de odontología por cada 100 asegurados; para el 2011 se alcanzó el valor más alto en el periodo (13.69), que cerró en 12.43 consultantes por cada 100 asegurados. En el 2016 se registraron 1.3 millones de consultantes de odontología.

Gráfico 148.

EsSalud: Consultantes de odontología por cada 100 asegurados, 2007-2016

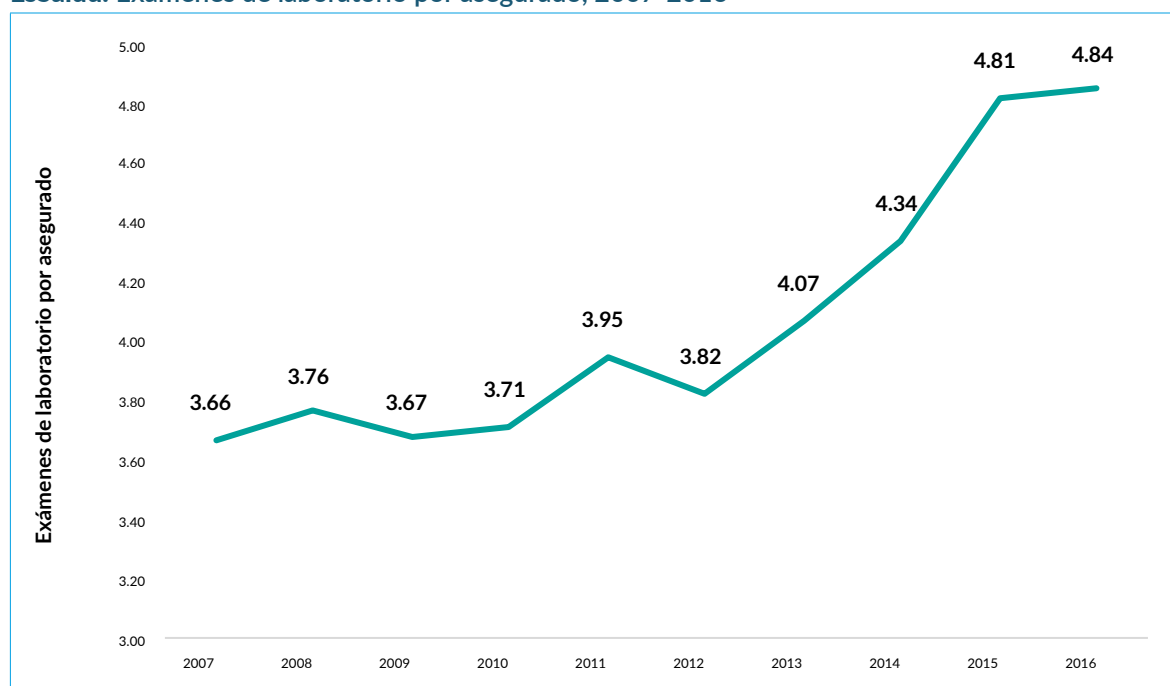


Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Por su parte, la prestación asociada a la realización de exámenes de laboratorio mostró una clara tendencia al alza durante el periodo 2007-2016, tal y como se evidencia en el siguiente gráfico. La cantidad de exámenes de laboratorio por asegurado durante el 2016 (4.84 por asegurado) denotó un valor 1.32 veces que la contabilizada en el 2007 (3.66 por asegurado). Durante el 2017 se realizaron 52.9 millones de estos exámenes.

Gráfico 149.

EsSalud: Exámenes de laboratorio por asegurado, 2007-2016



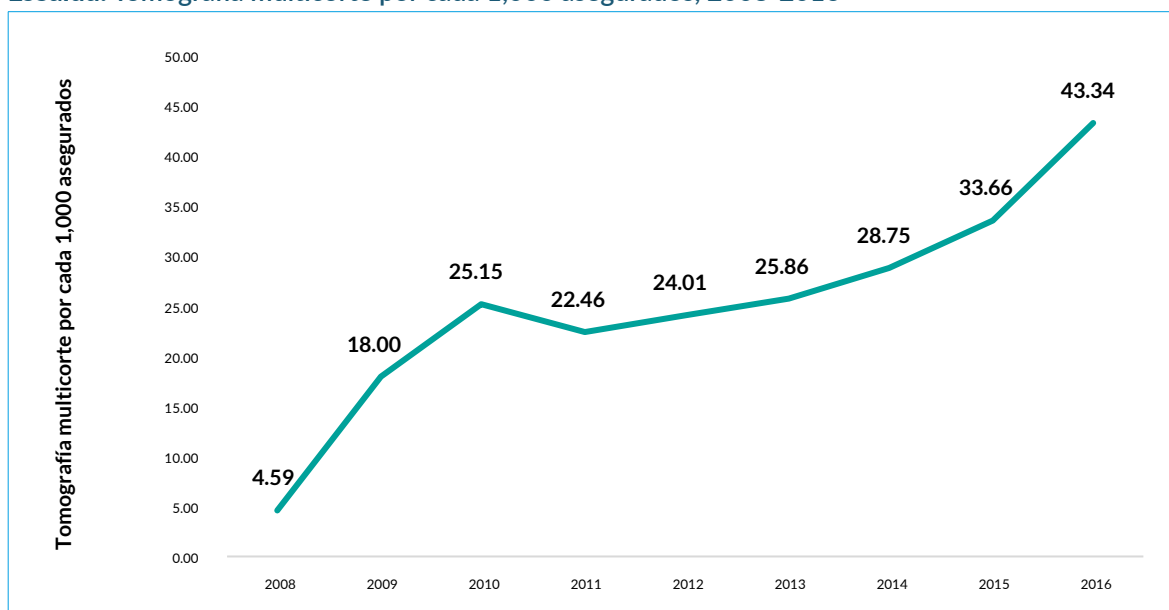
Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

12.1.8 Procedimientos especiales

Otra prestación médica que mostró una tendencia clara al alza fue la cantidad de tomografías multicorte por 1,000 asegurados para el periodo 2008-2016, como se observa en el siguiente gráfico. La cantidad de este procedimiento en el 2016 representó 9.45 veces el nivel alcanzado en el 2008, el cambio fue de 4.59 tomografías multicorte por 1,000 asegurados a 43.34, respectivamente. La única disminución se registró en el periodo 2010-2011, cuando pasó de 25.15 tomografías multicorte por 1,000 asegurados a 22.46. El incremento absoluto en este procedimiento fue de 439,000 en el 2016 en comparación con el 2008.

Gráfico 150.

EsSalud: Tomografía multicorte por cada 1,000 asegurados, 2008-2016

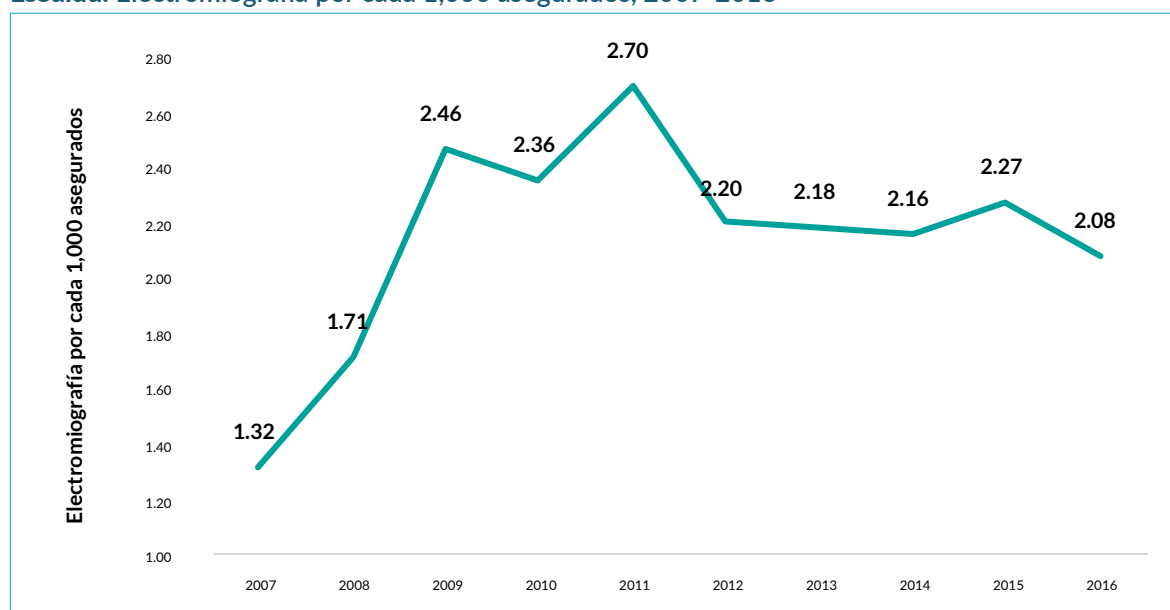


Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

La cantidad de electromiografías por 1,000 asegurados se incrementó en el periodo 2007-2016, como lo muestra el siguiente gráfico. En el 2007 se registraron 1.32 electromiografías por 1,000 asegurados, mientras que para el 2016 esta cifra ascendió a 2.08. A pesar del incremento experimentando, se denota una disminución del indicador entre el periodo 2011-2016, con excepción de un leve incremento en el periodo 2014-2015, al inicio de este periodo el indicador alcanzó su mayor nivel al contabilizar 2.70 electromiografías por 1,000 asegurados.

Gráfico 151.

EsSalud: Electromiografía por cada 1,000 asegurados, 2007-2016

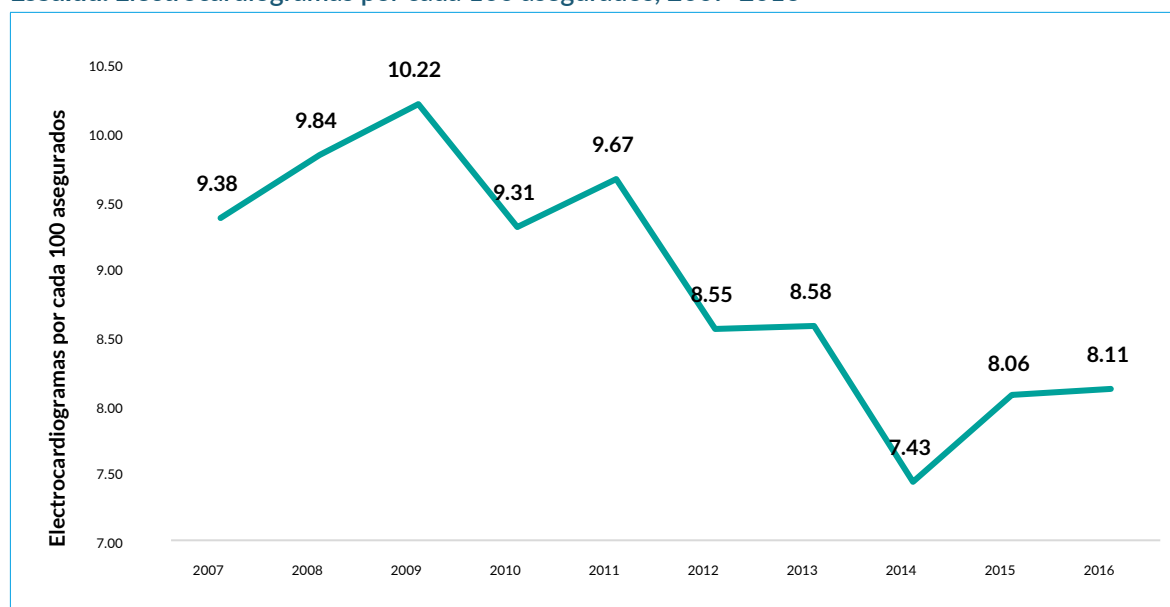


Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Otro de los procedimientos especiales es el electrocardiograma. En el gráfico a continuación se denota la tendencia a la baja que experimentó la cantidad de electrocardiogramas por cada 100 asegurados durante el periodo 2007-2016. Al inicio del periodo se registró la realización de 9.38 electrocardiogramas por cada 100 asegurados, mientras que para el cierre del periodo esta cifra descendió a 8.11. La baja de este indicador fue más pronunciada en el periodo 2013-2014, al caer de 8.58 procedimientos por cada 100 asegurados a 7.43.

Gráfico 152.

EsSalud: Electrocardiogramas por cada 100 asegurados, 2007-2016



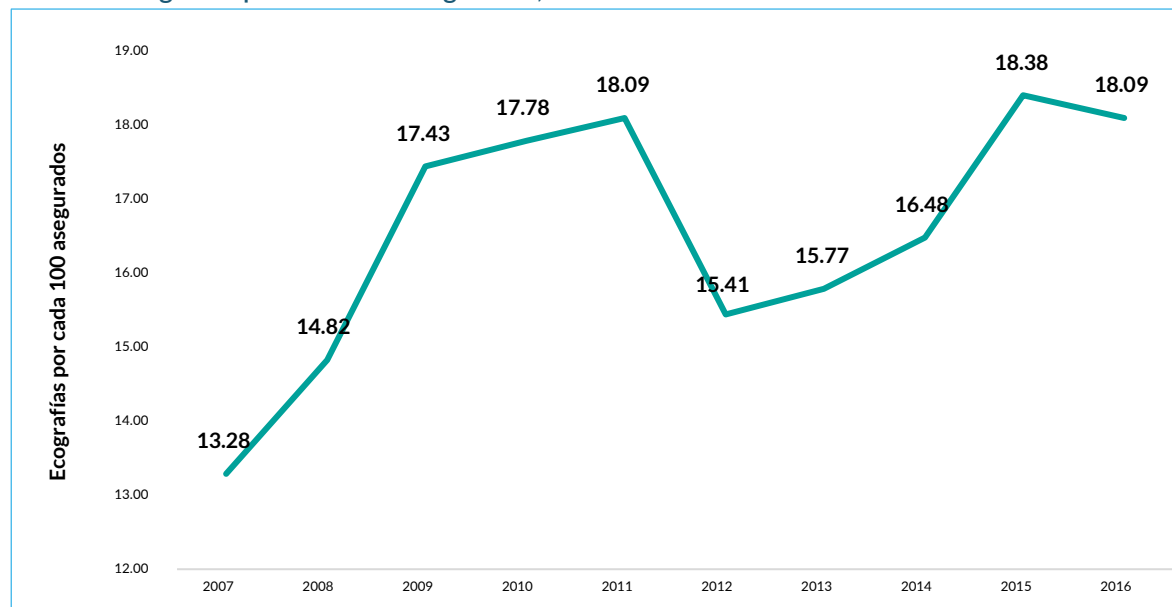
Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Las ecografías por cada 100 asegurados siguieron la tendencia opuesta de los electrocardiogramas. Este indicador se ubicó en 18.09 en el 2016, representando 1.3 veces la cantidad de ecografías por

cada 100 asegurados en el 2007. Sin embargo, se denota una disminución marcada en el periodo 2011-2012, al pasar de 18.09 ecografías por cada 100 asegurados a 15.41. El nivel más alto del indicador se alcanzó en el año 2015 (18.38 ecografías por cada 100 asegurados).

Gráfico 153.

EsSalud: Ecografías por cada 100 asegurados, 2007-2016

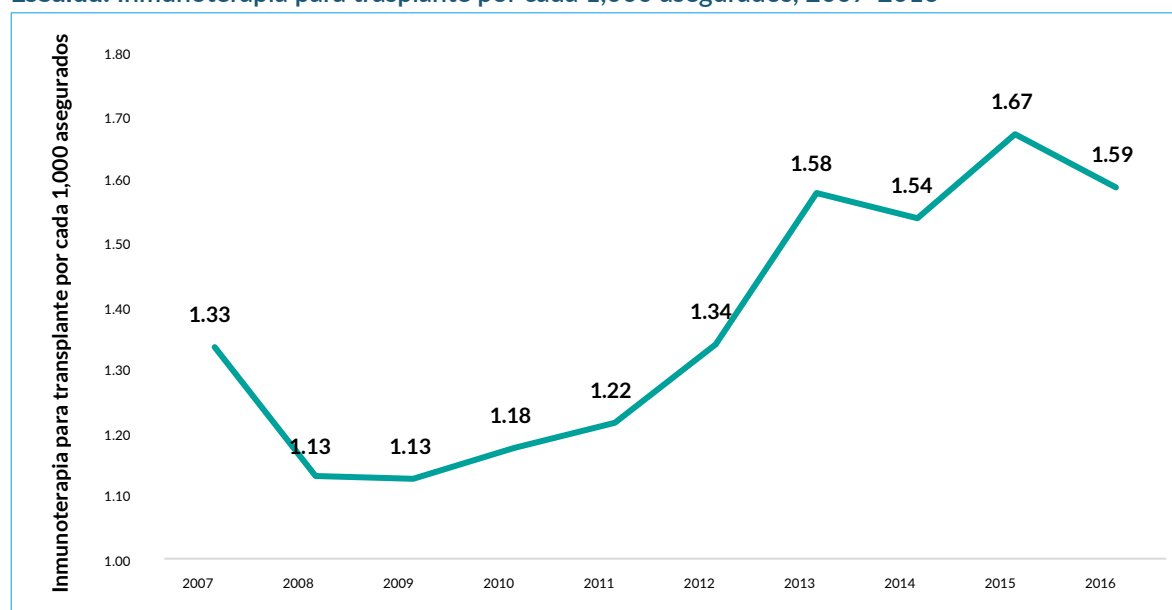


Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Dentro de los tratamientos especializados, EsSalud brindó inmunoterapia para trasplante, que mostró una tendencia al alza en el periodo 2007-2016, al pasar de 1.33 procedimientos por cada 1,000 asegurados en el 2007 a registrar 1.59 en el 2016. En el siguiente gráfico se puede observar dicha tendencia. En términos absolutos este procedimiento se incrementó en 91.49% durante el periodo, al pasar de 9,065 registros en el 2007 a 17,359 en el 2016.

Gráfico 154.

EsSalud: Inmunoterapia para trasplante por cada 1,000 asegurados, 2007-2016

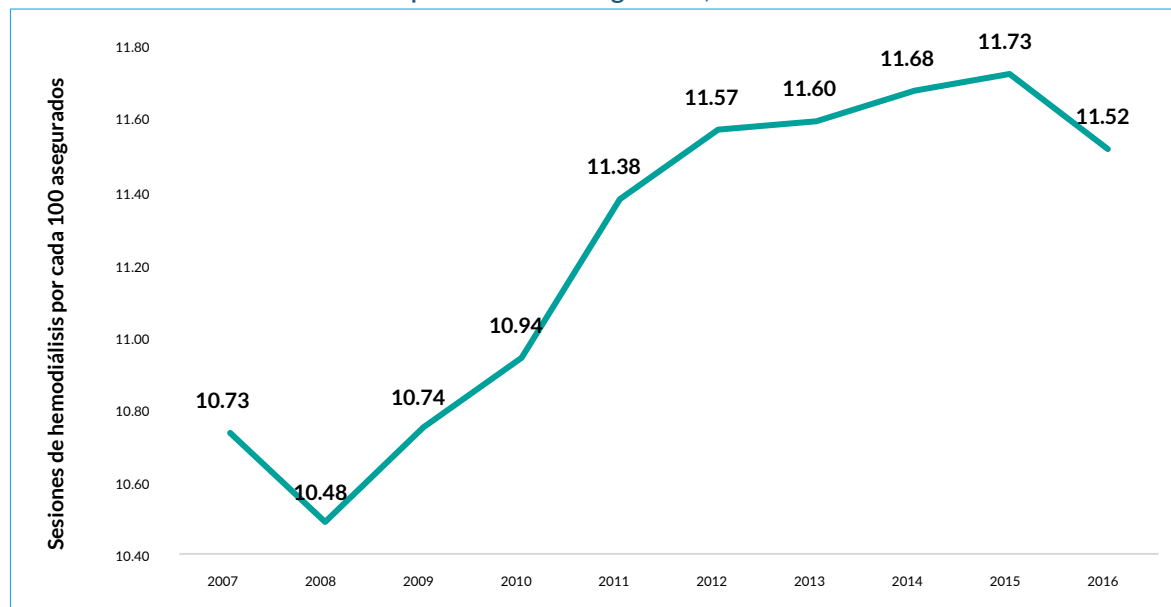


Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Las sesiones de hemodiálisis por cada 100 asegurados mostraron una tendencia al alza durante el periodo 2007-2016. Durante el 2007 se contabilizaron 10.73 sesiones de hemodiálisis por cada 100 asegurados, mientras que en el 2016 se registraron 11.52.

Gráfico 155.

EsSalud: Sesiones de hemodiálisis por cada 100 asegurados, 2007-2016

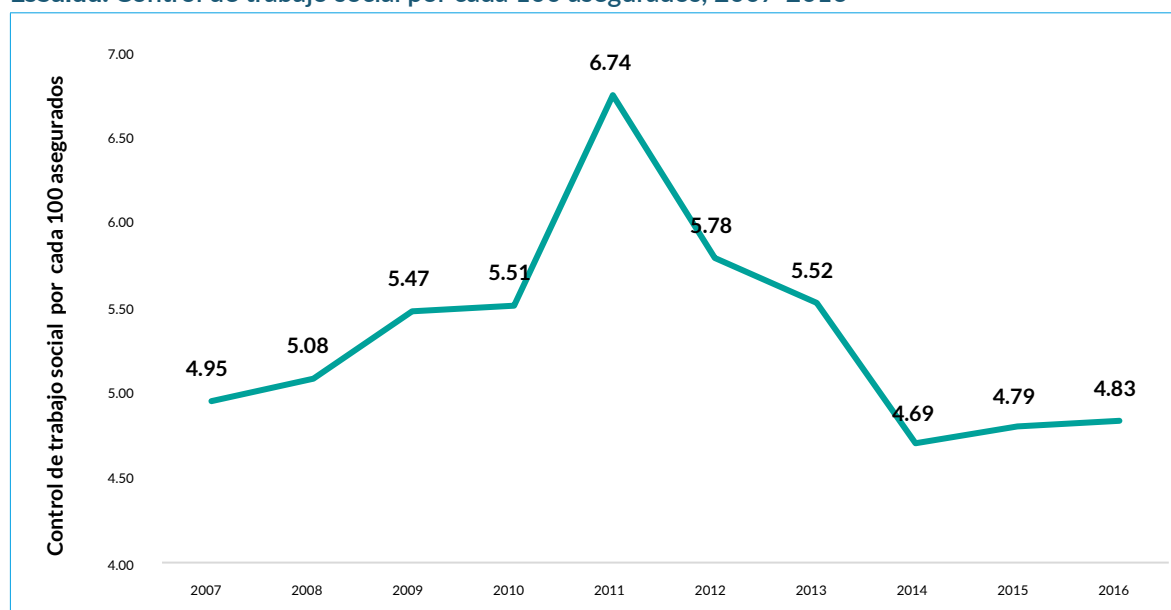


Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Por último, el control de trabajo social por cada 100 asegurados no mostró un gran cambio al analizar el valor registrado en el 2016 con relación al 2007. Dicho valor representó 4.95 controles de trabajo social por cada 100 asegurados al inicio del 2007 y se ubicó en 4.83 en el 2016. En términos absolutos la cantidad de controles de trabajo social se incrementaron en un 57.14%, al pasar de 336,000 en el 2007 a 528,000 en el 2016.

Gráfico 156.

EsSalud: Control de trabajo social por cada 100 asegurados, 2007-2016



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

12.1.9 Otros servicios

Además de los servicios expuestos anteriormente, EsSalud ejecuta una serie de servicios que tienen como objetivo contribuir en la disminución de factores de riesgo que conllevan a enfermedades crónicas no transmisibles y otras enfermedades.

Dentro de estos servicios se destacan las actividades preventivas, dentro de las que se aplican mamografías preventivas, muestras de pruebas de Papanicolaou (PAP) y vacunación pentavalente (3 dosis). En el 2016 se realizaron un total de 200,121 mamografías preventivas, se tomaron 672,759 muestras PAP y se aplicaron 91,176 vacunas pentavalentes (3 dosis). Otro de los servicios incluidos dentro de esta categoría es el Programa de Reforma de Vida, cuyo objetivo es disminuir los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles. En el 2016 se realizaron un total de 36,835 sesiones, con un crecimiento del 21% con relación a la cantidad de sesiones realizadas en el 2014 y un 6.1% de crecimiento con relación a las realizadas en el 2015.

12.2 Prestaciones económicas

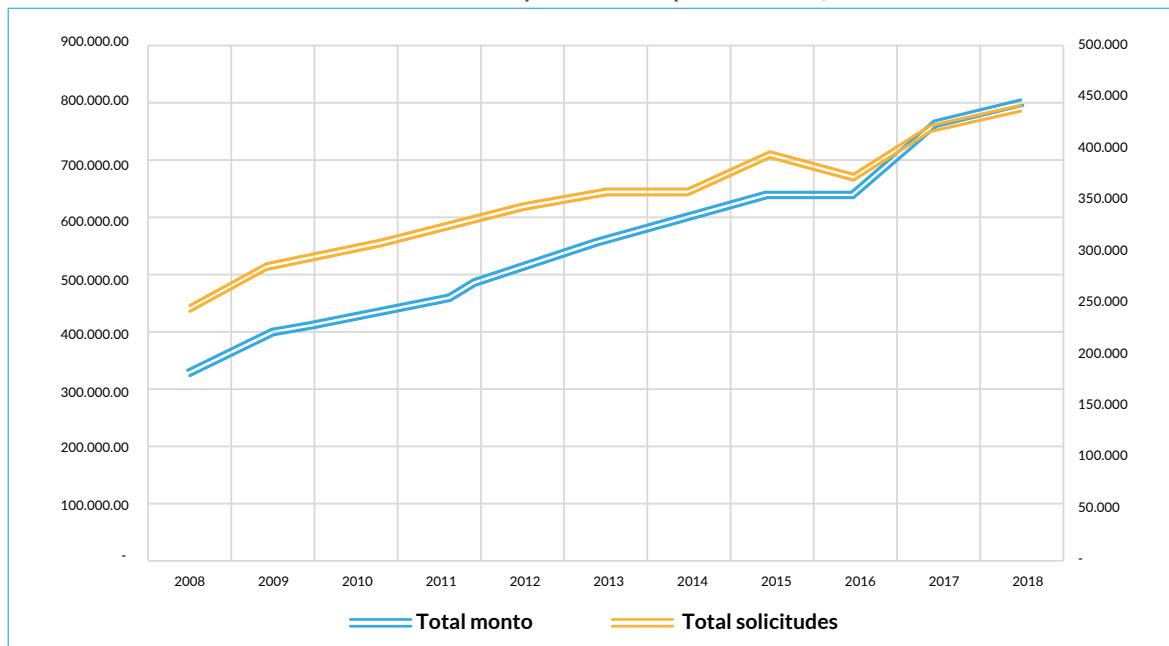
12.2.1 Datos generales

Los subsidios en EsSalud han tenido una evolución creciente en función del incremento tanto de la población asegurada como de los riesgos cubiertos por las prestaciones económicas (nacimiento, fallecimiento, enfermedad o accidente, y maternidad).

El siguiente gráfico muestra la evolución de las solicitudes atendidas y los montos de prestaciones económicas que otorgó la institución.

Gráfico 157.

EsSalud: Evolución de solicitudes atendidas y montos de prestaciones, 2008-2018

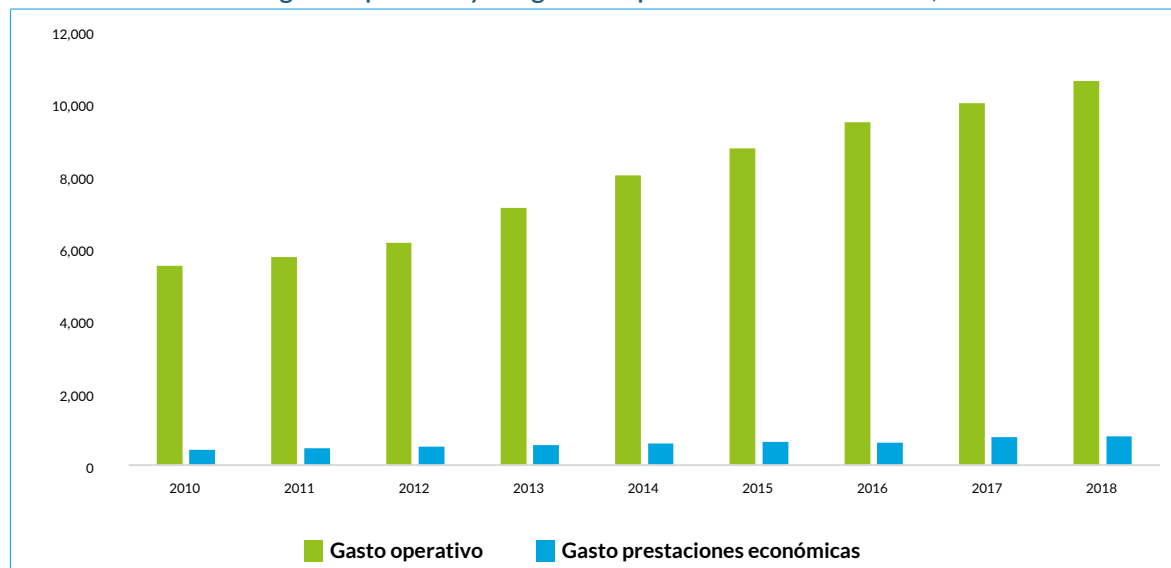


Fuente: Gerencia de Prestaciones Económicas y Sociales.

En relación con el presupuesto institucional, el gasto en prestaciones económicas mostró un comportamiento durante el periodo 2010-2018 que se puede observar en el siguiente gráfico. El gasto en prestaciones económicas representó un aproximado del 7.5% del gasto operativo.

Gráfico 158.

EsSalud: Evolución del gasto operativo y del gasto en prestaciones económicas, 2010-2018

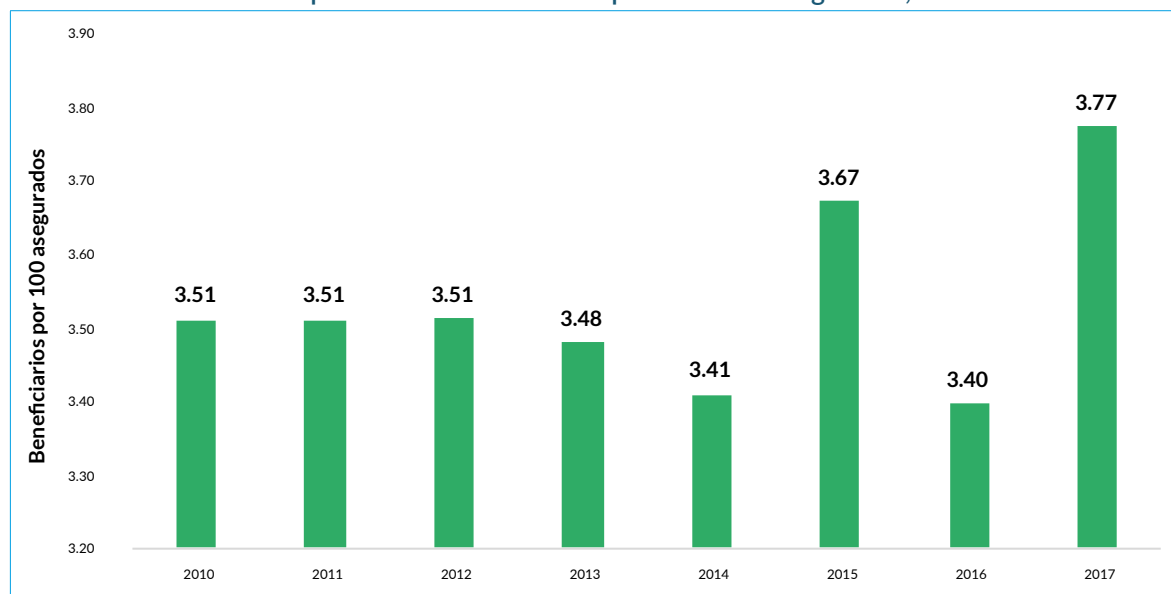


Fuente: Gerencia de Prestaciones Económicas y Sociales.

La cantidad de beneficiarios de las prestaciones económicas por cada 100 asegurados durante el periodo 2010-2017 se observa en el siguiente gráfico. Hubo un crecimiento en la cantidad de beneficiarios de estas prestaciones, que representó el 38.84% en el 2017 al compararlo con el 2010. Para el 2017 la cantidad de beneficiarios de prestaciones económicas por cada 100 asegurados se registró en 3.77, mientras que en el 2010 se ubicó en 3.51. Nótese una tendencia incremental en el periodo bajo análisis que guardaría correlación con el incremento de los afiliados en el régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud.

Gráfico 159.

EsSalud: Beneficiarios de prestaciones económicas por cada 100 asegurados, 2010-2017

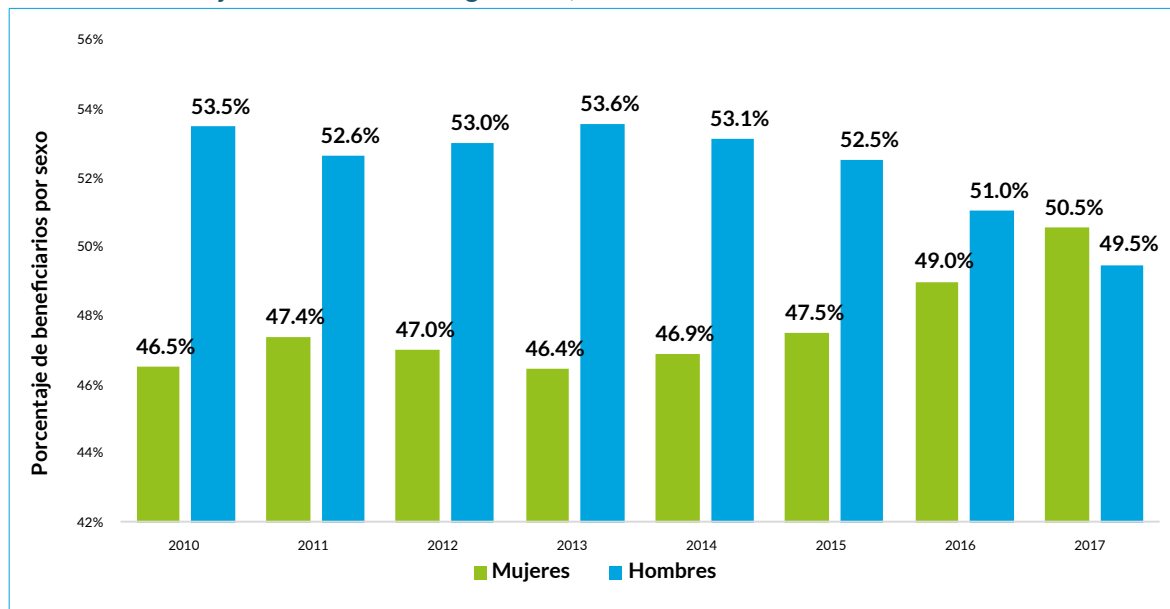


Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

El otorgamiento de los beneficios de acuerdo con el sexo de los beneficiarios se muestra en el siguiente gráfico. Como puede observarse, hasta el 2016 los hombres representaron el mayor porcentaje de beneficiarios de prestaciones económicas. No obstante, para el 2017 la tendencia se revirtió y fueron las mujeres quienes percibieron poco más de la mitad de tales beneficios.

Gráfico 160.

EsSalud: Porcentaje de beneficiarios según sexo, 2010-2017

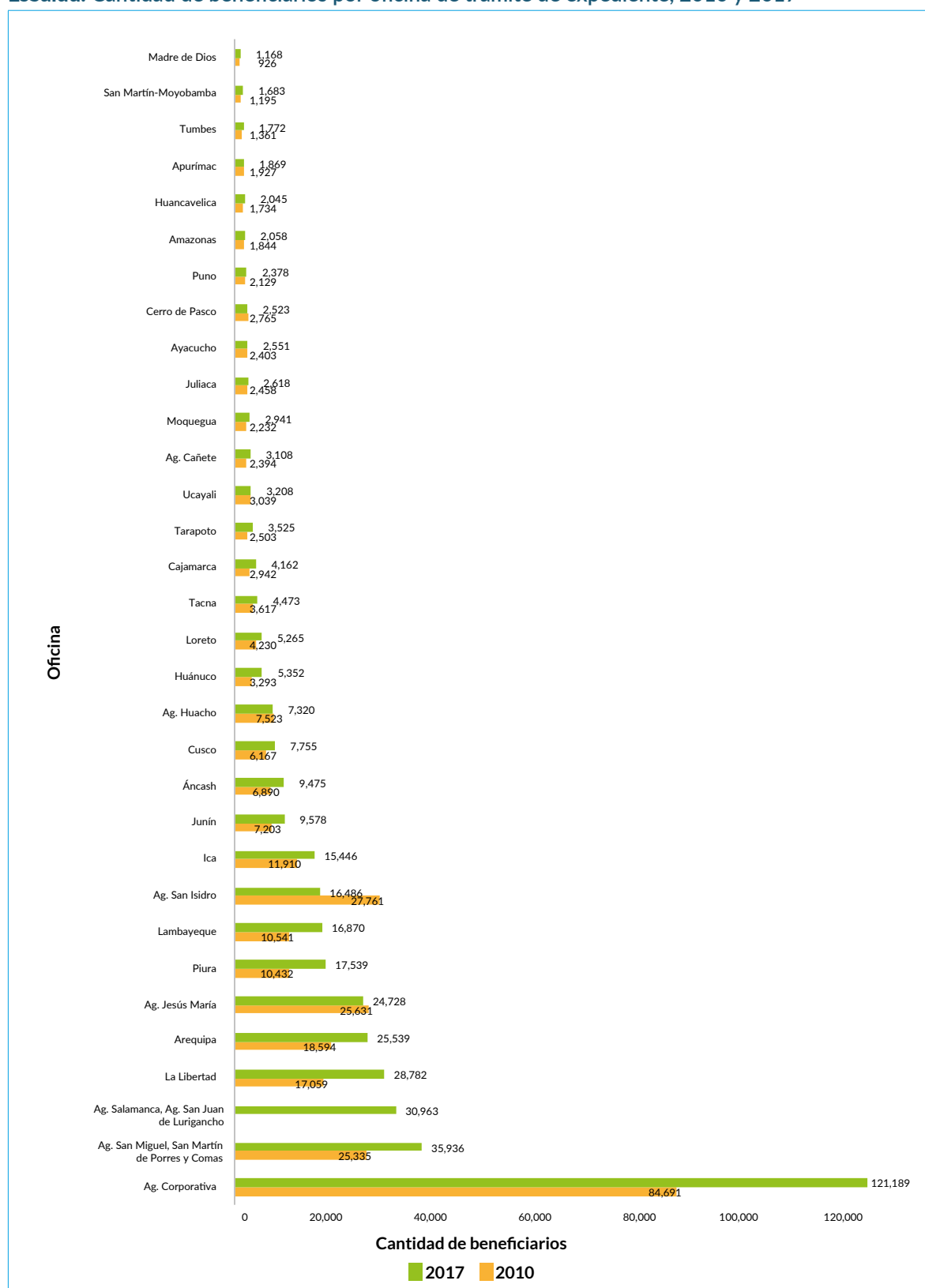


Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

En el siguiente gráfico se muestra la cantidad de beneficiarios por oficina donde fue tramitado el expediente, tanto para el año 2010 como para el 2017. La oficina con mayor cantidad de tramitaciones en ambos periodos fue Corporativa, donde además se dio un incremento del número de expedientes tramitados en el 2017 con relación al 2010 de 36,498, lo que representó una tasa de crecimiento del 43.01%. San Miguel, San Martín, Comas, Salamanca, San Juan de Lurigancho, La Libertad, Arequipa y Jesús María presentaron niveles similares de cantidad de beneficiarios, ubicándose entre 35,963 y 24,728 durante el 2017. Por su parte, dentro de las oficinas con menor cantidad de beneficiarios se destacan Madre de Dios, San Martín-Moyobamba, Tumbes, Huancavelica, Apurímac, Amazonas y Puno, registrándose entre 1,168 y 2,378 beneficiarios para el 2017.

Gráfico 161.

EsSalud: Cantidad de beneficiarios por oficina de trámite de expediente, 2010 y 2017

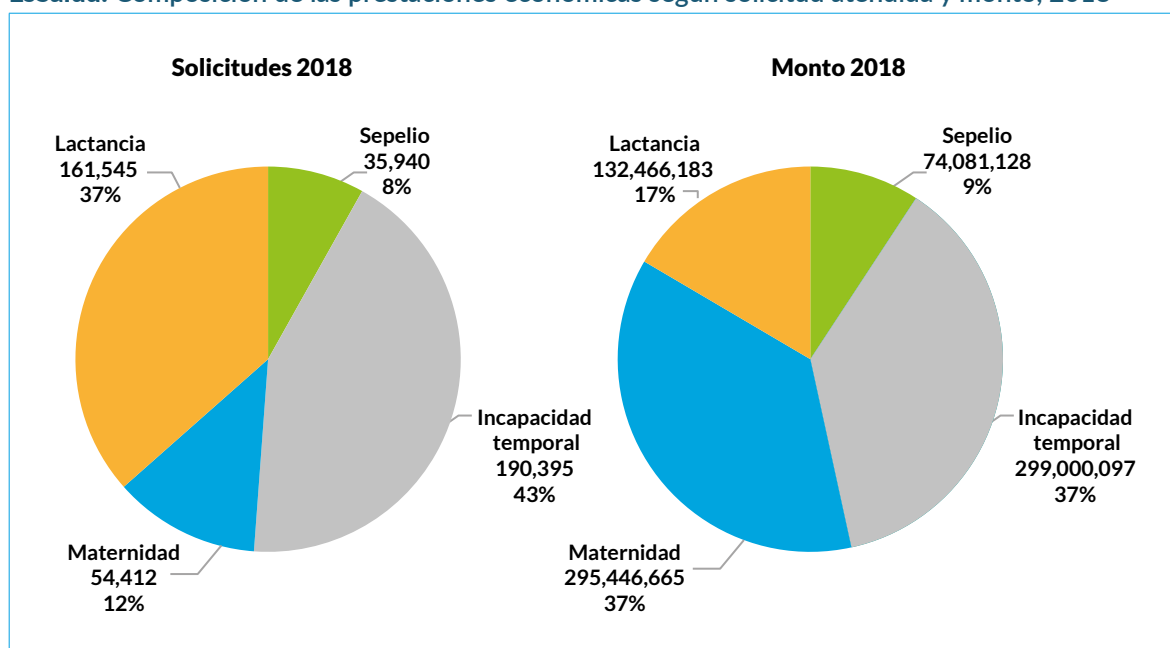


Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

El siguiente gráfico muestra la composición de estas prestaciones económicas según solicitud atendida y monto asociado a su prestación durante el año 2018.

Gráfico 162.

EsSalud: Composición de las prestaciones económicas según solicitud atendida y monto, 2018

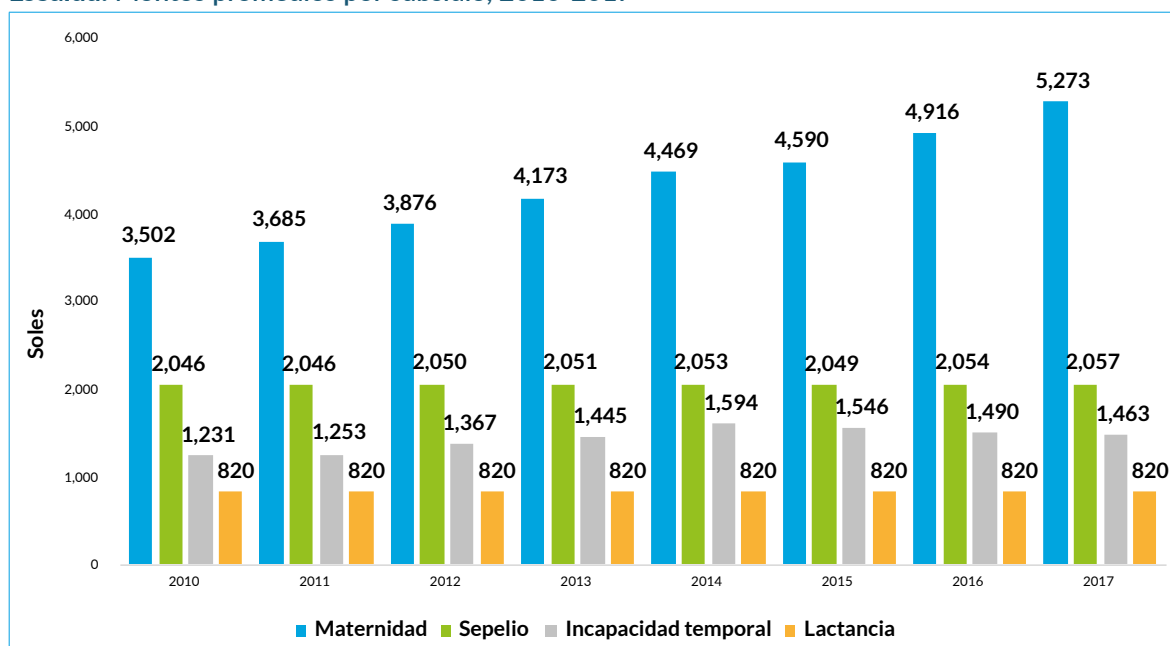


Fuente: Gerencia de Prestaciones Económicas y Sociales.

Las prestaciones económicas se agrupan en cuatro grandes categorías de subsidios: incapacidad temporal, lactancia, maternidad y sepelio. En el siguiente gráfico se muestran los montos promedios por subsidio para el periodo 2010-2017. Maternidad fue el subsidio con los mayores montos promedios para el periodo, con 5,273 soles durante el 2017, y presentó además una tendencia creciente durante el periodo. Seguido de maternidad se encuentra el monto promedio del subsidio por sepelio, que se mantuvo estable a lo largo del tiempo, en 2017 alcanzó los 2,057 soles. Incapacidad temporal mostró una tendencia al alza, al pasar de representar 1,231 soles en el 2010 a 1,463 en el 2017. Por último, el monto del subsidio de lactancia se mantuvo invariable a lo largo del periodo (820 soles).

Gráfico 163.

EsSalud: Montos promedios por subsidio, 2010-2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Tanto para el 2010 como para el 2017, el tipo de asegurado que presentó mayor cantidad de beneficiarios fue el de los empleados distintos al Gobierno Central, tal y como se muestra en el siguiente cuadro. Esta categoría agrupó el 55.82% de los beneficiarios en el 2017, incrementándose en 2.08 p.p. con relación al 2010. A esta categoría le siguen los asegurados del Gobierno Central, quienes agruparon el 15.42% de los beneficiarios durante el 2017 (4.05 p.p. por debajo del porcentaje del 2010). La categoría de obreros presentó un importante incremento, al pasar de aglomerar al 6.36% de los beneficiarios en el 2010 al 11.82% en el 2017. Dentro de las categorías de asegurados con menores porcentajes de beneficiarios se destacan Pensionista 18846, Pensionista SCTR, Seguro Personal, Seguro Familiar, Ama de Casa, Facultativo Independiente, Chofer Profesional, Continuación Facultativo, Universitario y Seguro Beneficiario Ley N° 30478.

Cuadro 100.

EsSalud: Porcentaje de beneficiarios por tipo de asegurado, 2010 y 2017

Tipo de asegurado	2010	2017
Empleado	53.74	55.82
Gobierno Central	19.47	15.42
Obrero	6.36	11.82
Pensionista 19990	4.75	1.68
Agrario Dependiente	4.67	5.73
Trabajador CAS D. Leg. 1057	4.07	6.18
Trabajadores del IPSS	2.29	0.50
Construcción Civil	1.67	1.26
Pensionista 20530	1.36	0.26
Trabajador del Hogar	0.58	0.51
Pensionista AFP	0.28	0.11
Pescador Activo CBSSP	0.22	0.15
Agrario Independiente	0.16	0.08
Trabajador Acuícola	0.13	0.13
Portuario/Panif. Supl.	0.09	0.19
Pescador Pensionistas CBSSP	0.06	0.01
Seguro Potestativo	0.04	0.04
Pescador y Procesador Pesquero Artesanal	0.04	0.03
Seguro Independiente	0.02	0.00
Sin clasificar	0.02	0.00
Pescador No Artesanal	0.01	0.01
Pensionista 18846	0.00	0.00
Pensionista SCTR	0.00	0.00
Seguro Personal	0.00	0.00
Seguro Familiar	0.00	0.00
Ama de Casa	0.00	0.00
Facultativo Independiente	0.00	0.00
Chofer Profesional	0.00	0.00
Continuación Facultativo	0.00	0.00
Universitario	0.00	0.00
Seguro Beneficiario Ley N° 30478	0.00	0.05

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

A continuación, se expone un análisis más detallado de los diferentes riesgos incluidos dentro de las cuatro categorías de subsidios de EsSalud.

12.2.2 Incapacidad temporal

La incapacidad temporal es una prestación económica que cubre la contingencia por enfermedad o accidente que pueda sufrir un afiliado en actividad. EsSalud, de acuerdo con las reglas de calificación, cubre el monto dejado de percibir por el afiliado durante el tiempo de incapacidad. Este subsidio dependería de factores tales como la tasa de accidentabilidad (accidente común o de trabajo), tasa de morbilidad, enfoque preventivo, oportunidad de la atención en salud, riesgo moral en la solicitud de emisión de los descansos médicos, entre otros.

Los siguientes gráficos muestran el monto del subsidio de incapacidad temporal por asegurado según departamento, para los años 2014 y 2017. Permiten apreciar además el tamaño de la población asegurada de cada uno de los departamentos. En el 2014 el departamento con la mayor población de asegurados fue Lima. Sin embargo, este no fue el departamento con la mayor cantidad de monto otorgado por asegurado. Encima de Lima se ubican Arequipa y Tacna, los cuales otorgaron 27.59 y 29.53 soles por asegurado, mientras Lima registró 26.53 soles por asegurado. Este escenario cambió en el 2017, cuando Lima se ubicó como el departamento con la mayor cantidad de asegurados y como el segundo en monto otorgado por asegurado.

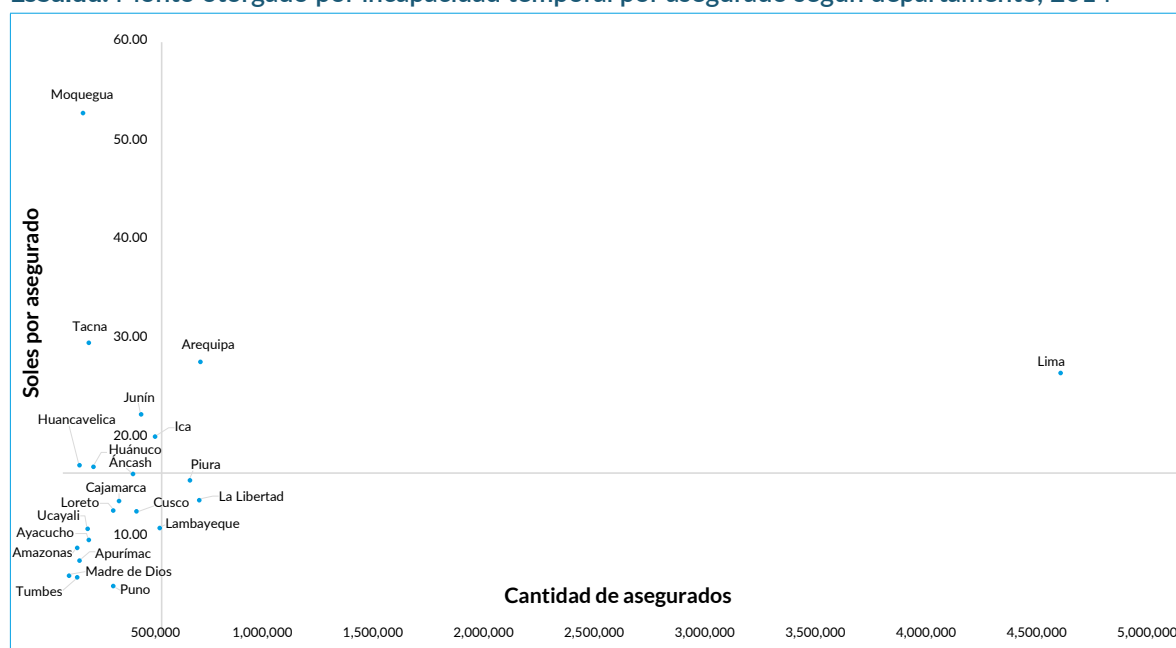
En el 2014 Moquegua se ubicó como el departamento con el mayor monto de subsidio de incapacidad temporal otorgado por asegurado (52.8 soles por asegurado), aunque por debajo del promedio de población asegurada. En el 2017 esta posición fue ocupada por Tacna, la cual también se ubicó por debajo del promedio de población asegurada, con un monto registrado de 37.7 soles por asegurado.

En el 2014 los departamentos de Tacna, Junín, Huánuco, Huancavelica, Ica, Áncash y Moquegua se ubicaron debajo del promedio de población asegurada pero encima del promedio del monto de subsidio otorgado por asegurado. Para el 2017, con excepción de Huánuco, estos departamentos ocuparon el mismo cuadrante. En 2014 Lima y Arequipa fueron los únicos departamentos en ubicarse por encima de la media poblacional y de la media del monto de subsidio por asegurado. En 2017 se unió a este grupo La Libertad. En el 2014 Piura y La Libertad se ubicaron sobre la media poblacional pero debajo de la media del monto del subsidio por asegurado. En el 2017 solo Piura continuó ocupando dicha posición.

Por último, la mayor cantidad de departamentos se concentró debajo de la media poblacional y debajo del monto del subsidio por asegurado. En el 2014 se ubicaron en dicha posición Cajamarca, Loreto, Cusco, Lambayeque, Ayacucho, Apurímac, Ucayali, Amazonas, Madre de Dios, Tumbes y Puno. En el 2017 se unió a este grupo Huánuco.

Gráfico 164.

EsSalud: Monto otorgado por incapacidad temporal por asegurado según departamento, 2014



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Gráfico 165.

EsSalud: Monto otorgado por incapacidad temporal por asegurado según departamento, 2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Los siguientes gráficos muestran los días de incapacidad otorgados por asegurado según departamento en el 2014 y el 2017. Tanto para el 2017 como para el 2014, en el primer cuadrante se ubicaron Lima, Arequipa y La Libertad. Este cuadrante agrupó los departamentos que se encuentran por encima de la media poblacional y por encima de la media de días de incapacidad temporal por asegurado. Lima fue el departamento que agrupó a la mayor cantidad de asegurados y el cuarto departamento en días otorgados por asegurado.

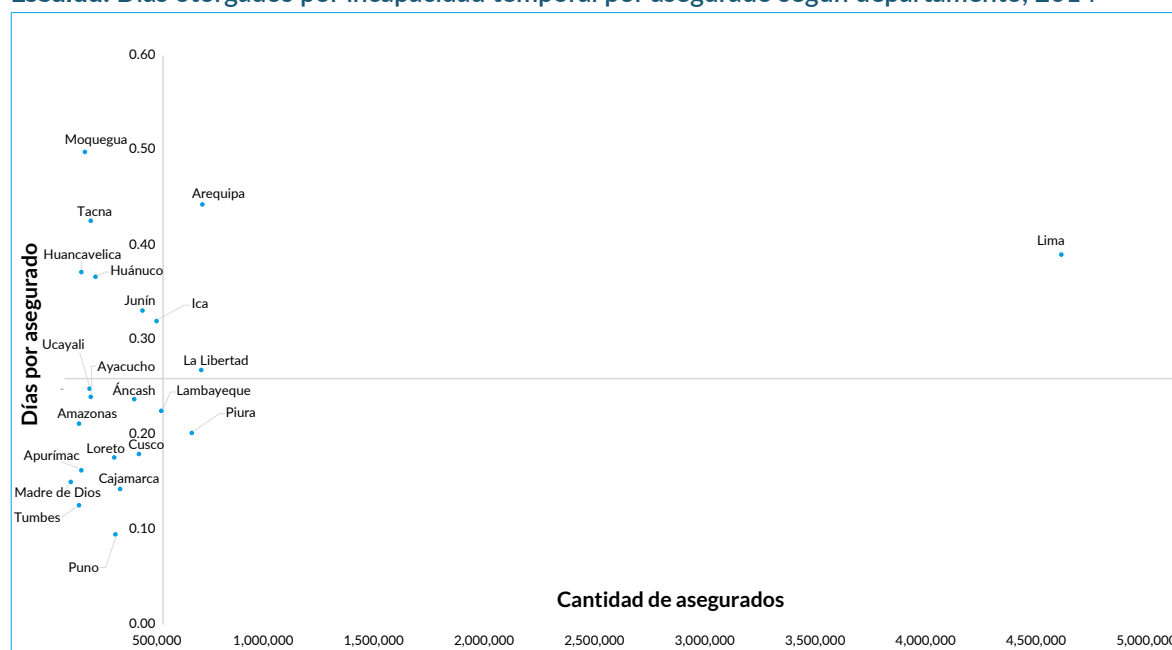
En el 2014, al igual que en el monto otorgado por asegurado, Moquegua fue el departamento con mayor cantidad de días por asegurado otorgado por el subsidio (0.5 días). Este departamento se ubicó debajo de la media poblacional pero encima de la media de días por asegurado. En este cuadrante también se ubicaron Tacna, Huancavelica, Huánuco, Junín e Ica. En el 2017 este cuadrante fue ocupado por Tacna, Huánuco, Huancavelica, Moquegua, Junín, Ica y Áncash.

El tercer cuadrante concentró la mayor cantidad de departamentos en el 2014, que se ubicaron debajo de la media poblacional y la media de días otorgados de incapacidad temporal por asegurado. En este cuadrante cayeron los siguientes doce departamentos: Ucayali, Ayacucho, Áncash, Amazonas, Loreto, Cusco, Cajamarca, Puno, Tumbes, Madre de Dios, Apurímac y Lambayeque. Esta cifra se redujo a once departamentos en el 2017: Puno, Loreto, Cajamarca, Cusco, Ucayali, Amazonas, Tumbes, Apurímac, Ayacucho, Madre de Dios y Lambayeque.

Por último, el cuarto cuadrante se conforma por los departamentos que se ubicaron por encima de la media poblacional pero por debajo de la media de días otorgados de incapacidad temporal por asegurado. En dicho cuadrante se ubicó únicamente Piura en ambos periodos.

Gráfico 166.

EsSalud: Días otorgados por incapacidad temporal por asegurado según departamento, 2014



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Gráfico 167.

EsSalud: Días otorgados por incapacidad temporal por asegurado según departamento, 2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Enfermedad

El siguiente cuadro muestra la cantidad de beneficiarios totales y por promedio de edad que recibieron el subsidio por enfermedad para el periodo 2010-2017. La cantidad total se incrementó en el 2017 en 10.56% con relación al 2010, alcanzando la cifra de 122,323 beneficiarios. En términos de beneficiarios por cada 100 asegurados, se observa una disminución de 0.2 beneficiarios en el periodo, al pasar de 1.3 en el 2010 a 1.1 en el 2017. Del grupo de incapacidad temporal, este es el riesgo con mayor cantidad de beneficiarios. Los hombres son quienes más recibieron este beneficio; sin embargo, la cantidad de mujeres se incrementó durante el periodo en mayor porcentaje que en el caso de los hombres, dichos incrementos fueron del 13.71% y del 7.64% en el 2017 con respecto al 2010, respectivamente.

Los beneficiarios del subsidio alusivo al riesgo de enfermedad presentaron una edad promedio de 45.6 años durante el 2017, que no mostró una gran variación a lo largo del periodo 2010-2017.

Al 2017 la cantidad de días promedio otorgada a los beneficiarios del riesgo enfermedad se ubicó en 18.2, promedio que corresponde al más bajo de todos los días pertenecientes a la categoría de incapacidad temporal. Este promedio tendió a la baja durante el periodo representado, descendiendo a 5.2 días en el 2017 con respecto al 2010. El monto promedio del subsidio de enfermedad presentó un leve incremento en el 2017 con relación al 2010 de 108.01 soles. Durante ese año el monto máximo pagado se ubicó en 286,522 soles.

Cuadro 101.**EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio enfermedad, 2010-2017**

Año	Total de beneficiarios	Beneficiarios por 100 asegurados	Promedio edad	Promedio de días otorgados	Monto promedio
2010	110,635	1.3	44.6	23.3	1,185.51
2011	121,459	1.3	44.4	22.9	1,206.42
2012	125,861	1.3	44.45	23.3	1,310.27
2013	107,381	1.0	45.1	21.5	1,291.76
2014	106,936	1.0	45.5	21.5	1,435.14
2015	112,722	1.0	45.8	20.6	1,375.77
2016	104,551	1.0	45.0	18.1	1,328.15
2017	122,323	1.1	45.6	18.2	1,293.52

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Accidente de trabajo

El riesgo de accidente de trabajo mostró una clara tendencia de crecimiento en cantidad de beneficiarios en términos absolutos, como puede verse en el siguiente cuadro. El crecimiento absoluto de beneficiarios en este riesgo fue del 97.02% en el 2017 con relación al 2010. También se denota un crecimiento de beneficiarios por cada 1,000 asegurados de 0.3 en el periodo. La mayor cantidad de beneficiarios fueron hombres, en 2017 se contabilizaron 9,434 (83.1%). Pese a lo anterior, cabe destacar que se ha dado un incremento en la cantidad de mujeres que recibieron dicho subsidio, con una tasa cercana al 200% en el 2017 con relación al 2010.

La edad promedio del riesgo de accidente de trabajo no ha mostrado incrementos importantes durante el periodo 2010-2017, en 2017 dicho promedio se ubicó en 40.2 años. Al igual que en el caso de riesgo de enfermedad, el riesgo de accidente de trabajo mostró una disminución en la cantidad de días de incapacidad otorgados por este riesgo. Como puede verse en el siguiente cuadro, los días promedio de este riesgo pasaron de 41.5 días en el 2010 a 33.2 en el 2017, disminuyendo en 8.3 días. Pese a lo anterior, accidente de trabajo fue, luego de reembolso de enfermedad, el riesgo que presentó el mayor promedio de días de incapacidad.

El monto promedio otorgado al riesgo de accidente de trabajo no presentó gran variabilidad en el periodo 2010-2017, pues se incrementó en 86.57 soles en el 2017 con relación al 2010. El monto máximo otorgado en el 2017 se registró en 174,114 soles.

Cuadro 102.**EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio accidente de trabajo, 2010-2017**

Año	Total de beneficiarios	Beneficiarios por 1,000 asegurados	Promedio edad	Promedio de días otorgados	Monto promedio
2010	5,713	0.7	38.7	41.5	2,105.61
2011	6,200	0.7	38.5	45.0	2,161.14
2012	6,125	0.6	38.57	43.98	2,540.46
2013	6,473	0.6	39.3	48.1	2,718.10
2014	6,733	0.6	39.6	47.2	2,859.20
2015	6,777	0.6	39.7	43.7	2,932.98
2016	8,605	0.8	39.6	34.1	2,275.25
2017	11,256	1.0	40.2	33.2	2,192.18

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Accidente común

Luego de enfermedad, accidente común fue el subsidio que concentró la mayor cantidad de beneficiarios. Como se muestra en el siguiente gráfico, para el 2017 se registraron 31,674 beneficiarios de este subsidio, en comparación con el 2013 creció un 45.65%. También se dio un incremento en los beneficiarios por cada 1,000 asegurados, que fue de 0.7 en el periodo. Al igual que los subsidios expuestos anteriormente, los hombres fueron los que gozaron en mayor cantidad del subsidio por riesgo de accidente común, pero estos presentan un menor crecimiento en el periodo en comparación con las mujeres, del 40.48% y del 54.87%, respectivamente.

Quienes recibieron este beneficio tenían en promedio 42.7 años en el 2017, edad que no presentó una variación considerable en el periodo. Aquellos beneficiarios incapacitados por accidente común pasaron de tener en promedio 30.9 días otorgados en el 2013 a 26.5 días en el 2017.

Como sucedió en el subsidio accidente de trabajo, el monto promedio del subsidio de accidente común no mostró una variabilidad notable durante el periodo bajo estudio, presentando un movimiento al alza en el 2017 de 31 soles con relación al 2013.

Cuadro 103.

EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio accidente común, 2013-2017

Año	Total de beneficiarios	Beneficiarios por 1,000 asegurados	Promedio edad	Promedio de días otorgados	Monto promedio
2013	21,747	2.1	42.2	30.9	1,834
2014	21,556	2.0	42.6	30.7	2,005
2015	23,230	2.2	42.5	29.3	1,972
2016	23,688	2.2	41.6	26.2	1,914
2017	31,674	2.8	42.7	26.5	1,865

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Enfermedad profesional

La cantidad de beneficiarios totales por riesgo de enfermedad profesional mostró una reducción importante a partir del 2015, tal y como puede notarse en el siguiente cuadro. La cantidad de beneficiarios de enfermedad profesional se redujo en un 83.61% en el 2017 con relación al 2013. La reducción también se denota en la cantidad de beneficiarios por 10,000 asegurados, al pasar de 0.42 en el 2013 a 0.06 en el 2017. Al igual que en los casos anteriores, los hombres fueron los que recibieron la mayor cantidad del subsidio, incluso se observa que la mayor parte de la reducción en el otorgamiento del subsidio se debió a un descenso en la cantidad de beneficiarias, las cuales vieron disminuido dicho beneficio en un 92.06%, mientras que en el caso de los hombres se dio un incremento del 5.41%.

La edad promedio mostró una clara tendencia al alza durante el periodo 2013-2017, pasando de 35.4 años en el 2013 a 48 años en el 2017. Durante el 2017 el promedio de días otorgados por este subsidio fue de 25.57. Este promedio mostró una leve baja en el periodo 2013-2017, que en 2013 se ubicó en 26.96 días.

Con relación al monto promedio otorgado al riesgo de enfermedad profesional, se observa que tendió al alza, pasando de 877.17 soles en el 2013 a 2,293.26 soles en el 2017, lo que representó un incremento del 161.44%.

Cuadro 104.

EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio enfermedad profesional, 2013-2017

Año	Total de beneficiarios	Beneficiarios por 10,000 asegurados	Promedio edad	Promedio de días otorgados	Monto promedio
2013	427	0.42	35.4	26.96	877.17
2014	537	0.50	35.8	29.27	1,057.27
2015	70	0.07	39.7	30.86	1,339.36
2016	83	0.08	41.9	31.14	4,226.05
2017	70	0.06	48.0	25.57	2,293.26

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Reintegro de enfermedad

En el siguiente cuadro se muestran los datos correspondientes a la cantidad de beneficiarios del riesgo de reintegro de enfermedad. Como se puede observar, la cantidad de estos beneficiarios ha aumentado considerablemente desde el 2013, dicho crecimiento representó una tasa del 333%. La cantidad de beneficiarios por cada 10,000 asegurados mostró un incremento de 0.16 asegurados en el periodo. Los hombres fueron quienes más accedieron al beneficio (62% en el 2017) y se adjudicaron la mayor tasa de crecimiento en el periodo, que fue del 418%, en contraste con un 242% de crecimiento en la cantidad de beneficiarias del riesgo reintegro de enfermedad.

Los beneficiarios de este subsidio tenían en 2017 una edad promedio de 46.7 años, que se ubicó en 3.5 años por debajo del valor contabilizado en el 2013. En promedio, los beneficiarios de reembolso de enfermedad recibieron 35.1 días de incapacidad en el 2017, promedio que fue 2.2 días mayor que el registrado en el 2013. Por su parte, el monto promedio del riesgo reembolso de enfermedad ha tendido al alza en el periodo 2013-2017. Este monto pasó de representar 243.3 soles en el 2013 a 661 soles en el 2017.

Cuadro 105.

EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio reintegro de enfermedad, 2013-2017

Año	Total de beneficiarios	Beneficiarios por 10,000 asegurados	Promedio edad	Promedio de días otorgados	Monto promedio
2013	54	0.05	50.2	32.9	243.3
2014	86	0.08	49.3	35.0	677.5
2015	47	0.04	46.4	35.5	496.3
2016	128	0.12	43.8	34.1	544.5
2017	234	0.21	46.7	35.1	661.0

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

12.2.3 Lactancia

La lactancia es una prestación económica que ayuda a cubrir las necesidades del menor recién nacido hijo(a) de un afiliado en actividad.

Este subsidio dependería de factores tales como la tasa de natalidad, la tasa de supervivencia infantil, el incremento de la población migrante, la cobertura del seguro, el presupuesto, el conocimiento del derecho, el nivel socioeconómico, entre otros.

Los siguientes gráficos muestran la distribución de los departamentos de acuerdo a su población asegurada y el monto de subsidio otorgado por asegurado, para el 2014 y el 2017. En el primer cuadrante se ubican los departamentos que se encuentran por encima, tanto de la media poblacional como de la media de soles otorgado por asegurado. Lima es el departamento que agrupa la mayor cantidad de asegurados y el que otorga el monto de lactancia por asegurado más elevado en ambos periodos (15.7 soles en el 2014 y 13.7 soles en el 2017). En este cuadrante también se ubican Arequipa, Piura y La Libertad.

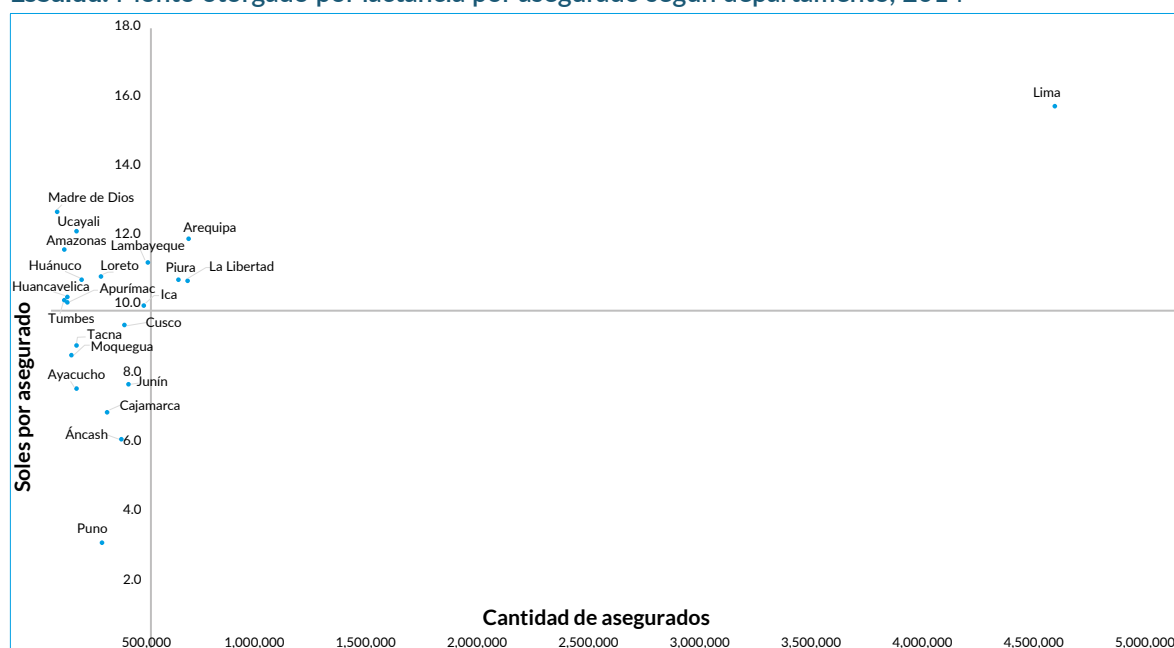
El segundo cuadrante se conforma por los departamentos que se encuentran debajo de la media poblacional pero encima de la media del monto otorgado por asegurado. En el 2014 se ubicaron Madre de Dios, Ucayali, Lambayeque, Loreto, Huancavelica, Tumbes, Amazonas, Huánuco, Apurímac e Ica. En el 2017 en dicho cuadrante se ubicaron Madre de Dios, Huánuco, Ucayali, Tumbes, Loreto, Ica, Amazonas y Lambayeque.

El tercer cuadrante se encuentra conformado por los departamentos que se ubican por debajo de la media de población asegurada y por debajo del monto del subsidio de lactancia por asegurado. En el 2014 se ubicaron en dicho cuadrante Tacna, Ayacucho, Puno, Áncash, Cajamarca, Junín, Moquegua y Cusco. En el 2017 se unieron a este grupo Huancavelica y Apurímac.

Como se puede constatar en los siguientes gráficos, no se reportan departamentos que se ubiquen por encima de la media poblacional y por debajo del monto de subsidio por asegurado. Esto corresponde al cuarto cuadrante del gráfico.

Gráfico 168.

EsSalud: Monto otorgado por lactancia por asegurado según departamento, 2014



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Gráfico 169.

EsSalud: Monto otorgado por lactancia por asegurado según departamento, 2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Lactancia titular

El subsidio de lactancia titular se otorgó a 62,719 mujeres en el 2017. La cantidad de mujeres que recibieron este subsidio aumentó en un 55.30% en el periodo 2010-2017. El siguiente cuadro muestra la evolución anual de la cantidad de beneficiarias de lactancia titular, cuyo mayor nivel alcanzado se registró en el 2015, con un valor de 62,768 beneficiarias. En cuanto a la cantidad de beneficiarias por cada 1,000 asegurados, se observa también un incremento, que se registró en 0.9 beneficiarias en el 2017 con relación al 2010. La edad promedio de las beneficiarias de este subsidio se ubicó en 31.9 años en el 2017, mostrando poca variabilidad en el periodo.

Cuadro 106.

EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio lactancia titular, 2010-2017

Año	Total de beneficiarias	Beneficiarias por 1,000 asegurados	Promedio edad
2010	40,387	4.7	32.0
2011	42,499	4.7	31.9
2012	47,774	4.9	31.8
2013	49,824	4.8	31.8
2014	52,909	5.0	31.9
2015	62,768	5.8	31.8
2016	61,566	5.6	31.8
2017	62,719	5.6	31.9

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Lactancia cónyuge

Los beneficiarios del subsidio lactancia cónyuge se han incrementado en el periodo 2010-2017, con un crecimiento del 11.42%. Sin embargo, esta cantidad mostró una importante desaceleración a partir del 2015, cuando pasó de registrar 111,639 a contabilizar 90,374 en el 2016. En el 2017 esta cantidad se recuperó levemente, ubicándose en 93,992 beneficiarios. La cantidad de beneficiarios por 1,000 asegurados mostró una reducción de 1.4 beneficiarios, al pasar de 9.8 en el 2010 a 8.4 en el 2017. La edad promedio de los beneficiarios se ubicó en 33.5 años en el 2017, mostrando poca variabilidad a lo largo del periodo.

Cuadro 107.

EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio lactancia cónyuge, 2010-2017

Año	Total de beneficiarios	Beneficiarios por 1,000 asegurados	Promedio edad
2010	84,357	9.8	33.4
2011	86,611	9.5	33.4
2012	94,985	9.7	33.4
2013	100,847	9.8	33.2
2014	102,414	9.6	33.4
2015	111,639	10.4	33.4
2016	90,374	8.3	33.5
2017	93,992	8.4	33.5

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Lactancia cero trámites

También conocida como “lactancia de oficio”, es una nueva modalidad de pago del subsidio por lactancia implementada en agosto del 2018, que permite a la madre obtener el beneficio del subsidio a las 72 horas de nacido/a su hijo/a, sin necesidad de realizar trámite, es decir, sin efectuar colas ni gastos por su traslado. La mejora en este servicio fue posible gracias a la integración de la información del Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea (RENIEC y MINSA), disponible en los establecimientos de salud del país, y a la automatización del proceso de calificación de subsidios por lactancia en EsSalud. Al respecto, es bueno señalar que a fines de julio 2019 se ha beneficiado bajo esta modalidad a cerca de 65,000 madres, que ahora cuentan con una prestación económica oportuna y sin trámites.

12.2.4 Maternidad

El subsidio por maternidad es una prestación económica que otorga el dinero al que tienen derecho las gestantes aseguradas para compensar el tiempo que no trabajarán por su licencia de maternidad, después del parto y de los primeros cuidados del recién nacido. Este subsidio dependería de factores tales como la tasa de fecundidad y la tasa de empleo en la mujer, entre otros.

En el siguiente gráfico se observa la distribución de los departamentos según monto otorgado por maternidad por asegurado y según población asegurada, para los años 2014 y 2017. En el 2014 en el primer cuadrante se ubicaron Lima y Arequipa, a estos se les sumó La Libertad en el 2017. Estos

departamentos se ubicaron por encima de la media poblacional y por encima del monto medio del subsidio otorgado por asegurado. Lima fue el departamento con el monto por asegurado más elevado en ambos periodos (31.3 soles en el 2014 y 49.5 en el 2017).

En el 2014 el segundo cuadrante estuvo conformado por Madre de Dios, Apurímac, Tacna, Cusco, Amazonas, Huancavelica y Lambayeque. Para el 2017 se sumó al grupo Huánuco. Este cuadrante agrupó los departamentos que se encontraron por debajo de la media de población asegurada y por encima del monto medio del subsidio por asegurado.

En el tercer cuadrante se ubicaron en ambos periodos Puno, Áncash, Cajamarca, Loreto, Junín, Moquegua, Tumbes, Ayacucho, Ucayali e Ica. Aquí se ubicaron los departamentos que se encontraban por debajo de ambas medias. Por último, en el 2014 en el cuarto cuadrante se ubicaron Piura y La Libertad, mientras que para el 2017 solo Piura ocupó dicha posición. En este cuadrante se ubicaron los departamentos que se encontraban por debajo de la media de monto de subsidio por persona, pero encima de la media poblacional.

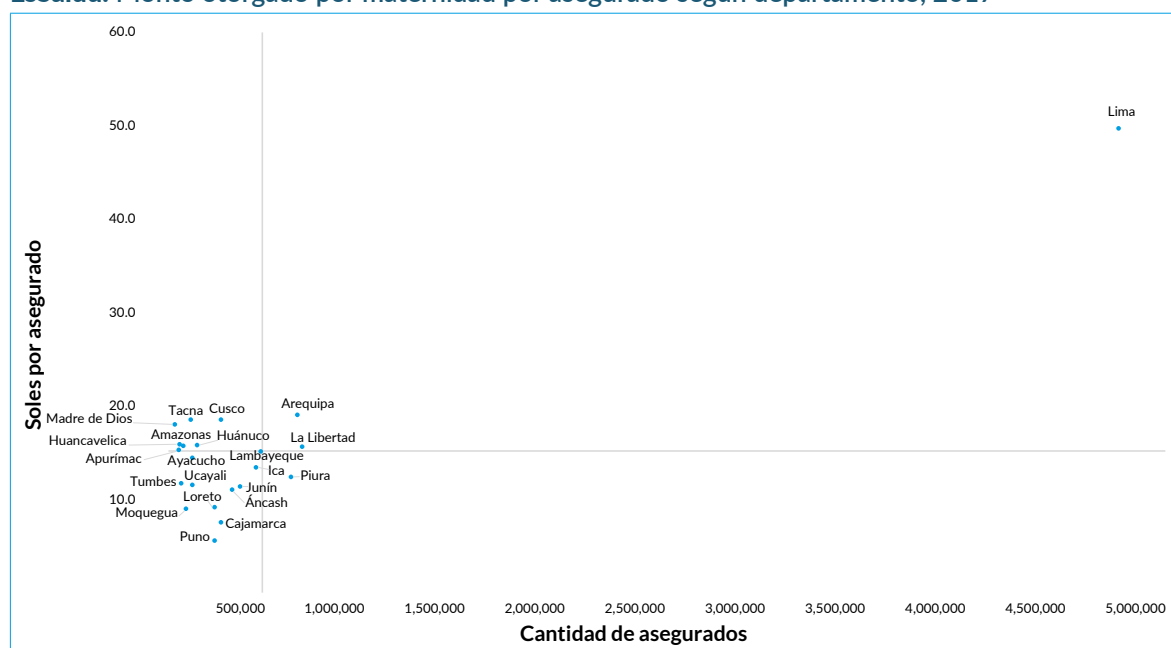
Gráfico 170.
EsSalud: Monto otorgado por maternidad por asegurado según departamento, 2014



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Gráfico 171.

EsSalud: Monto otorgado por maternidad por asegurado según departamento, 2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

En los siguientes gráficos se observa la distribución de los departamentos de acuerdo con la cantidad de asegurados y los días por maternidad por asegurado. En el primer cuadrante, que corresponde a los departamentos que se ubicaron por encima de ambas medias, estuvieron en ambos periodos Lima, Arequipa y La Libertad. Lima fue el departamento que agrupó a la mayor cantidad de asegurados y la mayor cantidad de días por el subsidio de maternidad por asegurado. En el 2014 este departamento alcanzó el monto de 0.5 días y en el 2017 ascendió a 0.7 días por asegurado.

En el 2014 los departamentos Amazonas, Madre de Dios, Huancavelica, Apurímac, Lambayeque, Huánuco, Tacna, Ica, Cusco y Tumbes se ubicaron por encima de la media de días otorgados por asegurado y por debajo de la media poblacional. Esto corresponde al segundo cuadrante.

En el tercer cuadrante aparecen los departamentos que se ubicaron por debajo de ambas medias. En el 2014 estuvo conformado por Puno, Cajamarca, Áncash, Loreto, Moquegua, Junín, Ucayali y Ayacucho. Para el 2017, Ayacucho abandonó dicho cuadrante para ubicarse en el segundo cuadrante, e Ica pasó del segundo al tercer cuadrante.

Por último, en el cuarto cuadrante se ubicaron los departamentos por encima de la media poblacional, pero por debajo de la media de días otorgados por asegurado. El único departamento en dicho cuadrante fue Piura para ambos periodos.

Gráfico 172.**EsSalud: Días otorgados por maternidad por asegurado según departamento, 2014**

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Gráfico 173.**EsSalud: Días otorgados por maternidad por asegurado según departamento, 2017**

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Maternidad pre y completa (pre y post)

En el siguiente cuadro se observa que la cantidad de beneficiarias del subsidio maternidad pre y completa (pre y post) se ha incrementado en el periodo 2010-2017. Dicho incremento representó una tasa del 45.55% en el 2017 en comparación con el 2010. En el 2017 se registraron 54,167 beneficiarias por concepto de maternidad pre y completa. En términos de la cantidad de beneficiarios por 1,000 asegurados, se observa un incremento de 0.6, al pasar de 4.3 en el 2010 a 4.9 en el 2017.

La edad promedio de las beneficiarias de este subsidio fue de 32.4 en el 2017, denotando poca variabilidad en el periodo analizado. Por su parte, la cantidad de días de incapacidad promedio otorgados a las beneficiarias de maternidad pre y completa se incrementó en el periodo. Dicho promedio pasó de representar 79.3 días en el 2010 a 91.2 días en el 2017. Los montos promedios otorgados por concepto de riesgo de maternidad pre y completa han incrementado en el periodo 2010-2017 en una tasa del 59.66%. El monto del 2010 se ubicó en 3,502.08 soles, mientras que en el 2017 representó 5,591.51 soles.

Cuadro 108.

EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio maternidad pre y completa (pre y post), 2010-2017

Año	Total de beneficiarias	Beneficiarias por 1,000 asegurados	Promedio edad	Promedio de días otorgados	Monto promedio
2010	37,215	4.3	32.5	79.3	3,502.08
2011	39,581	4.3	32.4	79.9	3,684.65
2012	42,019	4.3	32.4	80.1	3,875.98
2013	39,463	3.8	32.1	84.3	4,416.84
2014	40,486	3.8	32.2	85.0	4,707.41
2015	42,756	4.0	32.2	85.0	4,829.24
2016	41,245	3.8	32.1	87.3	5,341.76
2017	54,167	4.9	32.4	91.2	5,591.51

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Maternidad post

Al igual que en el subsidio de maternidad pre y completa, la cantidad de beneficiarias de maternidad post se ha incrementado en el periodo 2013-2017. Este cambio representó una tasa de crecimiento del 31.24% en el 2017 con relación al 2013. La cantidad de beneficiarios por cada 1,000 asegurados mostró un leve incremento de 0.1 en el periodo bajo análisis. En el 2017 este indicador representó 0.5 beneficiarias por asegurado.

La edad promedio de las beneficiarias de este subsidio se ubicó en 34.1 años en el 2017, este promedio ha presentado poca variación en el periodo 2013-2017. En promedio en el 2017 se otorgaron 44.2 días por incapacidad relacionada con el subsidio maternidad post, este promedio se encuentra tan solo a 0.5 días al monto promedio contabilizado en el 2013.

Los montos promedios otorgados por concepto de este subsidio se incrementaron en el periodo 2013-2017. En el 2010 este monto promedio fue de 1,939.8 soles, el cual ascendió a 2,337.7 soles para el 2017.

Cuadro 109.**EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio maternidad post, 2013-2017**

Año	Total de beneficiarias	Beneficiarias por 1,000 asegurados	Promedio edad	Promedio de días otorgados	Monto promedio
2013	4,267	0.4	33.9	44.7	1,939.82
2014	3,889	0.4	34.0	44.7	2,004.64
2015	3,903	0.4	34.2	44.8	1,995.19
2016	5,428	0.5	33.5	33.3	1,733.67
2017	5,600	0.5	34.1	44.2	2,337.68

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Reintegro de maternidad

En el siguiente cuadro se muestra la evolución de la cantidad de beneficiarias del subsidio reintegro de maternidad, en el periodo 2013-2017. El crecimiento absoluto de este subsidio fue cercano al 700%, al pasar de registrar 27 beneficiarias al inicio del periodo a contabilizar a 215 beneficiarias en el 2017. La cantidad de beneficiarias por cada 10,000 asegurados también denotó un incremento, pues pasó de representar 0.03 en el 2013 a 0.19 en el 2017.

La edad promedio de las beneficiarias de este subsidio se ubicó muy cercana a la registrada por los otros dos subsidios que componen la categoría de maternidad. En este caso se ubicó en 35 años para el 2017. Esta edad denotó un incremento de 1.9 años en el 2017 con relación al valor contabilizado en el 2013.

En promedio se concedieron 79.2 días a las beneficiarias del subsidio reintegro de maternidad en el 2017. Este promedio ha tendido a la baja, ya que en el 2010 se otorgaron en promedio 83 días, 3.8 días más que en el 2017.

En el 2017 el monto medio otorgado por el subsidio reintegro de maternidad fue de 1,569.42 soles. Este monto ha venido en incremento desde el 2013, con una tasa de crecimiento registrada en el 2017 del 146.36%.

Cuadro 110.**EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio reintegro de maternidad, 2013-2017**

Año	Total de beneficiarias	Beneficiarias por 10,000 asegurados	Promedio edad	Promedio de días otorgados	Monto promedio
2013	27	0.03	33.1	83.0	637.04
2014	22	0.02	33.0	77.7	1,331.42
2015	28	0.03	31.9	77.1	1,176.46
2016	91	0.08	33.1	79.9	1,698.40
2017	215	0.19	35.0	79.2	1,569.42

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

12.2.5 Sepelio

Es una prestación económica que contribuye a la cobertura del gasto de los servicios funerarios por el fallecimiento del afiliado titular. Este subsidio dependería de factores tales como la tasa de mortalidad, la cobertura del seguro, el presupuesto, el conocimiento del derecho por el beneficiario, el nivel socioeconómico, entre otros.

En los gráficos presentados a continuación se expone la distribución por departamento del monto otorgado por sepelio por asegurado y la distribución de la cantidad de asegurados. En el primer cuadrante en el 2014 se ubican Lima, Arequipa y Piura. En el 2017 se unió a este grupo La Libertad. Lima es el departamento con la mayor cantidad de asegurados y otorgó 6.2 soles por asegurado en el 2014 por el subsidio de sepelio y 8.8 en el 2017.

En el 2014 se ubicaron en el segundo cuadrante Lambayeque, Huancavelica, Ica, Tacna y Junín. En el 2017 se unió a este grupo Áncash. Este cuadrante ubica los departamentos con una cantidad de asegurados por debajo de la media, pero un monto de subsidio por encima de la media. Lambayeque es el departamento con el mayor monto de subsidio por asegurado, en el 2014 se ubicó en 8.8 soles por asegurado y en el 2017 se ubicó en 11.1 soles por asegurado.

En el tercer cuadrante, en el 2014 se ubicaron los departamentos de Cajamarca, Puno, Loreto, Ayacucho, Madre de Dios, Apurímac, Ucayali, Cusco, Huánuco, Moquegua, Amazonas, Tumbes y Áncash. En el 2017, Áncash abandonó el grupo y se ubicó en el segundo cuadrante.

Por último, en el 2014, el tercer cuadrante registró a La Libertad como el departamento que se ubicó por encima de la media poblacional, pero por debajo de la media del monto del subsidio otorgado por asegurado. En el 2017 este departamento se ubicó en el primer cuadrante y ningún otro departamento se registró en dicho cuadrante.

Gráfico 174.

EsSalud: Monto otorgado por sepelio por asegurado según departamento, 2014



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Gráfico 175.

EsSalud: Monto otorgado por sepelio por asegurado según departamento, 2017



Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Subsidio de sepelio

Los beneficiarios del subsidio de sepelio se han incrementado en el periodo 2010-2017. Al final del periodo se registraron un total de 38,017 beneficiarios, de los cuales el 60.64% eran hombres. El crecimiento absoluto de este beneficio representó una tasa de crecimiento del 55.67% en el 2017 con relación al 2010. La cantidad de beneficiarios por cada 1,000 asegurados también mostró un crecimiento en el periodo. Este incremento fue de 0.6 beneficiarios, esto al pasar de 2.8 en el 2010 a 3.4 en el 2017.

La edad promedio de los beneficiarios de este subsidio en el 2017 se ubicó en 77.9 años. Este promedio no mostró una variación de importancia en el periodo. El monto promedio otorgado por sepelio en el periodo 2010-2017 mostró una variación de 12.1 soles, en el 2017 se ubicó en 2,058.5 soles.

Cuadro 111.

EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio sepelio, 2010-2017

Año	Total de beneficiarios	Beneficiarios por 1,000 asegurados	Promedio edad	Monto promedio
2010	24,422	2.8	77.2	2,046.4
2011	24,073	2.6	77.1	2,045.6
2012	26,818	2.7	77.44	2,049.1
2013	27,267	2.7	78.0	2,052.1
2014	27,161	2.6	77.8	2,053.2
2015	30,715	2.9	78.4	2,050.1
2016	35,661	3.3	77.8	2,054.9
2017	38,017	3.4	77.9	2,058.5

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

Reembolso de sepelio

El reembolso de sepelio es una prestación que cubre los gastos familiares de los servicios funerarios del asegurado titular.

La cantidad de beneficiarios de reintegro de sepelio pasó de 21 en el 2013 a 38 en el 2017. En este último año el 60.5% de los beneficiarios fueron mujeres. La cantidad de beneficiarios por cada 10,000 asegurados representó el 0.03% en el 2017.

La edad promedio de quienes recibieron este subsidio fue de 79.2 años en el 2017. Esta edad se registró en 80.7 años en el 2013, por lo que se denota una disminución de 1.5 años con relación al 2017. El monto promedio de reembolso de sepelio fue de 992.62 soles en el 2017. Este promedio se ha incrementado en un 23.24% desde el 2013, año en el que registró un monto promedio de 805.46 soles.

Cuadro 112.

EsSalud: Indicadores seleccionados del subsidio reintegro de sepelio, 2013-2017

Año	Total de beneficiarios	Beneficiarios por 10,000 asegurados	Promedio edad	Monto promedio
2013	21	0.02	80.7	805.46
2014	8	0.01	80.6	546.71
2015	22	0.02	83.2	887.45
2016	38	0.03	77.7	932.42
2017	38	0.03	79.2	992.62

Fuente: elaboración propia con información de EsSalud.

12.2.6 Problemática de las prestaciones económicas

Según el diagnóstico y la problemática del sistema de prestaciones económicas desarrollado por EsSalud, se distinguen tres tipos de problemas relacionados con elementos normativos, operativos y externos.

El primer grupo de problemáticas se refiere a los elementos normativos, de los cuales se mencionan tres acciones concretas. La primera de ellas se refiere a la necesidad de establecer parámetros para el cálculo del monto a pagar por el subsidio de incapacidad temporal y de maternidad. Para estos efectos, deben incluirse en el cálculo bien sea escalas remunerativas del trabajador o bien duración de la incapacidad. La segunda acción hace hincapié en el fortalecimiento del proceso para recuperar el pago de prestaciones económicas cuando se realizan cobros indebidos a causa de información o documentación falsa o fraudulenta. Además, se resalta la necesidad de implementar un proceso para sancionar a los actores de procesos indebidos. Por último, existe una problemática asociada a quejas de la población asegurada debido a “regulaciones sensibles”. Se menciona como ejemplo la fijación de topes máximos en el otorgamiento de subsidios de incapacidad temporal, actualmente en 340 días.

Dentro de las dificultades operativas, se resalta el retraso en la calificación del 90% de los expedientes de incapacidad temporal, así como el retraso en los procesos de recursos impugnativos y entrega de notificaciones. Esto está relacionado con la falta de recurso humano y la naturaleza manual del proceso. Por ejemplo, en el caso del otorgamiento del subsidio de sepelio, se destacan dentro

de la problemática los numerosos requisitos exigidos y la falta de capacidad para procesar dichos requerimientos. En el caso de maternidad, se destaca que, además de tratarse de un proceso manual, se requieren visualizar varios aplicativos y hay un faltante de personal que se dedique al proceso. Otra de las limitantes en el tema de prestaciones económicas es la limitada capacidad de la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones para desarrollar nuevos aplicativos y mejorar los aplicativos automatizados utilizados actualmente. Para finalizar, se resalta que no se cuenta con información oportuna de la SUNAT que evite el uso del “principio de presunción de veracidad” para la calificación del derecho y/o cálculo del subsidio.

Es relevante mencionar que la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones desarrolla aplicativos basados en los procesos que realiza el usuario, a quienes se les plantean opciones y es el área usuaria la que decide la mejor opción según las prioridades a través de sus requerimientos. Actualmente se han incorporado nuevos aplicativos de subsidios, por ejemplo, el pago del subsidio “Lactancia cero trámites”, y están en proceso de desarrollo nuevas iniciativas de proyectos.

En términos de las dificultades externas, la falta de gestión por parte de las entidades empleadoras genera errores en los procesos de registro y declaración de prestaciones económicas, así como incumplimiento en el pago de aportes. Esta problemática externa provoca una reducción en la fluidez del proceso y desencadena una sobrecarga laboral. La segunda problemática externa se califica por parte de EsSalud como un permanente ambiente de “riesgo moral” por parte de los administrados. Para finalizar, se destaca la presencia de reclamos por parte de sectores conflictivos que demandan cambios en las regulaciones actuales para beneficio propio. Se menciona el caso de los pescadores que demandan subsidios por incapacidad incluso en periodos de veda.

El Informe final MTPE RM 041-2017-TR, también conocido como “Informe de comisiones multisectoriales”, señala que existe una problemática asociada a la incapacidad para que los empleadores recuperen el pago de subsidios a sus trabajadores. Esto está asociado con los procedimientos implicados en dicho pago y recuperación. Se destaca además que la rigidez de los procedimientos estandarizados por parte de EsSalud implica en muchos casos desajustes en las empresas imposibles de recuperar. Además, se menciona el abuso de expedición de certificados médicos que provocan alto ausentismo laboral. Ante esta situación, los empleadores no cuentan con los medios para fiscalizar a los médicos.

Por el lado de la gestión, se puede decir que el otorgamiento de las prestaciones económicas involucra el desarrollo de las siguientes grandes funciones:

- Calificación del derecho a las prestaciones económicas, la cual requiere de información oportuna y de calidad de la declaración y los pagos de los empleadores, (SUNAT, RENIEC), información de periodos de incapacidad emitidos por los médicos tratantes y comisiones de calificación, así como la aplicación de reglas de calificación.
- Control de certificaciones médicas, a través del cual se realiza el seguimiento y monitoreo de la correcta emisión de certificaciones médicas de acuerdo con estándares clínicos establecidos.
- Gestión de la autorización del reconocimiento para el pago de prestaciones económicas, referidas a la verificación del derecho del afiliado y del empleador, y gestión financiera para lograr el pago oportuno de las prestaciones económicas.

Entre las perspectivas de mejora de la gestión, se identificaron las siguientes líneas de avance:

- Mayor automatización y simplificación administrativa, orientada a satisfacer al afiliado y ciudadano en general (potencial afiliado).
- Fortalecimiento de la capacidad resolutoria ante el mayor conocimiento de los derechos de los afiliados y de las entidades empleadoras, así como de un mayor conocimiento de las instancias con las que cuentan para plantear impugnaciones administrativas.
- Gestión de riesgos, que surge de la necesidad de explotar información de los múltiples factores que afectan el otorgamiento de las prestaciones económicas, identificar riesgos y realizar un análisis prospectivo que permita mejorar la administración de los fondos y salvaguardar su intangibilidad.
- Articulación con la gestión de prestaciones de salud, desde el punto de vista preventivo y recuperativo, con miras a reducir la siniestralidad por enfermedad y la accidentalidad, así como un intercambio de información que permita la trazabilidad de las prestaciones que se van a otorgar.

13.

Políticas de calidad en EsSalud

El Seguro Social de Salud cuenta con diversas políticas de calidad, que están enfocadas en lo siguiente⁴¹:

- La Autoridad Sanitaria.
- Las organizaciones proveedoras de atención.
- La ciudadanía.

El siguiente cuadro muestra las políticas de calidad según su enfoque.

Cuadro 113.
Políticas de calidad

1. Garantiza el derecho a la calidad de atención.
2. Informa y rinde cuentas.
3. Fomenta y difunde buenas prácticas.
4. Promueve la producción del conocimiento científico en calidad.
5. Asigna recursos para seguimiento y evaluación de aplicación de la política.
6. Implementa políticas de calidad.
7. Cumple normas y estándares de calidad.
8. Gestiona riesgos de la atención.
9. Protege derechos de los usuarios y el trato digno.
10. Garantiza competencias y protege al trabajador de los riesgos laborales.
11. Asigna recursos para la gestión de la calidad.
12. Ejerce y vigila la atención con calidad.

Fuente: elaboración propia con datos de la Defensoría del Asegurado.

Estado en su función de Autoridad Sanitaria

La **primera política** hace referencia a que la Autoridad Sanitaria es garante del derecho a la calidad de la atención de salud brindada por las organizaciones proveedoras de atenciones de salud, públicas, privadas y mixtas; mediante la formulación y aprobación de la política y de la verificación de su cumplimiento. La **segunda** indica que la Autoridad Sanitaria es responsable de informar y rendir cuentas a la ciudadanía sobre la calidad de la atención y promover la vigilancia social de esta. Por su parte, la **tercera política** fomenta y difunde las buenas prácticas de atención de la salud y establece incentivos a las organizaciones proveedoras de atención de salud que logren mejoras en la calidad de la atención. Asimismo, la **cuarta política** promueve la producción y difusión del conocimiento científico, y de la producción tecnológica en el campo de la calidad de la atención. La **quinta política** asigna los recursos para el seguimiento y la evaluación del cumplimiento de las políticas de calidad, que son implementadas por centros asistenciales.

⁴¹ Este apartado resume las principales políticas de calidad del Seguro Social EsSalud basándose en un documento de la Defensoría del Asegurado.

Organizaciones proveedoras de atención

La **sexta política** establece y dirige las estrategias de implementación de la política de calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y que hace de la mejora continua su tarea central. Por su parte, la **séptima política** asume como responsabilidad que los Centros Asistenciales de Salud y bajo su administración cumplan las normas y los estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención aprobados por la Autoridad Sanitaria, e implementen acciones de mejora de la calidad de la atención. Ahora bien, la **política octava** asume como responsabilidad que los Centros Asistenciales de Salud bajo su administración implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud. Para el caso de la **novena política**, el Seguro Social asume como responsabilidad que los Centros Asistenciales de Salud bajo su administración protejan los derechos de los usuarios, promuevan y velen por un trato digno; asimismo, que fomenten prácticas de atención adecuadas a los enfoques de interculturalidad y género y brinden las facilidades para el ejercicio de la vigilancia ciudadana de la atención de salud.

En línea con lo anterior, la **política décima** asume como responsabilidad que los Centros Asistenciales de Salud bajo su administración garanticen las competencias laborales de los trabajadores que proveen la atención, brinden adecuadas condiciones de trabajo y protección frente a los riesgos laborales e incentiven a sus trabajadores en relación con la mejora de la calidad de la atención. La **undécima política** asigna a los Centros Asistenciales bajo su administración los recursos necesarios para la gestión de la calidad de la atención de salud.

La ciudadanía

Finalmente, la **política duodécima** hace mención a que los usuarios asegurados ejercen y vigilan el respeto a su derecho a la atención de salud con calidad y se corresponsabilizan del cuidado de su salud, la de su familia y la comunidad, contando para esto con el apoyo del Seguro Social de Salud EsSalud.

Cuadro 114.

Descripción del contenido de las políticas de calidad

N° de política	Eje central	Acciones y responsabilidades
Estado en su función de Autoridad Sanitaria		
Primera	Garantiza el derecho a la calidad de atención.	Garante del derecho a la calidad de la atención de salud brindada por las organizaciones proveedoras de atenciones de salud, públicas, privadas y mixtas; mediante la formulación y aprobación de la política y de la verificación de su cumplimiento.
Segunda	Informa y rinde cuentas.	Es responsable de informar y rendir cuentas a la ciudadanía sobre la calidad de la atención y promover la vigilancia social de esta.
Tercera	Fomenta y difunde buenas prácticas.	Fomenta y difunde las buenas prácticas de atención de la salud y establece incentivos a las organizaciones proveedoras de atención de salud que logren mejoras en la calidad de la atención.
Cuarta	Promueve producción del conocimiento científico en calidad.	Promueve la producción y difusión del conocimiento científico, y de la producción tecnológica en el campo de la calidad de la atención.
Quinta	Asigna recursos para seguimiento y evaluación de aplicación de la política.	Asigna recursos para el seguimiento y la evaluación del cumplimiento de las políticas de calidad, que son implementadas por centros asistenciales.

Nº de política	Eje central	Acciones y responsabilidades
Organizaciones proveedoras de atención		
Sexta	Implementa políticas de calidad.	Establece y dirige las estrategias de implementación de la política de calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y que hace de la mejora continua su tarea central.
Séptima	Cumple normas y estándares de calidad.	Asume como responsabilidad que los Centros Asistenciales de Salud y bajo su administración cumplan las normas y los estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención aprobados por la Autoridad Sanitaria, e implementen acciones de mejora de la calidad de la atención.
Octava	Gestiona riesgos de la atención.	Asume como responsabilidad que los Centros Asistenciales de Salud bajo su administración implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud.
Novena	Protege derechos de los usuarios y trato digno.	Asume la responsabilidad de que los Centros Asistenciales de Salud bajo su administración protejan los derechos de los usuarios, promuevan y velen por un trato digno; asimismo, que fomenten prácticas de atención adecuadas a los enfoques de interculturalidad y género y brinden las facilidades para el ejercicio de la vigilancia ciudadana de la atención de salud.
Décima	Garantiza competencias y protege al trabajador de los riesgos laborales.	Asume como responsabilidad que los Centros Asistenciales de Salud bajo su administración garanticen las competencias laborales de los trabajadores que proveen la atención, brinden adecuadas condiciones de trabajo y protección frente a los riesgos laborales e incentiven a sus trabajadores en relación con la mejora de la calidad de la atención.
Undécima	Asigna recursos para la gestión de la calidad.	Asigna a los Centros Asistenciales de Salud bajo su administración los recursos necesarios para la gestión de la calidad de la atención de salud.
La ciudadanía		
Duodécima	Ejerce y vigila la atención con calidad.	Los usuarios asegurados ejercen y vigilan el respeto a su derecho a la atención de salud con calidad y se corresponsabilizan del cuidado de su salud, la de su familia y la comunidad, contando para esto con el apoyo del Seguro Social de Salud EsSalud.

Fuente: elaboración propia con datos de la Defensoría del Asegurado.

13.1 Medición del grado de satisfacción del usuario de la plataforma de atención de seguros y prestaciones económicas

Trimestralmente, la Subgerencia de Gestión de las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPE) aplica una encuesta para medir el grado de satisfacción de sus usuarios. El siguiente cuadro muestra los resultados obtenidos en el periodo 2016-2017 por provincia.

Para facilitar el análisis se marcó con color verde la categoría de “Bueno” cuando estas recibieron más del 90% de las calificaciones, en amarillo cuando recibieron entre el 75% y el 90%, y en rojo cuando recibieron menos del 75%. En el caso de la categoría “Regular”, se marcaron en verde cuando recibieron menos del 5% de las calificaciones, en amarillo cuando recibieron entre el 5% y el 10% de las calificaciones, y en rojo cuando recibieron más del 10% de las calificaciones. Para finalizar, la categoría “Malo” se marcó con verde cuando recibió menos del 1% de las calificaciones, con amarillo cuando recibió entre el 1% y el 5%, y con rojo cuando recibió más del 5%.

En términos generales, se observa que en nueve de las once Oficinas de Aseguramiento se obtuvo el mejor escenario de calificación en el último trimestre. Cuatro de estas provincias han mantenido

dichas marcas a lo largo de todo el periodo de calificación: Corporativa, San Isidro, San Miguel y Comas. Jesús María fue la provincia que acumuló dos de las tres marcas rojas asignadas en las calificaciones del servicio, por lo que se debe poner atención a las razones que han generado dichas calificaciones. Piura también recibió una marca roja en las calificaciones; sin embargo, dicha calificación se superó en los siguientes trimestres y logró alcanzar marcas verdes en el último trimestre del análisis.

La provincia de Arequipa obtuvo la marca amarilla en las categorías de calificación “Bueno” y “Regular” del primer trimestre del 2016. Pese a lo anterior, dicha provincia alcanzó el mejor escenario de calificación en los restantes tres trimestres. Por su parte, Corporativa recibió marcas verdes en todo el periodo analizado, alcanzando un porcentaje de calificación de “Bueno” de más del 99% en el primer trimestre del 2017. El escenario de marcas verdes en todo el periodo fue alcanzado también por las provincias de San Isidro, San Miguel y Comas.

El escenario de Jesús María fue menos favorable en los últimos tres trimestres calificados. Los porcentajes alcanzados en la categoría de calificación “Regular” mostraron una desmejora en el tiempo, alcanzando incluso una marca roja tanto en el tercer trimestre del 2016 como en el primer trimestre del 2017. Piura mostró una baja calificación en la categoría “Bueno” en el primer y el segundo trimestre del 2016; sin embargo, tuvo una calificación favorable en los siguientes trimestres. Un escenario similar se presentó en Salamanca, que obtuvo mayores calificaciones en la categoría “Bueno” en los últimos trimestres.

La Libertad mostró marcas amarillas en los primeros tres trimestres; a pesar de esto, fue mejorando hasta alcanzar más del 90% de calificaciones en el primer trimestre del 2017 en la categoría de calificación “Bueno”.

San Juan de Lurigancho mostró una calificación favorable en el segundo y el tercer trimestre del 2016, pero en los trimestres de inicio y cierre mostró menos del 90% de calificaciones dentro de la categoría “Bueno”. Por último, San Martín de Porres obtuvo menos del 90% de las calificaciones dentro de la categoría “Bueno”, pero mejoró en los siguientes dos periodos, alcanzando la marca verde en todas las categorías de calificación.

Cuadro 115.

EsSalud: Medición del grado de satisfacción del usuario de la plataforma de atención de seguros y prestaciones económicas, I trim. 2016-I trim. 2017

Trimestre	I trimestre 2016			II trimestre 2016			III trimestre 2016			I trimestre 2017		
Provincias	Bueno	Regular	Malo	Bueno	Regular	Malo	Bueno	Regular	Malo	Bueno	Regular	Malo
Arequipa	82.1	5.5	1	90.9	0.5	0.1	95	0.4	0.3	93.8	0.7	0.2
Corporativa	99	0.3	0.05	97.6	0.4	0	92.9	0.1	0.1	99.4	0.2	0.1
Jesús María	98.3	1	0.45	93.6	5.6	0.4	88.4	10.3	0.3	84.7	12.3	1.2
La Libertad	75.5	0.2	0	81.8	0.5	0	81.4	2	0.1	92.7	1.3	0.04
Piura	41.5	0.6	0.3	82.9	4.5	0.7	93.1	3	2	97.2	1.3	0.3
San Isidro	97.1	1.3	0.7	98.6	0.7	0.3	97.8	1.4	0.4	90.5	3.7	0.5
San Miguel	98.9	0.4	0.13	98.7	0.4	0.1	98.7	0.2	0.1	95.4	2.6	0.2
Comas	96.2	0.2	0.04	96.5	0.2	0.1	94.7	2.5	0.1	96.9	0.1	0.1
Salamanca	87.7	3.4	1.83	93.8	3	0.7	98.8	0.8	0.1	98.5	0.7	0.1
San Juan de Lurigancho	87.8	1.8	0.46	94.6	0.8	0.2	98.9	0.6	0.1	89.4	0.7	0.4
San Martín de Porres	93.7	0.1	0.07	89.3	1.9	0.6	98.3	1	0.1	97.9	0.3	0.1

Fuente: elaboración propia con datos de EsSalud.

En la medición de satisfacción del servicio en cuestión, se calcula el indicador de satisfacción global⁴², entre más elevado es el indicador más elevada es la satisfacción global del servicio en las provincias. En términos generales, se destaca que Piura y La Libertad fueron las provincias con los indicadores más bajos en el periodo. Por su parte, Corporativa, Jesús María y San Miguel alcanzaron los niveles más altos del indicador (99% o más). El promedio del indicador mostró un mejor desempeño a lo largo de los trimestres, alcanzando el porcentaje del 94.7% en el primer trimestre del 2017.

En el primer trimestre del 2016, San Miguel y Jesús María presentaron las puntuaciones más elevadas en el indicador, alcanzando ambos un 99%. El promedio del indicador para dicho trimestre fue del 84.4%, por debajo de este promedio se ubicaron La Libertad y Piura. Esta última provincia fue la que obtuvo el indicador más bajo en el trimestre y en el periodo bajo análisis (22.7%).

En el segundo trimestre de 2016, el promedio ascendió al 92%, siendo San Isidro la provincia con el indicador más elevado (99.1%). Por debajo de este promedio se ubicaron San Martín de Porres, Piura, La Libertad y Arequipa. Pese a que Piura fue la provincia que alcanzó el indicador más bajo del trimestre (82.1%), esta mostró un avance significativo con relación al trimestre anterior de 59.4 p.p.

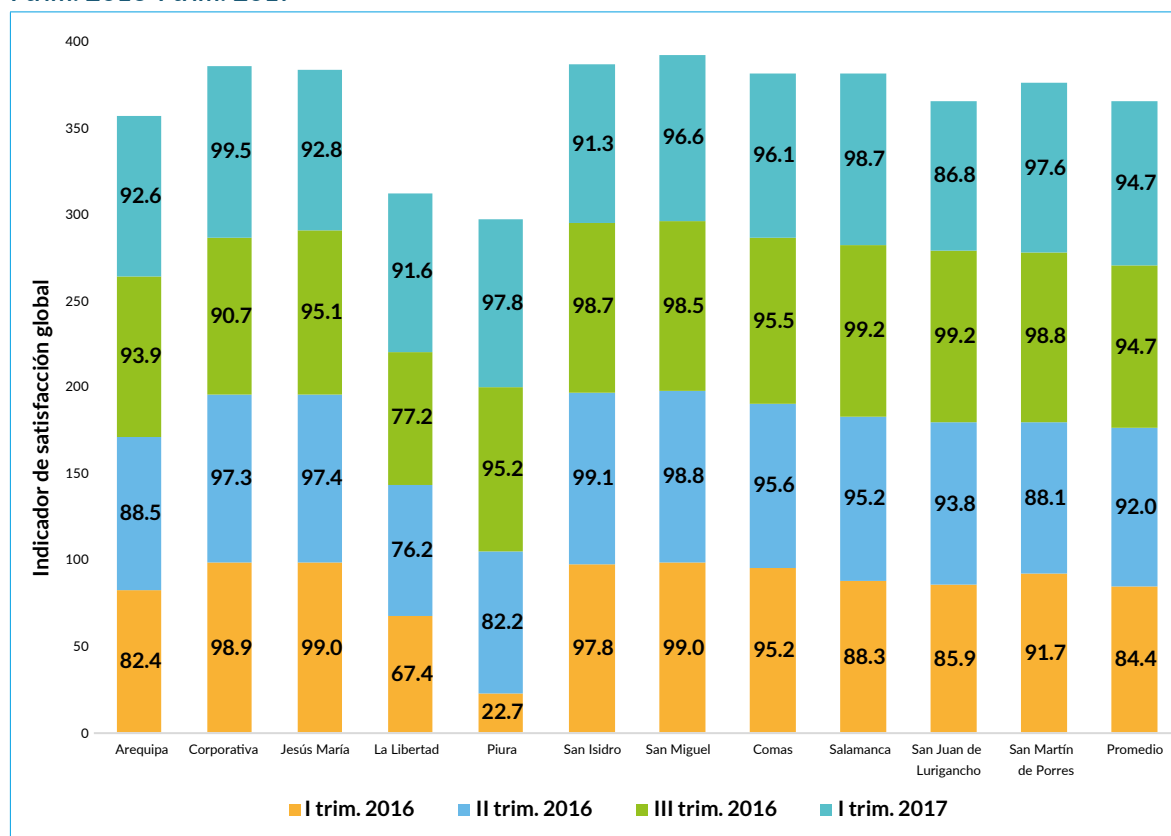
En el tercer trimestre del 2016, el promedio del indicador ascendió al 94.7%, por debajo de este promedio se ubicaron nuevamente las provincias de Piura, La Libertad y Arequipa, sumándose además Corporativa. La provincia con el mejor puntaje en el periodo fue San Martín de Porres, que alcanzó el porcentaje del 98.8%.

Por último, en el primer trimestre del 2017 el promedio se mantuvo en un 94.7%. En este trimestre la mayor cantidad de provincias cayeron por debajo del promedio: Arequipa, Jesús María, La Libertad, San Isidro y San Juan de Lurigancho. Es destacable que Piura recuperó el porcentaje obtenido en el indicador en este trimestre, ubicándose en un 97.8%. La provincia con el mayor indicador de satisfacción global en el trimestre fue Corporativa, con un porcentaje del 99.5%.

⁴² Índice de satisfacción global: (sumatoria de *tickets* emitidos con puntuación valorizada/sumatoria de *tickets* emitidos por oficina y multiplicado por valoración máxima) * 100.

Gráfico 176.

EsSalud: Indicador de satisfacción global de las OSPE por provincia en porcentaje, I trim. 2016-I trim. 2017



Fuente: elaboración propia con datos de EsSalud.

13.2 Informes de evaluación del Plan Operativo

A continuación, se exponen parte de los resultados obtenidos en los informes de evaluación del Plan Operativo elaborado por la Oficina de Central de Planificación y Desarrollo. Los indicadores se clasifican como “Excelente” cuando se encuentran por encima del 90% de cumplimiento de la meta establecida, a dicha calificación se le asigna una marca verde. Cuando el indicador reporta un porcentaje de cumplimiento de la meta establecida entre un 75 y un 80%, se clasifica como “Bueno” y se le asigna una marca amarilla. Por último, los indicadores se clasifican como “Regular” o “Malo” cuando se ubican por debajo del 75% de cumplimiento de metas y se les asigna una marca roja.

El primer grupo de indicadores analizado es el referente a Actividades asistenciales. Este está conformado por Total consultas externas, Consultas externas en el primer nivel, Consultas externas en el II y III nivel, Cirugías y Paciente-día. Los últimos dos indicadores aplican únicamente para el periodo 2013. Las metas establecidas en este grupo de indicadores fueron alcanzadas en más del 90% en todos los periodos, lo que implica que todos los indicadores obtuvieron marcas verdes. Incluso se sobrepasaron las metas establecidas en los indicadores Consultas externas en el II y III nivel en los periodos 2015 y 2016.

El segundo grupo de indicadores es el de Actividades recuperativas. Este se conforma por Intervenciones quirúrgicas, Tratamientos especializados, Trasplante de órganos, Egresos de hospitalización general y Paciente-día hospitalización general. Positivamente, el escenario de cumplimiento de metas en el periodo final estuvo por encima del 90% en todos los indicadores. Esto se logró debido a una recuperación paulatina de cuatro de los cinco indicadores.

Egresos de hospitalización fue el indicador que presentó el mejor escenario del grupo de Actividades recuperativas. Todos los porcentajes de cumplimiento de metas de este indicador estuvieron por encima del 90%. Las Intervenciones quirúrgicas mejoraron en el tiempo, al pasar de 80% de cumplimiento en la meta en el 2014 al 96.9% en el 2016. El mismo escenario se presenta en Tratamientos especializados, el cual pasó de cumplir el 86% de las metas establecidas en 2014 al 122.23% en el 2016. Paciente-día hospitalización general también mostró una recuperación a lo largo de periodo, llegando a alcanzar el 98.1% de cumplimiento en el 2016.

El indicador con mayor rezago al inicio del periodo de Actividades recuperativas fue Trasplante de órganos, con un porcentaje de cumplimiento del 66%, por lo que obtuvo la única marca roja de todo el grupo. Pese a lo anterior, dicho indicador mostró una significativa recuperación en el 2015, cuando alcanzó el 121.11% de cumplimiento en las metas, pero cayó nuevamente en una marca amarilla en el 2016 (88.22%).

El tercer grupo de indicadores corresponde a Actividades preventivas, integrado por Mamografías preventivas, Muestras PAP y Vacunación pentavalente (3 dosis). Los tres indicadores iniciaron el periodo con un desempeño desfavorable, con porcentajes de cumplimiento de metas establecidas entre el 76% y el 65%. De estos, solo dos, Mamografías preventivas y Vacunación pentavalente (3 dosis), terminaron el periodo con porcentajes de cumplimiento de metas mayores del 90%. El peor desempeño lo exhibió Muestras PAP, indicador que inició el periodo con un cumplimiento del 71% y cerró el periodo con un cumplimiento menor del 90%.

El cuarto grupo de indicadores se denomina Servicios de salud colectivos e individuales. En este grupo se encuentran los indicadores Visita domiciliaria, Charla en salud, Taller de salud, Psicoprofilaxis, Campaña de salud, Actividad masiva de comunicación y Reforma de vida.

Cuatro de estos los siete indicadores de Servicios de salud colectivos e individuales mostraron un excelente desempeño de cumplimiento de metas, alcanzando un porcentaje de más del 90% en los tres periodos analizados. Estos indicadores fueron Visita domiciliaria, Charla en salud, Actividad masiva de comunicación y Reforma de vida. Taller de salud y Campaña de salud mostraron un desempeño calificado como “Bueno” al inicio del periodo, incrementándolo a “Excelente” en el 2015 y rebasando el 100% de cumplimiento en el 2016. Por último, Psicoprofilaxis fue el que cumplió el menor porcentaje de las metas establecidas en el 2014 (39%). Luego alcanzó un desempeño excelente, con porcentajes de cumplimiento de metas del 100.42% en el 2015 y del 93.75% en el 2016.

Por su parte, el grupo de indicadores de Prestaciones económicas está conformado por el porcentaje de cumplimiento de metas en el total de expedientes y el total de soles otorgado a dichas prestaciones. Este grupo mostró un desempeño excelente en todo el periodo analizado, alcanzando metas de cumplimiento mayores del 96% en todos los periodos. Pese a lo anterior, los dos indicadores iniciaron el periodo con un porcentaje de cumplimiento en las metas al 100% en el caso de expedientes totales y del 104% para los soles otorgados, y bajaron al 97.08% y al 96.69%.

Por último, el grupo de indicadores de Prestaciones sociales mostró un desempeño excelente en el cumplimiento de las metas establecidas. Se divide en dos subcategorías de indicadores: Programa estilos de vida para un envejecimiento activo y Módulos básicos de rehabilitación profesional.

En la primera subcategoría se destaca que cinco de los seis indicadores mostraron un excelente desempeño, todos con niveles de cumplimiento de metas mayores del 160%. Estos indicadores fueron Taller ocupacional, Taller artístico, Taller de cultura física, Taller de autocuidado y Actividades de socialización. Sin embargo, los últimos cuatro mencionados mostraron un desempeño por debajo de excelente en el 2015, por lo que debe ponerse atención e indagar más a fondo en las causas del desmejoramiento. Lo mismo sucedió con Turismo social, que alcanzó en el último periodo un porcentaje de cumplimiento en las metas establecidas menor del 75%, por lo que recibió una marca roja.

La segunda subcategoría de Módulos básicos de rehabilitación profesional está conformada por Evaluación integral para el trabajo, Capacitaciones, Implementación de proyectos de sensibilización y Eventos de integración social. Este conjunto de indicadores mostró un desempeño favorable en todo el periodo, incluso alcanzando niveles de cumplimiento por encima del 100% en todos los periodos. Pese a lo anterior, es recomendable revisar al alza el establecimiento de las metas en esta subcategoría debido al exceso de cumplimiento en dichas metas.

Es importante concluir el apartado mencionando que dicho análisis se basa únicamente en el cumplimiento de las metas establecidas en cada uno de los indicadores. Esto implica que no se puede determinar si la capacidad operativa y de gestión va acorde con los niveles de otorgamiento del servicio. Sería necesario incluir un análisis que permitiera concluir si las metas establecidas son las óptimas, dadas las capacidades para brindar los servicios en cuestión.

Cuadro 116.

EsSalud: Indicadores seleccionados del Informe de Evaluación del Plan Operativo, 2013-2016

Indicador	2013		2014		2015		2016	
Actividades asistenciales	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento
Total consultas externas	99.67		94					
Consultas externas en el primer nivel	n. d.	n. d.	94		101.83		102.41	
Consultas externas en el II y III nivel	n. d.	n. d.	94		101.1		100.95	
Cirugías	90.81		n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
Paciente-día	99.39		n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.

Indicador	2014		2015		2016	
Actividades recuperativas	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento
Intervenciones quirúrgicas	80		105.13		96.9	
Tratamientos especializados	86		103.25		122.23	
Trasplante de órganos	66		121.11		88.22	
Egresos de hospitalización general	96		101.11		98.06	
Paciente-día hospitalización general	88		97.64		98.31	

Indicador	2014		2015		2016	
Actividades preventivas	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento
Mamografías preventivas	76		99.47		90.99	
Muestras PAP	71		100.88		89.1	
Vacunación pentavalente (3 dosis)	65		100.12		94.87	

Indicador	2014		2015		2016	
Servicios de salud colectivos e individuales	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento
Visita domiciliaria	103		98.68		134.43	
Charla en salud	102		105.26		106.68	
Taller de salud	86		108.94		114.67	
Psicoprofilaxis	39		100.42		93.75	
Campaña de salud	86		106.01		116.94	
Actividad masiva de comunicación	91		99.93		115.42	
Reforma de vida	103		105.91		108.23	

Indicador	2013		2014		2015		2016	
Prestaciones económicas	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento
Total expedientes	100		101		97.1		97.08	
Total S/	104		103		98.02		96.69	

Indicador	2013		2014		2015		2016	
	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento	% de cumplimiento de la meta	Indicador de cumplimiento
Programa Estilos de vida para un envejecimiento activo								
Taller ocupacional	105		105		95		198.4	
Taller artístico	102		97		74		199	
Taller de cultura física	85		91		82		241.3	
Taller de autocuidado	99		100		82		139.2	
Actividades de socialización	86		101		77		161.3	
Turismo social	90		106		94		71.6	
Módulos básicos de rehabilitación profesional								
Evaluación integral para el trabajo	139		120		245		104.5	
Capacitaciones	208		116		133		152.5	
Implementación de proyectos de sensibilización	359		207		305		110.5	
Eventos de integración social	265		148		162		144	

Fuente: elaboración propia con datos de EsSalud.

Análisis de la macrogestión

14.

Separación de funciones en EsSalud

La Comisión Reorganizadora de EsSalud ha señalado múltiples problemas relacionados con la gestión institucional en cuanto a la gestión de fondos y la asignación de recursos. En el año 2013, según consta el *Plan Estratégico Institucional 2017-2021*, se anota que no ha habido mayor avance en la implementación de la separación de funciones de financiamiento y la prestación de los servicios.

Sin embargo, a la fecha se han emitido decretos y se han establecido acuerdos con las denominadas organizaciones prestacionales en un marco de descentralización y como un potencial para utilizar nuevos mecanismos de asignación de recursos aparte del presupuesto histórico. En este apartado se analizan los documentos que sustentan la separación de funciones, con especial mención a los contratos con las organizaciones prestacionales de Almenara, Sabogal y Rebagliati. Aun así, llama la atención que en la evaluación del plan estratégico se menciona que se han implementado mecanismos de pago no tradicionales.

Uno de los marcos regulatorios lo da la ley de la Superintendencia Nacional de Salud, en especial en lo que se refiere a la separación de funciones de financiamiento/prestación con disposiciones administrativas en el Decreto Supremo N° 010-2016-SA, que establece la regulación de las IAFAS públicas. Se definen las siguientes en forma de procesos: diseño de planes de salud, suscripción y afiliación, administración de fondos de aseguramiento, gestión de asegurados, gestión de compra de prestaciones y gestión de siniestros. También plantea que las IAFAS públicas tengan la posibilidad de tercerizar en instancias públicas o privadas, bajo convenios o contratos de tercerización.

EsSalud es tanto una IAFAS como una IPRESS. La separación de estas dos funciones viene a potenciar cada una de ellas ya que haría que la parte financiadora se orientase a determinar cuáles son los problemas de salud que deben ser atendidos y cómo se asignarían los recursos a los prestadores. Además, la función prestadora se orienta a mejorar la gestión de los servicios y en general la eficiencia del sistema.

Se cuenta con otro marco legal aprobado en EsSalud en los siguientes documentos:

- Directiva N° 09-GG-ESSALUD-2014 “Lineamientos para la Gestión por Procesos del Seguro Social - EsSalud”. En esta directiva se dota a los órganos centrales y desconcentrados de EsSalud de herramientas, criterios para identificar, modelar, analizar, mejorar y rediseñar los procesos para que mediante una manera homogénea se conduzca el esfuerzo a la mejora de la eficiencia institucional. Estos se operativizaron en la resolución 127-GG del año 2016, cuyo alcance se describe a continuación.
- Resolución N° 127-GG-EsSalud-2016 “Mapa de Macroprocesos” que incluye la separación de funciones financiamiento-prestación. En la resolución se definen cinco macroprocesos estratégicos, ocho macroprocesos misionales y ocho macroprocesos de soporte. Como parte de los macroprocesos misionales, está el de la gestión de recursos financieros, que se realiza con una

visión estratégica que incluye la elaboración de un plan estratégico, los acuerdos de gestión para la asignación de recursos según resultados de los prestadores y un plan de inversiones general y anual. También se destaca el macroproceso de compra de servicios, que conlleva la identificación de la demanda, los lineamientos para definir los productos a comprar, la identificación de los proveedores, la elaboración y negociación de contratos y el proceso de monitoreo y evaluación. El macroproceso de prestación de servicios incluye todas las prestaciones para una atención integral en los distintos niveles de atención, desde los puestos de salud hasta los hospitales nacionales e institutos, lo cual incluye 774 distintos procesos de prestación. Se desconoce el nivel de implementación de estos macroprocesos y el grado de éxito de cada uno en cuanto a las metas esperadas.

- Resolución N° 943-GG-ESSALUD-2016 “Plan de trabajo para la implementación del Proceso de Separación de Funciones de EsSalud”. El proceso de desarrollo considera tres fases: la primera se refiere a las actividades para desarrollar el marco estratégico y normativo; la segunda fase comprende el diseño operativo, por función, que incluye operaciones y macroprocesos para las compras de servicios por parte de EsSalud; y la tercera fase comprende las actividades de la implementación. Se tiene como objetivo, según el decreto mencionado, la implementación de la separación de las funciones de financiamiento/aseguramiento de las de prestación de servicios de salud, y fortalecer el uso de acuerdos y compromisos de gestión entre el nivel central y las redes desconcentradas y entre estas y los establecimientos de salud. Se ha informado que la separación de funciones se está trabajando mediante un proyecto con el Banco Mundial.
- Finalmente, cabe mencionar que, en el marco de la separación de funciones en EsSalud, se ha venido actualizando la Directiva N° 09 -GG-ESSALUD 2014 “Lineamientos para la Gestión por Procesos del Seguro Social de Salud – ESSALUD”, conforme a las disposiciones establecidas en el Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública y la Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2018-PCM/SGP Norma Técnica N° 001-2018- SGP “Norma Técnica para la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la Administración pública”. Dicho proyecto normativo comprenderá, entre otros, el marco metodológico para la implementación de la gestión por procesos de EsSalud y las normas ISO 9001-2015 sobre enfoque basado en riesgos.

Desde el punto de vista conceptual, las funciones de financiamiento y prestación tendrían algunas características que en su conjunto permitirán alcanzar la cobertura universal y lograr una mayor eficiencia de EsSalud. Se detallan a continuación estas características para contar con un marco evaluativo en su momento.

Financiamiento:

- Identifica los principales problemas de salud de la población y plantea un plan estratégico con intervenciones para atender dichos problemas de salud.
- Como ente mancomunador de fondos, permite proyectar a futuro los requerimientos para atender las necesidades en salud.
- Identifica la mejor forma de asignar los recursos a los prestadores de los distintos niveles de atención.
- Para la asignación de recursos, desarrolla instrumentos que hacen transparentes los resultados que se esperan obtener de los prestadores y las expectativas de la calidad de los servicios. Además, incluye incentivos para el buen desempeño.

Prestación:

- Los prestadores se concentran en reforzar la gestión de los servicios ya que contarán con incentivos para esto, aunque también asumirán las consecuencias de un mal desempeño.
- Se elaboraría un plan estratégico de cada centro basado en la relación con el financiador.
- Por lo anterior, asumen un riesgo gerencial, lo cual requiere de la profesionalización de los gerentes.
- Desconcentración en la toma de decisiones, dado que ya ha quedado claro cómo se asignarán los recursos y la expectativa en cuanto a los servicios y su calidad.
- Los establecimientos tendrán una mayor autonomía para implementar nuevas formas de gestionar los servicios.
- Al estar claro cuáles son los servicios que deben prestarse, es posible promover una mejor gestión de cada una de las unidades de los centros de salud y hospitales.

A continuación, se proponen una serie de observaciones sobre el modelo planteado en la resolución N° 943-GG-ESSALUD-2016, por medio de la comparación de lo que se planea implementar con los conceptos arriba esbozados sobre el sustento teórico de separación de funciones.

Aspectos para analizar:

- Conceptualmente, al plantear la separación de funciones, como parte de la función de financiamiento debe a su vez hacerse también una separación entre el origen del financiamiento (aseguramiento) y el destino del financiamiento que corresponde a la asignación de recursos o la compra de servicios.
- En la propuesta de EsSalud, en el documento analizado, se mezcla aseguramiento con financiamiento, dos funciones complejas *per se* que también requieren estar separadas, ya que una tiene que ver con el gasto y la otra con la recolección de fondos.
- La función de financiamiento (asignación de recursos o de compra) es la encargada de identificar las intervenciones, la cantidad, definir estándares de calidad, definir compromisos de gestión o contratos con los prestadores por medio de mecanismos de pago de los servicios. Es un intermediario entre la población (sus necesidades de salud) y los prestadores para garantizar servicios de calidad (oportunidad, calidad técnica y buen trato).
- Se observa en el documento que se enfatiza como separación de funciones la separación de contabilidades de los servicios y del nivel central. Si bien es necesaria esta separación, cuando se habla de separación de funciones, se está planteando un concepto más estratégico, en el que el financiador se concentra en las necesidades de salud de la población y el prestador en optimizar la gestión de los servicios.
- Por medio de los contratos, el prestador cuenta con una mayor transparencia en cuanto a los servicios que se espera que brinde, se desarrolla una capacidad directiva gerencial para gestionar y asume el riesgo de que al no cumplir puede perder el puesto, ya que los contratos no son renegociables durante el periodo de vigencia. El gerente de la red se contrata por desempeño.
- Un modelo de separación de funciones en EsSalud podría incluir: aseguramiento, financiamiento-compra, prestación, estamento político estratégico y órganos de control.
- En el documento no se detalla la aplicación de nuevos mecanismos de pago, se continúa con el presupuesto histórico. Esto queda más claro en el decreto sobre las organizaciones prestacionales en las que se continua con el presupuesto tradicional, solamente que descentralizado a las redes de prestadores.
- Es un importante avance y una retadora experiencia la de las organizaciones prestacionales, y una excelente oportunidad para aplicar nuevos mecanismos de pago.
- También como parte del fortalecimiento de la gestión debe contemplarse el apoyo por parte del nivel central en recursos humanos, sistemas de información, apoyo en cuanto a suministros, infraestructura y equipo (inversiones de capital), mantenimiento, telemedicina, guías clínicas, centros de costos, etc.

- Debe aclararse que al plantear mecanismos de pago se está hablando de asignación de recursos a los prestadores públicos o de pago a los terceros por los servicios, no de pago a los profesionales ni al personal de salud. Estos siguen con su remuneración por medio del salario, más un esquema de incentivos dentro de la red por metas de desempeño que se vaya desarrollando. En una etapa posterior se puede contemplar un pago a profesionales distinto al actual.

15.

Descentralización

15.1. Elementos introductorios

Al hablar de descentralización se parte de la idea de que la toma de decisiones será más ágil y efectiva en unidades administrativas de menor tamaño que en grandes organizaciones. Sin embargo, existe una amplia gama de definiciones y matices del concepto, por lo que conviene proponer algunas definiciones relacionadas. La descentralización reduce la congestión en los canales de comunicación y administración; la expectativa es poder satisfacer de manera oportuna las necesidades del cliente.

Definiciones

Descentralización:

“La descentralización puede definirse como la transferencia de responsabilidad para la planificación, la gestión y el aumento de recursos y la asignación del gobierno central y sus agencias a: los ministerios o agencias del gobierno central, unidades subordinadas o niveles de gobierno, autoridades públicas o corporaciones semiautónomas, autoridades de área, regionales o funcionales u organizaciones privadas o voluntarias no gubernamentales (Rondinelli *et al.*, 1983)”.

Hay también que considerar al menos tres términos que acotan la definición de descentralización, que son los siguientes:

Desconcentración:

“Se define desconcentración como una transferencia de autoridad administrativa del centro a oficinas regionales” (Rondinelli *et al.*, 1983).

Delegación:

“Transferencia de la autoridad administrativa y de toma de decisiones de algunas funciones a organizaciones bajo el control del gobierno local. Puede incluir planear e implementar decisiones sin supervisión directa de la autoridad superior. Otra acepción es la transferencia de la responsabilidad a las oficinas locales fuera de la estructura del gobierno central o cuando la responsabilidad o autoridad se transfiere a instituciones semiautónomas o autónomas” (Rondinelli *et al.*, 1983).

Devolución:

“Es la forma más completa de descentralización que se define como la entrega de las funciones y recursos desde el centro a los gobiernos locales que asumen la responsabilidad de la financiación, administración y la entrega de los servicios” (Rondinelli *et al.*, 1983).

Diversa literatura parte de la hipótesis de que la descentralización trae beneficios en distintos campos; sin embargo, hay también críticas sobre la limitada evidencia de los resultados. Las áreas en las que se espera mejora son: eficiencia técnica y asignativa, equidad, empoderamiento, rendición de cuentas, capacidad de innovación y mejora en la calidad de los servicios (Saltman *et al.*, 2007). Por eso, a la hora de implementar la descentralización en alguna de sus modalidades, se debe evaluar cómo impactará en las distintas áreas. También hay que tener claro que en un proceso de descentralización el nivel central puede retener suficiente poder para adoptar las mejores soluciones e imponerlas sobre los entes descentralizados.

Las posibles ventajas de la descentralización se resumen en lo siguiente: i) dada la proximidad entre el punto de la toma de decisiones y la población, se promueve una mejor satisfacción de necesidades al conocer las preferencias y los patrones de comportamiento de los usuarios; ii) las unidades que se diferencien por su servicio son las que subsistirán; iii) la contratación de recursos humanos por parte de las entidades descentralizadas puede ser más afín a las necesidades de los usuarios; igualmente genera en el personal un mayor sentido de pertenencia; iv) la descentralización mejora las posibilidades de control, rendición de cuentas y motivación, así como la coordinación entre unidades en el marco de un proceso de aprendizaje; v) como consecuencia de lo anterior, se lograría una mayor eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios (Saltman *et al.*, 2007).

También se identifican desventajas, como por ejemplo: i) la inequidad debido a que sobresalgan una unidades descentralizadas sobre otras al ofrecer servicios de mejor calidad; ii) posibilidades de que las entidades descentralizadas sean capturadas por grupos de interés; iii) dificultad para atraer personal que labore en áreas remotas; iv) débil intercambio de información entre las unidades descentralizadas para el aprendizaje, a menos que intervenga el nivel central; v) duplicación de servicios debido a que trabajan en una menor escala (Saltman *et al.*, 2007).

15.2. Descentralización en EsSalud

En Perú se cuenta con un sistema de salud descentralizado en varias instituciones: el Ministerio de Salud, que cubre el 55% de la población; EsSalud, que tiene cobertura sobre el 35%, y el restante 10% corresponde a las Fuerzas Armadas, la Policía o recibe servicios en el sector privado. Con este sistema de múltiples aseguradores y prestadores, se presenta un fenómeno de traslape en poblaciones cubiertas por varios esquemas o que buscan servicios en varios proveedores; desde la perspectiva de los trabajadores del sector de la salud, se da el trabajo en múltiples sitios, especialmente de médicos especialistas y personal de enfermería⁴³. Por medio del proceso de adjudicación de plazas conocido como SERUMS y del Observatorio de Recursos Humanos en Salud, se promueven medidas para disminuir las brechas de equidad entre los departamentos.

La descentralización administrativa fue anunciada en setiembre del 2012 como un proceso donde las redes asistenciales estarían en una posición de manejar sus recursos y ejecutar sus programaciones. Los hospitales de alta complejidad, por su lado, tendrían libertad de organizarse mejor según sus circunstancias particulares. Desde el punto de vista geográfico, en EsSalud se ha dado un proceso de macrorregionalización en seis regiones: Norte, Oriente, Lima, Centro, Sureste y Sur. A su vez, se cuenta con 29 redes de prestación de servicios distribuidas en el país con cierto grado de desconcentración. Para fortalecer la atención se ha dado un fuerte impulso a la inversión en recursos humanos y en

⁴³ Para más información, véase <http://www.who.int/workforcealliance/countries/per/en/>

tecnología para lograr autonomía en la capacidad resolutoria, que se refleja por un aumento de las referencias dentro de las regiones y una disminución de las referencias en los hospitales de Lima. Algunas de las redes de atención que se han implementado son la de Rebagliati, Sabogal, Arequipa, Cusco, La Libertad, Lambayeque y Almenara.

No obstante los primeros avances en materia de descentralización, existe todavía un conjunto de temas que plantean interrogantes sobre su futuro. Un primer aspecto comentado por algunos entrevistados se refiere a la necesidad o no propiamente de avanzar en la descentralización. Es decir, existen posiciones que cuestionan la opción de profundizar el proceso mismo en el entendido que muchas redes no han podido siquiera gestionar lo que hoy tienen en sus manos. Por su lado, entre quienes apoyan avanzar en la implantación del modelo, se argumenta que las funciones centralizadas (sobre todo aquellas relacionadas con infraestructura) son altísimamente ineficientes, con periodos de ejecución y respuesta muy lentos o sin respuesta del todo. Asimismo, se considera que la aplicación parcial de la descentralización (algunas actividades sí, otras no) impide valorar si efectivamente tiene efectos positivos, todo lo cual redundaría en la necesidad de aplicar una evaluación más precisa sobre sus pros y contras desde el 2012.

16.

Nuevos modelos de gestión: mecanismos de pago y resultados

Según el plan estratégico, EsSalud ha dado pasos importantes en el establecimiento de nuevos modelos de gestión por resultados y sus correspondientes mecanismos de pago. Entre otros, se han implementado los siguientes: 1) pago por caso resuelto, mediante el cual se paga al equipo de trabajo involucrado de centros asistenciales del segundo y tercer nivel por casos totalmente resueltos; 2) pago por producción a todos los centros asistenciales; 3) pago a todos los centros asistenciales según la evaluación de equipos de gestión por medio de un tablero de monitoreo; 4) pago por mejoramiento de indicadores de gestión a los hospitales IV nacionales en sus servicios de hospitalización; 5) el Régimen de Prestaciones Complementarias de Trabajo implementado en el 2010 consiste en un pago a los profesionales, luego de sus horas de trabajo, por resultados alcanzados. Este mecanismo ha permitido mejorar la oferta de servicios y también la gestión por medio de desplazamiento de los médicos en la red de atención, mayor cantidad de plazas, mejor rendimiento del personal y la infraestructura de consultorios médicos.

En ese mismo sentido, la entidad considera la incorporación de alianzas con el sector privado dentro de las nuevas modalidades de gestión. Por medio de las asociaciones público-privadas, con cooperativas, universidades privadas, ONG, empresas y organizaciones religiosas, se han establecido contratos para la atención con parámetros de calidad definidos. También se dan las asociaciones público- públicas, para los mismos fines, con municipalidades, MINSA, Fuerzas Armadas, universidades públicas y los gobiernos regionales descentralizados.

En materia de contratación, EsSalud desarrolló en el pasado acuerdos de financiamiento internos, que funcionaban bajo un esquema de “compra” de servicios seleccionados de una cartera de prestaciones de atención integral. Estos ya no se encuentran vigentes y su carácter era más administrativo, es decir, se desarrollaban según normas específicas que señalaban el proceso de pago, las condiciones, obligaciones y la evaluación, pero no a través de acuerdos de gestión. Dado su enfoque hacia la compra de servicios, el principal resultado de su aplicación fue un aumento en la producción de servicios en atención ambulatoria y hospitalización, así como un incremento en el rendimiento del uso de los consultorios médicos, las camas hospitalarias y los quirófanos.

No obstante los avances en la materia, especialmente en lo relacionado con mecanismos de pago, existe un conjunto de medidas que parecen ser necesarias para profundizar la reforma sobre el tema. En lo puntual, las principales áreas a las cuales apuntar en tal sentido parecieran ser las siguientes:

- Vinculación del presupuesto con resultados social y económicamente necesarios.
- Establecimiento de mecanismos de pago de tipo capitado que promuevan la cobertura en el primer nivel de atención.
- En relación con el punto previo, diseño de tasas de capitación con ajustes por nivel socioeconómico y vinculación al desempeño.
- Desarrollo de un sistema informático que permita el monitoreo periódico y la evaluación de resultados.
- Reintroducción de los acuerdos de financiamiento bajo una orientación hacia acuerdos de gestión.

17.

Estrategias contra la corrupción en los sistemas de salud

En este apartado se esbozan una serie de conceptos planteados y analizados por organismos internacionales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y las Naciones Unidas para combatir la corrupción en los servicios de salud.

La corrupción adopta varias formas en el sector de la salud. Algunas de las manifestaciones de la corrupción incluyen: ausentismo, robo de suministros y medicamentos, pagos informales, procedimientos laxos e inadecuadamente diseñados para la compra y la contratación, suministro y distribución; sistema público con desviaciones hacia las ganancias privadas y la malversación de fondos. Una definición de corrupción es: “El abuso de un cargo de confianza para beneficio privado” (PNUD, 2011). La corrupción afecta a los pobres, dada su limitada capacidad para satisfacer las demandas impuestas por esta. Para enfrentarla, deben implementarse medidas preventivas por medio de sistemas institucionales para detectar riesgos, abordar debilidades de los procesos y aplicar medidas de mitigación.

La prevención se debe basar en la capacidad de disuasión con mecanismos de cumplimiento fuertes para que los potenciales infractores conozcan el riesgo y las consecuencias penales de una conducta inadecuada. Además, se requiere cambiar los incentivos por medio del fortalecimiento de las instituciones públicas para ir generando percepciones positivas hacia un gobierno que esté desarrollando esfuerzos para combatir la corrupción (World Bank, 2018). Hay una línea tenue entre la mala gestión y la corrupción; son caras de una misma moneda y uno de los elementos para combatir la corrupción es una buena gestión de los servicios (Lewis, 2006). Medidas generales para combatir la corrupción incluyen: i) información sobre el rendimiento y el impacto de los servicios; ii) fortalecer la capacidad de auditar; iii) la autoridad para recompensar el rendimiento y la disciplina; iv) la transferencia y el despido de empleados que cometen abusos; y v) dar cuentas sobre el desempeño de los servicios públicos (Lewis, 2006).

Un grupo de trabajo organizado por el BID (2018) propuso cuatro pilares para luchar contra la corrupción:

1. Iniciativas mundiales y regionales. Adherirse a convenios internacionales anticorrupción.
2. Iniciativas nacionales. Expansión de la transparencia financiera y gubernamental en cuanto a la gestión de los recursos públicos, adquisiciones, contratos, cambios en la financiación política, uso de tecnología y compromiso del Estado.
3. Involucrar al sector privado y a la sociedad civil. Enfatizar en que el sector privado tiene un interés comercial en mejorar la transparencia y reducir las ineficiencias que crea la corrupción. Por su parte, la sociedad civil se consolida como un pilar para promover la transparencia y la rendición de cuentas.
4. Iniciativa y liderazgo del BID en América Latina. A nivel más general y estratégico, el BID puede apoyar a los gobiernos en materia de reformas de gobernanza y transparencia y de programas anticorrupción; así mismo, potenciar las evaluaciones que realizan otras instituciones

internacionales (Fondo Monetario Internacional, OCDE, etc.), además de apoyar en el fortalecimiento de los sistemas de adquisiciones, análisis de escándalos de corrupción, difundir y compartir lecciones aprendidas de otros países en la lucha contra la corrupción.

En el siguiente cuadro se recopilan una serie de recomendaciones planteadas por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2011) para atender los problemas de corrupción en distintas esferas.

Cuadro 117.

Diversas medidas para mejoramiento de los procesos para atender la problemática de la corrupción

Mejoramiento del desempeño	Mejoramiento de la regulación gubernamental	Mejoramiento del suministro de medicamentos e insumos	Mejoramiento del proceso de distribución de suministros
Financiamiento basado en desempeño mejora la transparencia en la gestión dado que promueve la eficiencia, un mejor uso de los recursos.	Agencia reguladora de medicamentos de alto nivel técnico.	Clara cuantificación de lo que se requiere.	Seguir la distribución en tiempo real por medio de tecnología de información.
Legislación que haga que los gerentes sean legalmente responsables por las acciones de sus subalternos.	Registro con un procedimiento claro de aprobación, disponible y aplicable para todos los proveedores y publicado en la web.	Claros procedimientos de recepción de ofertas, evaluación, adjudicación publicación y apelación.	Control de inventario de las cargas y de los vehículos que las transportan.
Sanciones administrativas y penales para actos de corrupción individuales.	Publicación de las resoluciones y su justificación por parte de la agencia reguladora.	Utilizar los medios electrónicos para concursos.	Encuesta de Seguimiento del Gasto Público (PETS, por sus siglas en inglés) que da seguimiento a las cuentas de gasto.
Introducción o mejoramiento de mecanismos de control.	Que los involucrados en la agencia regulatoria firmen un documento que establezca conflictos de interés y que esté disponible públicamente. A su vez, que exista una instancia que dirima los conflictos de interés.	Precalificación de proveedores (puede ser por medio de un programa de la OMS para ese fin).	Implementación de medidas de seguridad como contratación de personal de seguridad, tamizaje del personal previo a contratación y luego anualmente por delincuencia, historia crediticia o polígrafo, si la legislación nacional lo permite.
Código de conducta para el funcionario público y los profesionales que establezca las expectativas y que requiera que los funcionarios públicos declaren sus activos y cambios en patrimonio durante su gestión.	Vigilancia institucional y del público para identificar medicamentos falsificados.	Monitoreo de precios y <i>benchmark</i> con precios internacionales.	Separar al personal de las áreas del proceso administrativo, planeación y operaciones.
Realizar revisiones externas y visitas sin previo aviso a establecimientos de salud para evaluación cualitativa con clientes y beneficiarios.		Uso de guías internacionales para el proceso de adquisiciones.	Involucrar a la sociedad civil en la vigilancia del proceso de adquisiciones.
Contar con procedimientos estandarizados sobre descripción de puestos, concursos, evaluación del desempeño y criterios para promoción.		Reporte periódico de los indicadores de desempeño del sistema de adquisiciones.	Realizar inspecciones en los establecimientos para evaluar las existencias.
		Capacitación del personal involucrado en adquisiciones.	Realizar ejercicios de análisis de riesgo del proceso de transporte de los insumos.
		Existencia de una comisión de alto nivel que vigile el proceso de adquisiciones.	

Fuente: PNUD, 2011.

18.

Conclusiones y recomendaciones

Las principales conclusiones del informe apuntan a los siguientes aspectos:

1. El seguro se encuentra inserto hoy día en un contexto caracterizado por el descenso paulatino de la tasa de crecimiento del PIB luego de una década de elevado crecimiento. Si bien la inflación sigue siendo de un dígito, lo cierto es que en los últimos años ha superado la meta establecida por el BCRP. Otras variables macro, como el saldo fiscal del último quinquenio, muestran un mismo patrón de deterioro respecto a su comportamiento previo.
2. Otras presiones de entorno para EsSalud provienen del flanco demográfico con una tasa de crecimiento poblacional que viene cayendo desde los ochenta y que además observa cómo la población adulta mayor crece de forma acelerada, especialmente entre mujeres. El proceso de urbanización también aumenta de manera rápida.
3. Se observarán crecientes resultados financieros deficitarios en EsSalud no solo por las implicaciones financieras de tener una población que empieza a concentrar cada vez más personas en los estratos etarios superiores, sino también por los efectos en los modelos de prestación de servicios, así como por el paquete de beneficios por otorgar. Estos déficits se manifestarán a través de un deterioro creciente de la calidad y oportunidad de los servicios prestados. Por lo tanto, se debe evitar que esta situación continúe, con el objetivo de no afectar la confianza que la población asegurada tiene en EsSalud.
4. En lo positivo, la pobreza, tanto en su versión extrema como no extrema, sigue bajando. La pobreza sigue afectando en mayor porcentaje a mujeres, niños y habitantes de la Sierra. Seis de cada diez trabajadores pobres son independientes.
5. El mercado laboral plantea retos importantes para el crecimiento de EsSalud. El 72.5% de los ocupados son informales, en tanto los desempleados suman un 5% de la fuerza laboral, ambos indicadores con tendencia a la baja. Los ingresos promedio crecieron un 5% por año entre 2008 y 2017, pero en este último año su incremento fue apenas perceptible.
6. La infección respiratoria inferior y la enfermedad isquémica del corazón son las dos principales causas de muerte en Perú, manteniéndose en tales posiciones desde 2005. Las otras tres enfermedades (Alzheimer, cerebrovascular y renal crónica) también son parte de las cinco principales causas, con la única distinción de que el Alzheimer pasó de ser la quinta a ser la tercera. El principal riesgo de muerte y discapacidad combinadas en Perú es la desnutrición.
7. Propiamente en materia de mortalidad de los asegurados a EsSalud, se observa lo siguiente: a) reducción leve en la tasa de mortalidad general y b) recorte a la mitad en las tasas de mortalidad infantil y de niñez. Tanto en consulta externa como en hospitalizaciones, los casos por 100 asegurados tendieron a la baja, aunque con distintas velocidades de reducción. En emergencias algunos casos mostraron un aumento en la demanda por servicios específicos como la faringitis aguda, el dolor abdominal y la diarrea.
8. El seguro muestra en los pasados cuatro años un deterioro en sus condiciones financiero-presupuestarias. En primer lugar, el crecimiento de los ingresos totales disminuyó notablemente, especialmente en el 2017, altamente influenciado por la desaceleración de las contribuciones. En términos reales, la aportación real por titular no creció de forma importante entre 2005 y 2017. El gasto total mostró un comportamiento muy cercano a los ingresos con tendencia a caer en el tiempo. El saldo económico (como % del PIB) mostró una caída persistente desde 2013 y ha tenido números en rojo en 2016 y 2017.

9. Cerca del 54% del gasto se destina a remuneraciones y solo el rubro “servicios prestados por terceros” ganó peso en la estructura del gasto.
10. Las tres partidas que impulsan el gasto operativo de EsSalud son sueldos y salarios, insumos y suministros y otros servicios prestados por terceros. A nivel de partida específica, conviene considerar lo siguiente:
 - a. En EsSalud el pago de bonificaciones tiene actualmente mayor peso que las remuneraciones básicas.
 - b. En cuestión de cinco años el bono de productividad se duplicó.
 - c. El crecimiento de la planilla explica el 39% del aumento en remuneraciones; el incremento salarial explica el otro 61%.
 - d. La participación de medicamentos perdió peso relativo en el gasto total durante los últimos cuatro años.
11. Las inversiones en capital físico de EsSalud también tuvieron un deterioro en los últimos años, especialmente en el 2017, año en que se alcanzó el mínimo de la década. La entidad ejecuta cerca del 70% de su presupuesto en inversiones físicas. De forma agregada, la subejecución presupuestaria significó no erogar 683.4 millones de soles entre 2005 y 2017.
12. La planilla total de EsSalud ascendió a 56,163 servidores públicos al finalizar el 2017, cifra que creció un 37.5% desde el 2010 a un ritmo de 2,189 trabajadores nuevos por año. Esta expansión se explica principalmente por el aumento del personal clínico. Del total de funcionarios, el 40% es médico/a o enfermero/a, y la mitad del personal asistencial entra en alguna de estas dos categorías. Un reto importante en la gestión del recurso humano del seguro es que más de 22,000 funcionarios tienen 55 o más años de edad. Geográficamente hablando, la disponibilidad de recurso humano clínico entre las tres redes que más tienen es 2.5 veces superior a las tres con menor asignación. Si se aumentase la cantidad de personal médico y de enfermería de forma que toda red por debajo del promedio nacional llegase a dicha cifra, se extendería la contratación en 2,610 plazas.
13. La productividad médica, entendida como el número de consultas anuales por médico, ha venido en descenso, al punto que el indicador cayó un 27.6% desde el 2011.
14. La cantidad de establecimientos clínicos también ha tendido a la baja desde 2007. La relación de centros clínicos (cualquiera que sea su naturaleza) por 100,000 asegurados muestra que, si en el 2017 hubiese existido la misma proporción que había en el 2007, EsSalud debería haber tenido 146 centros más. Esta brecha podría ser mayor si se considera que no necesariamente en el 2007 se tenía el nivel óptimo de centros dado un parámetro de área de cobertura poblacional. Los datos sobre población cubierta por centro dan muestra de lo dicho anteriormente. Así, por ejemplo, existe en la actualidad una posta médica por cada 101,288 asegurados, un CAP-II por cada 232,119 asegurados y un H-I por cada 242,211 personas. En cuanto a centros de primer nivel, a nivel nacional, existe un centro por cada 37,769 asegurados, con valores que se mueven desde un mínimo de 8,619 asegurados en Pasco a 137,075 asegurados en Rebagliati.
15. En materia de gestión financiera-contable, el último quinquenio se caracterizó por lo siguiente:
 - a. Las cuentas por cobrar aumentaron en cerca del 50% en términos nominales.
 - b. El rubro de cuentas por pagar mantuvo una participación superior al 70% dentro del componente de los pasivos de EsSalud. Las cuentas por pagar judiciales se quintuplicaron, mientras que las provisiones se duplicaron.
 - c. Provisiones de cobranza dudosa han tendido a aumentar como parte de las cuentas por cobrar.
 - d. En los últimos cuatro años, el factor de recuperación de la deuda de la SUNAT no ha superado el 3% y ha tendido a la baja, lo cual ha forzado a aumentar las provisiones como porcentaje de las aportaciones comerciales por cobrar a la SUNAT.
 - e. Los indicadores de liquidez de EsSalud han disminuido en el quinquenio 2013-2018,

- principalmente como resultado de un crecimiento más acelerado del pasivo corriente en el periodo de estudio. Aun así, el seguro tiene la capacidad para cumplir con sus obligaciones de corto plazo, pues los activos corrientes más que duplican los pasivos corrientes (circulantes) de la institución. La prueba ácida ratifica esto.
- f. En general, EsSalud tiene buena capacidad de endeudamiento y capacidad de pago de sus deudas; no obstante, los indicadores de apalancamiento han mostrado cierto deterioro.
 - g. En cuanto a los indicadores de rentabilidad, los márgenes de utilidad bruta y operativa tendieron a caer y en el caso del primero tuvo números en rojo desde el 2014.
16. La afiliación a EsSalud creció, desde el 2005, cinco veces más que la tasa de crecimiento poblacional. De esta forma, la tasa de cobertura aumentó del 21% al 35% de la población. El aumento en titulares ha sido superior a los beneficiarios, lo cual produjo una caída en el indicador de dependencia.
 17. En materia de afiliación por grupo etario, los adultos mayores se convirtieron en el segmento de mayor crecimiento relativo; uno de cada cinco titulares de EsSalud tiene más de 60 años.
 18. Los tres tipos de asegurados más grandes en cuanto a asegurados totales fueron el Trabajador Activo (76%), el Pensionista (11.2%) y el Agrario Dependiente (5.6%). Por otro lado, los seguros con menor cantidad de asegurados fueron el Pescador Artesanal (6,180 personas) y el Potestativo (5,539). Si el análisis se transfiere al plano de los titulares, entonces se comprueba que las tendencias previas se mantuvieron, pero en el caso de los seguros más pequeños, la afiliación directa apenas llegó a 2,550 pescadores artesanales y 5,477 potestativos.
 19. Mientras las consultas externas y las emergencias tendieron al alza, las hospitalizaciones y las cirugías cayeron en el tiempo (por 100 asegurados). Luego de un periodo de caída persistente, algunos servicios se recuperaron después del 2014, especialmente recetas de medicamentos, servicios odontológicos, ecografías y electrocardiogramas.
 20. La cantidad de prestaciones económicas creció un 39% entre 2010 y 2017. Aunque históricamente los hombres han sido los mayores beneficiarios, en los últimos años la brecha se ha cerrado, al punto que en el 2017 hubo más beneficiarias que beneficiarios. Esto fue en paralelo con el crecimiento continuo del subsidio materno, que aumentó un 50%. Ninguna otra prestación vio crecer tanto el monto de su subsidio.
 21. En cuanto a prestaciones económicas, a la fecha se han incluido nuevos sistemas informáticos, como el subsidio de Lactancia cero trámites, que permiten variar el concepto de solicitud de un subsidio y elevar el porcentaje de atención y satisfacción del asegurado. Además, existen iniciativas de proyecto para maternidad e incapacidad cero trámites.
 22. La información disponible en materia de modelo de gestión y mecanismos de pago no permite generar suficiente evidencia sobre el impacto o los efectos en el desempeño general del seguro. Esto, sin embargo, no impide reconocer avances en temas puntuales como el establecimiento de mecanismos de pago específicos tendientes a incentivar la producción ambulatoria u hospitalaria. Existe un conjunto de posibles áreas de trabajo futuras en las cuales se puede profundizar la separación de funciones, tales como la introducción de contratos de gestión, el desarrollo de fórmulas de capitación para primer nivel de atención, el desarrollo de sistemas informáticos y el diseño e implementación de esquemas de presupuestación por resultados.
 23. En relación con la descentralización, el proceso de macrorregionalización ha conformado seis regiones: Norte, Oriente, Lima, Centro, Sureste y Sur. Para fortalecer la atención se ha dado un fuerte impulso a la inversión en recursos humanos y en tecnología para lograr autonomía en la capacidad resolutoria, que se refleja por un aumento de las referencias dentro de las regiones y una disminución de las referencias en los hospitales de Lima.

Recomendaciones

Algunas recomendaciones derivadas del trabajo consideran lo siguiente:

Nivel micro

1. Preparar un estudio de brechas en recursos humanos (tanto clínico como administrativo) y camas, por red, y desarrollar un nuevo modelo de planeamiento y asignación de servicios que permita cerrar brechas regionales en cuanto a la disponibilidad de recurso humano.
2. Revisar la escala salarial de EsSalud y su política de promoción con respecto a entidades de similar naturaleza como parte de una estrategia mayor de motivación del personal.
3. En línea con lo anterior, analizar la factibilidad de permitir que los médicos laboren por un máximo de jornada y media, en lugar del límite de una jornada completa que rige hoy día.
4. Evaluar el modelo de logística en la distribución de medicamentos y el de planeamiento de la infraestructura, especialmente para zonas alejadas de Lima, por cuanto se considera que la respuesta a sus necesidades es tardía.
5. Establecer una amplia valoración de la pertinencia de los sistemas informáticos, en particular la integración de sus partes. Puntualmente, se recomienda mejorar aspectos como:
 - Integración administrativa de los procesos.
 - Actualizar a tiempo real la actividad de los pacientes y su historia clínica.
 - Ejecución presupuestaria vinculada a resultados.
 - Costos unitarios.
 - Elevar el porcentaje de automatización de los procesos de subsidios por lactancia, maternidad y sepelio y certificaciones por incapacidad temporal.
 - Gestión de siniestros pasando de bases estadísticas gestionadas “manualmente” a sistemas informáticos con uso de herramientas modernas como *big data*.
 - Portabilidad de beneficios.
 - Empleadores morosos.
 - Calidad de la atención.
6. Los estudios de carga de enfermedad (CDE) deben considerarse como uno de los principales insumos en el proceso de determinación de prioridades sanitarias, para poder obtener estimaciones cada vez más desagregadas especialmente en EsSalud; sin embargo, estas estimaciones dependerán de la producción científica que se desarrolla en cada país (MINSA, 2014). Es conveniente profundizar y coordinar los esfuerzos que actualmente realiza EsSalud para implementar los estudios de carga de enfermedad y sobre esa evidencia valorar la sostenibilidad de las intervenciones, su evitabilidad y la estimación de su incremento. Esto les permitiría a las autoridades fortalecer acciones sobre algunas enfermedades como las cardiovasculares, el cáncer, las condiciones perinatales, entre otras.

Nivel meso

1. Desarrollar normativa interna que mejore la relación entre los procesos de planificación y los presupuestarios.
2. Revisar la tasa contributiva de cada seguro, así como su distribución entre servicios de salud y riesgos de incapacidad. En lo puntual, reestructurar el diseño del Seguro Potestativo en términos de los incentivos que brinda para que la población independiente se afilie y explorar cambios en la tasa de cotización del Seguro Agrario, hoy en día al 4%, ante la incertidumbre que genera dicho monto en la sostenibilidad financiera del régimen.

3. Preparar un plan de mejora en la cobranza de las contribuciones, así como en la transparencia de la relación entre la SUNAT y EsSalud.
4. Estimar el monto del subsidio que EsSalud provee a las EPS por concepto de trabajadores atendidos producto de accidentes laborales en la red del Seguro. Además, es recomendable realizar un estudio de costeo de los gastos por accidentes de trabajo en los afiliados al SCTR de EsSalud.
5. Fortalecer e impulsar el SCTR, con la finalidad de darlo a conocer entre las empresas a las que corresponde este seguro y generar en estas el interés por afiliarse.
6. Revisar la estructura organizacional de EsSalud con el objetivo de reducir el alto nivel de fragmentación de los procesos administrativos que se encuentran hoy día en manos de múltiples responsables, reduciendo así la eficiencia general del Seguro. Preparar, como parte del estudio, un mapeo de procesos y la duración de sus actividades.
7. Preparar un análisis costo-beneficio para tercerizar servicios como lavandería, radioterapia y resonancias en regiones de alto déficit.
8. Introducir cambios en la gestión clínica macro y micro en al menos los siguientes niveles: a) reforzamiento del primer nivel de atención; b) gestión integrada de casos clínicos, en especial para enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes; c) gestión de cesáreas; d) preparación de protocolos estandarizados.
9. Revisar el funcionamiento integral de la red de proveedores afiliados a EsSalud, haciendo un especial énfasis en el número y papel de los centros de primer nivel en ámbitos como los siguientes: a) provisión de servicios de promoción y prevención; b) puerta de entrada al sistema y modelo de referencia; c) nivel resolutivo.
10. Debe iniciarse progresivamente un modelo de atención en salud con un enfoque más preventivo/promocional. De igual manera, es necesario fortalecer el primer nivel de atención para aumentar su capacidad resolutiva e impedir referencias innecesarias a otros niveles de atención, lo cual ocasiona mayor demanda en consulta externa y de emergencias, así como exploraciones complementarias solicitadas, costes del tratamiento, satisfacción del asegurado y mejora de los indicadores. Por lo anterior, resulta necesario trabajar en atención primaria de salud basada en el principio de la atención a la familia, comunidades y no solo a los individuos.
11. Valorar los siguientes cambios en el funcionamiento de la red de proveedores:
 - a. Aceptar la contratación de todo tipo de proveedores, sea con o sin fines de lucro.
 - b. Crear e incorporar la figura de médico comunitario al primer nivel de atención.
 - c. Ampliar el funcionamiento de equipos itinerantes y la telemedicina.
12. Dado el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y las causas externas de muerte, las cuales pueden ser controladas o prevenidas en el primer nivel de atención, deberán implementarse enfoques estratégicos preventivos con el objetivo de evitar tratamientos más prolongados y más costosos.
13. Preparar una muestra de estudios pormenorizados dentro de las redes con el fin de valorar el comportamiento de cada uno de los hospitales. Preparar estudios sobre el desempeño hospitalario en redes como Amazonas, Huancavelica, Tacna y Cusco, que requieren una evaluación más integral y prioritaria dado que presentan valores alejados de los promedios en varios de los indicadores.
14. Aprobar el decreto que reduce el porcentaje de reservas del 30% al 15%.
15. Fortalecer el modelo de gestión de riesgos a tres niveles:
 - Gestión del riesgo financiero.
 - Gestión de la seguridad del paciente.
 - Gestión de los procesos.
16. Considerar el desarrollo de un sistema de control para las prestaciones tercerizadas para permitir la regulación de los contratos, convenios, aplicación de incentivos o penalidades.

Nivel macro

1. Avanzar en la implementación de la separación de funciones mediante el desarrollo de un plan estratégico y de acción con fechas y responsables.
2. Valorar la necesidad de avanzar hacia un mayor nivel de gestión por resultados en un contexto de descentralización administrativa y clínica. Como tal, el nuevo enfoque debería combinar un replanteamiento de las metas por criterio geográfico, el fortalecimiento del presupuesto orientado a resultados y las capacidades de monitoreo y evaluación por desempeño.
3. Reintroducir los acuerdos de financiamiento entre EsSalud y los distintos proveedores de forma que se promuevan: a) nuevos mecanismos de pago según tipo de proveedor; b) establecimiento de metas cuantificables; c) vinculación plan-presupuestado-resultados-incentivos.
4. Replantear los mecanismos de pago según tipo de proveedor considerando al menos tres elementos: una tarifa base que permita brindar servicios con determinado nivel de calidad clínica; un ajuste por riesgo para compensar diferencias epidemiológicas y socioeconómicas donde se desenvuelve el proveedor, y un componente de pago por desempeño.
5. A nivel administrativo, considerar los siguientes aspectos en materia del modelo de separación de funciones:
 - a. Avanzar en el costeo de servicios de venta.
 - b. Fortalecer el marco jurídico que regule las negociaciones.
 - c. Aceptar médicos individuales y sus consultorios como proveedores para contratar.
6. Preparar una estrategia de lucha contra la corrupción, empezando por aspectos relacionados con el ausentismo laboral y la automatización de la programación de citas médicas.

Referencias bibliográficas

- Amsat, V. (2015). "Población, migración y urbanización en el Perú". Disponible en: <http://poblacionymigracionenelperu.blogspot.com/2015/07/poblacion-migracion-y-urbanizacion-en.html>
- Aramburú, C. y Bustinza, M. (2007). "La transición demográfica peruana: implicancias para la conciliación trabajo-familia". *Economía y Sociedad* 63: 62-73. Disponible en: <http://www.cies.org.pe/sites/default/files/files/otros/economiaysociedad/07-aramburu.pdf>
- Ávalos, B. (2016). "Cuando es peor el remedio que la enfermedad: la exoneración de las gratificaciones legales y sus efectos en el presupuesto de EsSalud". Disponible en: <https://www.enfoquederecho.com/2016/12/20/cuando-es-peor-el-remedio-que-la-enfermedad-la-exoneracion-de-las-gratificaciones-legales-y-sus-efectos-en-el-presupuesto-de-essalud/>
- Baca, J. (2016). "La crisis de EsSalud". Disponible en: <http://alertaeconomica.com/la-crisis-de-essalud/>
- BID (Banco Interamericano de Desarrollo) (2018). *Informe del Grupo Asesor de Expertos en anticorrupción, transparencia e integridad para América Latina y el Caribe*. Washington D.C.
- Bitrán y Asociados (2000). *Métodos de pago a prestadores y subcontratación en el Sector Salud*. Programa Flagship. Reformas y Financiamiento sustentable del Sector Salud. Flagship Program World Bank.
- Brockerhoff, M. y Derose, L. (1996). "Child survival in East Africa: The impact of preventive health care". *World Development*, 24(12): 1841-1857.
- Congreso de la República del Perú (2008). Los Programas Sociales en el Perú 1990 2007: del alivio a la superación de la pobreza. Informe de Coyuntura N° 026/2007 2008 Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2_uibd.nsf/86BA8BB7E32BE9780525784E00542271/\\$FILE/DelAlivioalaSuperaciondelaPobreza.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2_uibd.nsf/86BA8BB7E32BE9780525784E00542271/$FILE/DelAlivioalaSuperaciondelaPobreza.pdf)
- Espinoza y Asociados (2014). *Estados Financieros Combinados de EsSalud 2013*. Informe N° 070- 2014. Seguro Social de Salud EsSalud. Lima.
- ____ (2015). *Estados Financieros Combinados de EsSalud 2014*. Informe N° 072-2015. Seguro Social de Salud EsSalud. Lima.
- ____ (2016). *Estados Financieros Combinados de EsSalud 2015*. Informe N° 070-2016. Seguro Social de Salud EsSalud. Lima.
- ____ (2017). *Estados Financieros Combinados de EsSalud 2016*. Seguro Social de Salud EsSalud. Lima.
- ____ (2018). *Estados Financieros Combinados de EsSalud 2017*. Informe N° 098-2018. Seguro Social de Salud EsSalud. Lima.
- EsSalud (Seguro Social de Salud) (2014). *Memoria Anual 2013*. Lima.
- ____ (2015). *Memoria Anual 2014*. Lima.
- ____ (2016). *Memoria Anual 2015*. Lima.
- ____ (2017a). *Memoria Anual 2016*. Lima.
- ____ (2017b). *Plan Estratégico Institucional 2017-2021*. Lima.
- ____ (2018) *Memoria Anual 2017*. Lima.
- Franks, P. y Fiscella, K. (1998). "Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience". *The Journal of Family Practice*, 47(2): 105-109.
- Gottret, P. y Schieber, G. (2006). *Health financing revisited*. The World Bank. Washington D.C.

Grushka, C. (2016). *Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud)*. Oficina de la OIT para los Países Andinos, Lima.

Herrera, J. (2017). "Poverty and Economic Inequalities in Peru during the Boom in Growth: 2004- 14", en *Alternative Pathways to Sustainable Development: Lessons from Latin America*, International Development Policy series N° 9 (Geneva, Boston: Graduate Institute Publications, Brill-Nijhoff), pp. 138-173.

INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) (2010). *Informe Técnico: Evolución de la Pobreza al 2009*. Disponible en: <https://sinia.minam.gob.pe/documentos/informe-tecnico-evolucion-pobreza-2009>

____ (2015). *Mapa de Pobreza Provincial y Distrital 2013*. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1261/Libro.pdf

____ (2017). *Perú: Perfil de la pobreza por dominios geográficos 2004-2014*. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1306/index.html

____ (2017). *Perú: Perfil de la pobreza por dominios geográficos 2007-2016*. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1457/libro.pdf

____ (2018). *Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2007-2017*. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/informe_tecnico_pobreza_monetaria_2007-2017.pdf

____ (2018). *Perú: Indicadores de Empleo e Ingreso por Departamento, 2007-2017*. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1537/libro.pdf

JLN (Joint Learning Network for Universal Health Coverage) (2017). *Using Data Analytics to Monitor Health Provider Payment Systems: A Toolkit for Countries Working Toward Universal Health Coverage*. Results for Development (R4D), PATH, PharmAccess Foundation.

Lalonde, M. (1981). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ministry of Health of Canada. Government of Canada.

Langenbrunner J., Cashin, C. y O'Dougherty, S. (eds.) (2009). *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-to Manuals*. Washington D.C., World Bank.

Lewis, M. (2006). *Governance and Corruption in Public Health Care Systems*. Center for Global Development. Ley de Creación del Seguro Social de Salud - EsSalud (Ley N° 27056) (1999). Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/Decreto_supremo_002_99_TR.pdf

Macinko, J., Starfield, B. y Erinosh, T. (2009). "The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- and Middle-Income Countries". *Journal of Ambulatory Care Management*, 32(2): 150- 171.

Macinko, J., Starfield, B. y Shi, L. (2003). "The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998". *Health Services Research*, 38(3): 831-865.

Matos, J. (1990). "Las migraciones campesinas y el proceso de urbanización en el Perú". Disponible en: <https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Las%20migraciones%20campesinas%20y%20el%20proceso%20de%20urbanizacion%20en%20el%20Peru%20Matos%20Mar.pdf>

MEF (Ministerio de Economía y Finanzas) (2003). *Nota Instructiva No.1*. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/sectr_publ/prcon_ineg/2003/ni_D0052003.pdf

____ (2013). *MEF Glosario explicativo de terminología técnica en relación al Decreto Supremo N° 070-2013-PCM*. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/transparencia/2019IV/Glosario_explicativo_ingresos_2020.pdf

____ (2016). *Gasto Social*. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/conta_publ/2016/gasto_social2016_tomo1.pdf

Meneu, R. (2011). *Anotacions de Salut Pública I Administració de Serveis de Salut Sistemes de Financiació Hospitalaria*. Maestría en Economía de la Salud y del Medicamento. Universidad Pompeu Fabra.

MINSA (Ministerio de Salud del Perú) (2011). *Aseguramiento Universal en Salud. Información general para personal de salud*. Ley N° 29344 y DS N° 008-2010-SA. Lima.

____ (2014). *Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos, 2012*. Ministerio de Salud, Lima.

Moore, D., Castillo, E., Richardson, C. y Reid, R. J. (2003). "Determinants of health status and the influence of primary health care services in Latin America, 1990-98". *The International Journal of Health Planning & Management*, 18(4): 279-292.

OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2012). *Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud)*. Oficina de la OIT para los Países Andinos, Lima.

____ (2013). *Modelo de Proyección de Empleo para Perú*. Disponible en: https://www.ilo.org/lima/publicaciones/WCMS_236122/lang--es/index.htm

O'Meara, W., Noor, A., Gatakaa, H., Tsofa, B., McKenzie, F. y Marsh, K. (2009). "The impact of primary health care on malaria morbidity - defining access by disease burden". *Tropical Medicine and International Health*, 14(1): 29-35.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra.

____ (2010). *Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (2012). *Documento de orientación regional sobre los determinantes sociales de la salud en la Región de las Américas*. Washington D.C.

Ortún, V. (1998). "Gestión sanitaria y calidad". Conferencia inaugural del XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Santander.

Oxford Business Group (2016). *Peru maintains stable economic growth, unlike other countries in the region*. Disponible en: <https://oxfordbusinessgroup.com/overview/going-strong-unlike-other-countries-region-peru-has-been-able-maintain-stable-growth>

Oxford Poverty and Human Development Initiative (2017). "Peru Country Briefing", Multidimensional Poverty Index Data Bank. Disponible en: <https://ophi.org.uk/multidimensional-poverty-index/mpi-2015/mpi-country-briefings/>

Pascó-Font, A. y Saavedra, J. (2001). *Reformas estructurales y bienestar: una mirada al Perú de los noventa*. Disponible en: http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/LIBROGRADE_REFORMASESTRUCTURALESBIENESTAR.pdf

Pinto, G. (2015). "El bono demográfico en América Latina: El efecto económico de los cambios en la estructura por edad de una población". *Población y Salud en Mesoamérica* 13(1): 1-18. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/psm/13-2-8/13-2-8.html>

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2011). *Fighting Corruption in the Health Sector: Methods, Tools and Good Practices*. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Democratic%20Governance/IP/Anticorruption%20Methods%20and%20Tools%20in%20Health%20Lo%20Res%20final.pdf>

Rasella, D., Harhay, M., Pamponet, M., Aquino, R. y Barreto, M. (2014). "Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data". *BMJ*, 349.

Roca Garay, R. (2013). "Metas de Inflación y Efectividad de la Política Monetaria en el Perú". *Pensamiento Crítico*, 18(1): 159-168.

Rohde, J., Cousens, S., Chopra, M., Tangcharoensathien, V., Black, R., Bhutta, Z. A. (2008). "30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries?". *The Lancet*, 372 (9642), 950-961.

Rondinelli, D., Nellis, J., Cheema, G. S. (1983). *Decentralization in Developing Countries. A Review of Recent Experience*. World Bank Staff Working Papers number 581, Management and development series Number 8.

Saltman, R., Bankauskaite, V. y Vrangbæk, K. (eds.) (2007). *Decentralization in Health Care. Strategies and outcomes*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Mc Graw Hill. Open University Press.

Tobar, F. (2002). *Modelos de Gestión en Salud*. Buenos Aires.

Ugalde, A. y Homedes, N. (2008). "La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica". *Salud Colectiva* 4(1): 31-56. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000100003&lng=es

Verdera, F. (2007). *La pobreza en el Perú: un análisis de sus causas y de las políticas para enfrentarla*. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/becas/20120419043108/lapobreza.pdf>

Vidal, A. (2012). *Exoneración sobre las gratificaciones: ¿Quién paga el costo?* EsSalud. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/downloads/gratificacion.pdf>

World Bank (2009). *Welfare impacts of the "Juntos" Program in Peru: Evidence from a non-experimental evaluation*. Disponible en: http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod_legal/archivos/Evaluacion_Cuasi-Experimental1.pdf

____ (2018). *Combating Corruption*. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/topic/governance/brief/anti-corruption>

Anexos

Anexo 1. EsSalud: Proyectos de infraestructura desarrollados o vigentes, 2009-2017

Nº orden	Denominación del proyecto
1	Nuevo Hospital La Oroya
2	Nuevo Hospital Huamanga
3	Nueva Clínica Geriátrica San Isidro Labrador
4	Nueva Unidad Cuidados Intensivos Hospital Nacional Víctor Lazarte - La Libertad
5	Equipamiento estratégico (acelerador lineal y resonador magnético) BUNKER Hospital Rebagliati Martins
6	Ampliación del Servicio de Hospitalización del Hospital Marino Molina Scippa - Comas
7	Instituto Nacional del Corazón - INCOR
8	Nuevo Hospital Alto Mayo – Moyobamba
9	Nuevo Hospital Negreiros
10	Nuevo Hospital Antonio Skrabonja de Pisco
11	Nuevo Hospital Tumbes
12	Nueva Posta Médica Hualgayoc
13	Nuevo Hospital René Toche de Chíncha
14	Nuevo Hospital Chiclayo Oeste
15	Nuevo Hospital de Alta Complejidad - Red Metropolitana de Ica
16	Centro Asistencial Virú
17	Nuevo Hospital Chanchamayo - La Merced
18	Ampliación del Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren
19	Construcción de ambiente para PET-CT Almenara
20	Acondicionamiento de las salas de endoscopia del HNGAI-RAA
21	Mejoramiento y remodelación de la infraestructura del Servicio de Neonatología e implementación del Servicio de Obstetricia
22	Acondicionamiento de ambientes del Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de la red Asistencial Almenara
23	Cerco Perimétrico del Adulto Mayor Bagua Grande
24	Remodelación y acondicionamiento del edificio ex NORMETAL Áncash
25	Mejoramiento del Servicio de Radiología del CAP II Santa María de Nieva
26	Sistema de utilización en 22.9KV-3 para la electrificación del CAP II Sta. María de Nieva
27	Acondicionamiento de la infraestructura para la instalación del tomógrafo computarizado de 16 cortes en el Hospital II Abancay
28	Mejoramiento de la oferta de servicios del Centro Quirúrgico del Hospital II Yanahuara - GRAAR - Red Asistencial Arequipa
29	Implementación del Servicio de Tomografía del Hospital II de Huamanga
30	Implementación del servicio de Tomografía del Hospital II Cajamarca de la Red Asistencial Cajamarca
31	Construcción de ambientes para instalación de tomógrafo - Huancavelica
32	Implementación de la sala de calderos, suministro de vapor y agua caliente para el Hospital II - Red Asistencial Huancavelica
33	Construcción de la nueva infraestructura del servicio de ayuda al diagnóstico por imágenes H.III Juliaca
34	Construcción e implementación del Centro de Atención Primaria en el Hospital Base III Juliaca

Nº orden	Denominación del proyecto
35	Ampliación de capacidad de transformador de potencia de 250 kva a 800 kva de la subestación eléctrica del Hospital III de la RAJ
36	Ampliación de infraestructura del Servicio de Hospitalización del Hospital III Juliaca
37	Implementación del sistema de aire acondicionado para la UVI del Hospital II Luis Heysen Incháustegui de la Red Asistencial Lambayeque
38	Sistema de utilización de media tensión 10 22.9kv trifásico - Moyobamba
39	Construcción del módulo de servicios generales del H III Puno
40	Mejoramiento del Servicio de Emergencia del Hospital III Base
41	Implementación de infraestructura para equipo cámara gamma
42	Mejoramiento de los servicios de consulta externa y apoyo al diagnóstico del Centro Médico Cono Sur Tacna
43	Mejoramiento de los servicios de consulta externa y laboratorio del Policlínico Metropolitano Tacna
44	Infraestructura para el tomógrafo computarizado de 16 cortes en el Hospital II Lima-Norte Callao
45	Mejoramiento del servicio de emergencia de Adultos del Hospital IV Alberto Sabogal S.
46	Mejoramiento del servicio de emergencia de pediatría del Hospital IV Alberto Sabogal S.
47	Ampliación consulta externa y emergencia del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - HNGI
48	Cerco Perimétrico del Hospital el Buen Samaritano de Bagua Grande
49	Construcción del Cerco Perimétrico del Hospital II Huaraz
50	Nuevo Hospital de Tarapoto
51	Nuevo Hospital Regional de Alta Complejidad de La Libertad
52	Mejoramiento de infraestructura para la unidad de mezclas oncológicas, intravenosas y soporte nutricional artificial
53	Instalación de redes de agua potable y alcantarillado sanitario del Hospital de Alta Complejidad
54	Remodelación y ampliación del servicio de consultoría externa del Hospital I Sullana
55	Ampliación del servicio de hospitalización del Hospital III Base Puno
56	Remodelación y ampliación del centro quirúrgico del Hospital Base III de la Red Asistencial Puno
57	Remodelación y ampliación de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios del Hospital Base III de la Red Asistencial Puno
58	Construcción de almacenamiento final de residuos sólidos del Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren
59	Construcción de cisterna para abastecimiento de agua del Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren
60	Creación e implementación del Servicio de Tomografía en el Hospital II Huaraz de EsSalud
61	Nuevo Hospital II Abancay
62	Ciclotrón para la producción de radioisótopos
63	Remodelación y ampliación de la Central de Esterilización del Hospital Base III.
64	Mejoramiento del servicio de Ayuda al Diagnóstico por Imágenes - INCOR
65	APP - Villa María
66	APP - Callao
67	Mejoramiento de los servicios de Biblioteca del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren
68	Mejoramiento de la oferta de los servicios de neonatología, Centro Obstétrico, ayuda al diagnóstico por imágenes y Farmacia Hospital III Juliaca
69	Nueva Emergencia de Lima Metropolitana
70	Nuevo Hospital Huacho
71	Mejoramiento de la tecnología del equipamiento de ayuda al diagnóstico por imágenes del HNRPP- Junín
72	Mejoramiento de la tecnología del equipamiento del centro quirúrgico y del servicio de trasplante de órgano sólido del HNRPP- Junín
73	Mejoramiento de la tecnología del equipamiento del servicio de trasplante de órgano sólido del HNERM- Lima

Nº orden	Denominación del proyecto
74	Mejoramiento de la tecnología del equipamiento del servicio de trasplante de órgano sólido del HNGAI- Lima
75	Mejoramiento de la tecnología del equipamiento del servicio de trasplante de órgano sólido del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen - RAA - Lima
76	Creación de la unidad de atención renal ambulatoria Santa Anita - Lima
77	Mejoramiento de los servicios de salud del Centro Asistencial Chincheros-Apurímac
78	Creación de la unidad de atención renal ambulatoria de EsSalud en el distrito de Villa El Salvador - Lima.
79	Creación e implementación del servicio de tomografía en el Hospital I Víctor Alfredo Lazo Peralta - Madre de Dios
80	Mejoramiento y ampliación de los servicios del área pediátrica del Instituto Nacional Cardiovascular - INCOR
81	Mejoramiento de las salas de aislamiento respiratorio para pacientes BK positivos en el servicio de medicina interna - infectología y VIH del HNGAI - RAS ALMENARA
82	Ampliación del servicio de radioterapia con acelerador lineal para la red asistencial La Libertad
83	Mejoramiento del servicio de tomografía en el departamento de emergencia del HNGAI
84	Mejoramiento del servicio de neonatología en el HNGAI
85	Instalación de servicios de salud de mayor capacidad resolutive en el Centro Asistencial Pablo Bermúdez
86	Mejoramiento del servicio de inmunización en los centros asistenciales de EsSalud a nivel nacional
87	Ampliación cobertura itinerante de detección de cáncer de mama, cuello uterino y próstata en los servicios de ayuda al diagnóstico y tratamiento de asegurados de las redes asistenciales Almenara, Rebagliati y Sabogal - departamento de Lima.
88	Mejoramiento de la oferta de los servicios de neonatología, centro obstétrico, ayuda al diagnóstico por imágenes y farmacia Hospital III Juliaca.
89	Mejoramiento del programa de control de tuberculosis del Policlínico Pablo Bermúdez - Lima
90	Mejoramiento de la capacidad resolutive del centro quirúrgico del Hospital II Moquegua
91	Mejoramiento de las condiciones de atención del servicio de hospitalización del Hospital II Huancavelica
92	Implementación del servicio de anatomía patológica del Hospital II Moquegua, Red Asistencial Moquegua
93	Mejoramiento del servicio de medicina de hospitalización del Hospital Nivel III Chimbote - Áncash
94	Mejoramiento del área de toma de muestras del departamento de patología clínica HNGAI-RAA
95	Mejoramiento y ampliación del servicio de cirugía de día del Hospital I Uldarico Rocca Fernández - Lima
96	Mejoramiento de la capacidad resolutive de la Posta Médica Castrovirreyna - Huancavelica
97	Ampliación del servicio de hosp. del dpto. de medicina del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo - Arequipa
98	Instalación de planta de tratamiento de residuos sólidos hospitalarios en el Hospital I Víctor Alfredo Lazo Peralta - Madre de Dios
99	Cerco Perimétrico de la Posta Médica Zarumilla - Tumbes
100	Mejoramiento del diagnóstico de cáncer de cuello uterino del servicio de ginecobstetricia de los hospitales base de las redes asistenciales de Amazonas, Apurímac, Cajamarca, Huancavelica, Loreto, Madre de Dios, Tumbes y Ucayali
101	Mejoramiento de las actividades colectivas de promoción de la salud en los centros asistenciales del ámbito de la Red Asistencial Lambayeque
102	Cerco Perimétrico de Cajamarca
103	Saldo de obra instalación de los servicios de tomografía de la UPSS ayuda al diagnóstico y tratamiento del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
104	Mejoramiento de la capacidad resolutive del centro quirúrgico de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
105	Mejoramiento De Los Servicios De Salud Del Hospital II Pasco De La Red Asistencial Pasco, en el Distrito de Fundición de Tinyahuarco, Provincia de Pasco, Departamento de Pasco
106	Creación de los servicios de salud del Hospital del Altiplano de la Región Puno-EsSalud, en el Distrito de Puno, Provincia de Puno, Departamento de Puno

Nº orden	Denominación del proyecto
107	Mejoramiento del servicio de otorrinolaringología del Policlínico Pablo Bermúdez, de la Red Asistencial Rebagliati, Distrito de Jesús María - Lima
108	Mejoramiento de los servicios de salud de la UPSS de consulta externa y laboratorio clínico del Centro de Atención Primaria III Puente Piedra de la Gerencia de la Red Desconcentrada Sabogal - Lima
109	Unidades de atención de medicina complementaria de los centros asistenciales a nivel nacional
110	Mejoramiento de las actividades colectivas de promoción de la salud en los centros asistenciales del ámbito de la Red Asistencial Lambayeque
111	Mejoramiento de la unidad de mezclas oncológicas del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Distrito de Bellavista, Provincia Constitucional del Callao

Anexo 2.

Información presupuestal del Seguro Social de Salud

Seguro Social de Salud: estado de la situación financiera

	2013	2014	2015	2016	2017
ACTIVO	10,092.79	11,040.17	11,373.51	11,876.73	11,922.43
Activo corriente	3,262.16	3,823.80	4,002.19	4,337.04	4,415.54
Efectivo y equivalente de efectivo	1,791.24	2,006.48	2,260.04	2,216.12	2,315.69
Cuentas por cobrar comerciales	840.95	1,025.80	998.79	1,287.06	860.04
Otras cuentas por cobrar	241.28	380.60	375.02	365.26	752.55
Cuentas por cobrar a cuentas relacionadas	2.07	2.07	2.07	4.63	3.35
Gastos pagados por anticipado	-	-	-	21.91	18.39
Inventario neto	386.63	408.84	366.26	442.06	465.53
	-	-	-	-	-
Activo no corriente	6,830.63	7,216.37	7,371.32	7,539.69	7,506.89
Cuentas por cobrar comerciales	15.75	13.65	11.55	13.42	7.35
Inversiones mobiliarias	1,398.79	1,641.18	1,751.14	1,757.88	1,985.06
Inversiones mobiliarias relacionadas	48.78	-	-	66.03	64.29
Propiedad, planta y equipo	5,355.73	5,550.82	5,599.53	5,685.49	5,425.53
Activos intangibles	11.57	10.06	9.10	16.87	24.66
PASIVO Y PATRIMONIO	10,092.79	11,040.17	11,373.51	11,876.73	11,922.43
PASIVOS	1,316.66	1,767.64	2,000.94	1,981.99	2,134.76
	-	-	-	-	-
Pasivo corriente	956.85	1,177.22	1,387.28	1,375.73	1,589.32
Cuentas por pagar comerciales	303.82	310.76	401.99	353.28	486.73
Otras cuentas por pagar	372.76	445.12	452.35	530.90	606.60
Cuentas por pagar a partes relacionadas	9.18	10.43	19.20	9.72	11.71
Otras cuentas por pagar judiciales	23.72	144.16	189.93	175.34	161.83
Beneficios a los empleados	247.37	266.75	323.82	306.49	322.45
Pasivo no corriente	359.82	590.41	613.66	606.26	545.44
Otras cuentas por pagar	289.57	480.38	502.80	446.70	394.78
Provisiones	56.24	95.88	101.57	149.96	141.54
Beneficios a los empleados	14.01	14.15	9.29	9.59	9.12
PATRIMONIO	8,776.12	9,272.53	9,372.56	9,894.75	9,787.67
Resultados no realizados	-	-	-	-	-
Reserva legal	1,633.12	1,893.23	2,116.76	2,339.19	2,549.49
Resultados acumulados	4,119.92	4,356.22	4,232.73	4,536.92	4,219.55
Otras reservas de patrimonio	3,023.08	3,023.08	3,023.08	3,018.64	3,018.64

Fuente: elaboración propia.
Al 31 de diciembre de cada año.
Expresado en millones de soles.

Seguro Social de Salud: estado de resultados integrales combinados

	2013	2014	2015	2016	2017
Ingresos	8,186.3	8,782.1	9,193.8	9,900.9	10,155.7
Costos y gastos de administración	7,881.2	9,013.1	9,671.8	10,645.6	10,731.9
Otros ingresos y gastos	487.8	503.9	524.0	774.8	217.2
Resultado operativo	792.8	272.9	46.1	30.1	-359.0
Otros ingresos y gastos financieros	44.2	147.5	54.0	259.1	224.1
Resultado financiero del ejercicio	837.0	420.4	100.0	289.2	-134.9

Fuente: elaboración propia.
Al 31 de diciembre de cada año.
Expresado en millones de soles.

Seguro Social de Salud: estado de cambios en el patrimonio neto combinado

	2013	2014	2015	2016	2017
Patrimonio inicial	8,775.3	8,776.1	9,272.5	9,372.6	9,894.7
Otras transferencias netas	-	-	-	-	-
Cambios en políticas contables	-	76.0	-	-	-
Superávit del ejercicio	0.8	420.4	100.0	289.2	-134.9
Otras variaciones	-	0.0	-	233.0	27.9
Patrimonio final	8,776.1	9,272.5	9,372.6	9,894.7	9,787.7

Fuente: elaboración propia.
Al 31 de diciembre de cada año.
Expresado en millones de soles.

Seguro Social de Salud: flujo de efectivo

	2013	2014	2015	2016	2017
Efectivo o equivalente al inicio del periodo	1,057.5	1,791.2	2,006.5	2,258.5	2,216.1
Efectivo o equivalente neto provisto por actividades de operación	1,273.8	980.5	644.9	330.3	365.1
Efectivo o equivalente neto provisto por actividades de inversión	-540.0	-765.3	-391.3	-372.7	-265.5
Variación neta de efectivo	733.7	215.2	253.6	-42.4	99.6
Efectivo o equivalente al final del periodo	1,791.24	2,006.48	2,260.04	2,216.12	2,315.69

Fuente: elaboración propia.
Al 31 de diciembre de cada año.
Expresado en millones de soles.

Fondo de reserva de seguridad de EsSalud, en millones de soles y porcentajes

	2013	2014	2015	2016	2017
Reserva técnica vigente	1.579,5	1.752,0	1.858,3	2.086,4	2.303,6
Caja	0.0%	0.0%	7.1%	8.9%	9.0%
Depósitos a plazo	20.7%	21.4%	19.6%	20.5%	29.6%
Certificados de depósito	1.5%	3.9%	2.2%	1.9%	1.9%
Valores del Gobierno Central de la República del Perú	20.5%	22.1%	19.4%	15.7%	14.1%
Valores emitidos por el BCRP	4.6%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%
Obligaciones a largo plazo de categoría de riesgo 1	30.1%	31.2%	32.9%	29.2%	24.0%
Obligaciones de corto plazo de categoría de riesgo 1	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%
Fondos mutuos e inversiones en valores renta fija	13.8%	12.8%	13.3%	16.1%	12.7%
Acciones	8.8%	8.2%	5.6%	7.6%	8.3%

Anexo 3.

Distribución de la muestra por red asistencial

Red asistencial	CAP-I	CAP-II	CAP-III	CM	H-I	H-II	H-III	H-IV	H-N	HAC	HE	Inst.	PM	POLICL.	Total
Amazonas	0	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Áncash	0	1	0	3	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	7
Apurímac	0	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	6
Arequipa	1	0	2	1	2	1	1	0	1	0	0	0	3	0	12
Ayacucho	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Cajamarca	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Centro especializado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Cusco	0	0	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	1	6
Hospital Alberto Sabogal	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Huancavelica	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Huaraz	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4
Huánuco	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Ica	0	2	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6
Instituto especializado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Juliaca	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3
Junín	0	1	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	4	1	10
La Libertad	0	3	0	2	5	1	0	0	0	1	1	0	1	1	15
Lambayeque	0	1	1	2	1	2	0	0	1	0	0	0	1	1	10
Loreto	0	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5
Madre de Dios	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Moquegua	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Moyobamba	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Pasco	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4
Piura	0	1	1	1	2	2	1	0	0	0	0	0	3	0	11
Puno	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Red Asis. Almenara	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Red Asis. Rebagliati	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Red Desc. Almenara	0	0	3	1	2	3	1	0	0	0	0	0	0	1	11
Red Desc. Rebagliati	0	0	2	0	2	1	1	0	0	0	0	0	1	1	8
Red Desc. Sabogal	0	1	7	0	1	2	0	0	0	0	0	0	2	0	13
Tacna	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	5
Tarapoto	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Tumbes	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Ucayali	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Total	4	21	17	15	37	25	9	1	7	1	1	3	23	7	171

Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2017.

Anexo 4. Estadísticas hospitalarias

Cuadro 118.

EsSalud: Camas hospitalarias, tipos de hospitales y relaciones poblacionales, 2017

Red	Camas	Población adscrita	Camas /10,000 hab.	Habitantes/ cama	HN	H IV	H III	H II	H I	Total
Almenara	600	1,587,591	3.8	2,646			1	3	2	6
Amazonas	45	69,424	6.5	1,543					3	3
Áncash	158	22,0979	7.2	1,399			1		1	2
Apurímac	63	82,971	7.6	1,317				1	1	2
Arequipa	560	652,311	8.6	1,165	1		1	1	2	5
Ayacucho	63	110,063	5.7	1,747				1		1
Cajamarca	52	180,071	2.9	3,463				1		1
Cusco	307	332,087	9.2	1,082	1				4	5
Huancavelica	23	79,841	2.9	3,471				1		1
Huánuco	85	165,503	5.1	1,947				1	1	2
Huaraz	46	106,669	4.3	2,319				1		1
Ica	323	459,519	7.0	1,423		1		1	3	5
Juliaca	76	137,542	5.5	1,810			1		1	2
Junín	330	364,747	9.0	1,105	1			1	3	5
La Libertad	604	643,107	9.4	1,065	1	1		1	6	9
Lambayeque	577	590,123	9.8	1,023	1			2	3	6
Loreto	110	233,537	4.7	2,123			1		1	2
Madre de Dios	26	36,430	7.1	1,401					1	1
Moquegua	55	94,207	5.8	1,713				2		2
Moyobamba	28	50,941	5.5	1,819					2	2
Pasco	67	94,809	7.1	1,415				1	2	3
Piura	356	623,268	5.7	1,751			1	2	2	5
Puno	66	992,54	6.6	1,504			1		1	2
Rebagliati	400	191,905.3	2.1	4,798			2	1	2	5
Sabogal	538	177,383.9	3.0	3,297			1	2	2	5
Tacna	109	119,208	9.1	1,094			1			1
Tarapoto	71	108,379	6.6	1,526				1	1	2
Tumbes	32	68,623	4.7	2,144					1	1
Ucayali	90	137,630	6.5	1,529				1		1
Nacional	5,860	11,141,726	5.3	1,901	5	2	11	25	45	88

Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2017.

Cuadro 119.**EsSalud: Tasas de camas por población adscrita y población consultante por red, 2011**

Red	Población adscrita	Población consultante	Camas	Tasa de camas por 10,000	Tasa de camas por 10,000 habitantes de población consultante
Almenara	1,315,036	760,627	1,377	10.5	18.1
Amazonas	57,159	30,579	47	8.2	15.4
Áncash	302,547	149,797	188	6.2	12.6
Apurímac	66,849	54,739	55	8.2	10.0
Arequipa	526,325	346,763	498	9.5	14.4
Ayacucho	85,891	50,548	55	6.4	10.9
Cajamarca	145,340	57,392	50	3.4	8.7
Cusco	260,674	137,916	256	9.8	18.6
Huancavelica	72,467	30,296	24	3.3	7.9
Huánuco	122,957	97,894	76	6.2	7.8
Ica	366,402	203,668	276	7.5	13.6
Juliaca	113,458	78,058	63	5.6	8.1
Junín	301,296	166,622	307	10.2	18.4
La Libertad	502,648	329,969	406	8.1	12.3
Lambayeque	475,683	326,317	603	12.7	18.5
Loreto	164,803	98,479	101	6.1	10.3
Madre de Dios	27,796	21,618	25	9.0	11.6
Moquegua	85,731	39,966	53	6.2	13.3
Moyobamba	35,837	22,477	31	8.7	13.8
Pasco	90,126	86,517	92	10.2	10.6
Piura	466,572	215,942	338	7.2	15.7
Puno	91,217	65,346	54	5.9	8.3
Rebagliati	1,634,508	906,990	1,543	9.4	17.0
Sabogal	1,456,759	756,648	758	5.2	10.0
Tacna	103,888	82,063	106	10.2	12.9
Tarapoto	98,612	53,259	76	7.7	14.3
Tumbes	57,233	30,732	32	5.6	10.4
Ucayali	101,143	55,950	75	7.4	13.4

Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2017.

Cuadro 120.**EsSalud: Tasa de egresos hospitalarios por población total y población consultante por red, 2017**

Red	Egresos	Población adscrita	Población consultante	Proporción de población consultante (%)	Egresos por 1,000 habitantes	Egresos por población consultante (1,000 hab.)
Almenara	41,541	1,587,591	689,921	43.5	26	60
Amazonas	3,287	69,424	33,930	48.9	47	97
Áncash	9,848	220,979	133,337	60.3	45	74
Apurímac	5,732	82,971	52,933	63.8	69	108
Arequipa	35,754	652,311	352,140	54.0	55	102
Ayacucho	5,589	110,063	57,328	52.1	51	97
Cajamarca	5,536	180,071	64,279	35.7	31	86
Cusco	19,955	332,087	151,853	45.7	60	131
Huancavelica	1,935	79,841	42,837	53.7	24	45
Huánuco	7,151	165,503	100,519	60.7	43	71
Huaraz	4,765	106,669	46,256	43.4	45	103
Ica	27,151	459,519	220,821	48.1	59	123
Juliaca	7,137	137,542	76,339	55.5	52	93
Junín	19,775	364,747	188,443	51.7	54	105
La Libertad	38,078	643,107	374,801	58.3	59	102
Lambayeque	32,757	590,123	305,356	51.7	56	107
Loreto	9,066	233,537	103,573	44.3	39	88
Madre de Dios	2,813	36,430	16,920	46.4	77	166
Moquegua	4,733	94,207	45,057	47.8	50	105
Moyobamba	2,892	50,941	31,095	61.0	57	93
Pasco	6,360	94,809	62,634	66.1	67	102
Piura	29,318	623,268	259,756	41.7	47	113
Puno	5,607	99,254	64,889	65.4	56	86
Rebagliati	34,058	1,919,053	1,004,250	52.3	18	34
Sabogal	48,473	1,773,839	892,205	50.3	27	54
Tacna	6,470	119,208	68,812	57.7	54	94
Tarapoto	7,033	108,379	49,326	45.5	65	143
Tumbes	2,991	68,623	31,683	46.2	44	94
Ucayali	7,784	137,630	87,164	63.3	57	89
Total	433,589	11,141,726	5,615,255	50.4	39	77

Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2017.

Cuadro 121.**EsSalud: Indicadores de utilización de la cama hospitalaria por red, 2017**

Red	Camas	Egresos	Porcentaje de ocupación (DP/DC)	Estancia promedio	Intervalo de sustitución	Rendimiento de cama
Almenara	600	41,541	87	4.6	0.68	69
Amazonas	45	3,287	67	3.4	1.60	73
Áncash	158	9,848	86	5.1	0.77	62
Apurímac	63	5,732	82	3.3	0.74	91
Arequipa	560	35,754	88	5.0	0.67	64
Ayacucho	63	5,589	74	3.0	1.08	89
Cajamarca	52	5,536	86	2.9	0.47	106
Cusco	307	19,955	91	5.1	0.50	65
Huancavelica	23	1,935	74	3.2	1.15	84
Huánuco	85	7,151	94	4.1	0.26	84
Huaraz	46	4,765	92	3.2	0.27	104
Ica	323	27,151	87	3.8	0.57	84
Juliaca	76	7,137	92	3.6	0.32	94
Junín	330	19,775	89	5.4	0.67	60
La Libertad	604	38,078	83	4.8	0.99	63
Lambayeque	577	32,757	91	5.9	0.55	57
Loreto	110	9,066	88	3.9	0.51	82
Madre de Dios	26	2,813	95	3.2	0.15	108
Moquegua	55	4,733	87	3.7	0.52	86
Moyobamba	28	2,892	85	3.0	0.52	103
Pasco	67	6,360	92	3.5	0.33	95
Piura	356	29,318	90	4.0	0.46	82
Puno	66	5,607	87	3.8	0.52	85
Rebagliati	400	34,058	78	3.3	0.94	85
Sabogal	538	48,473	83	3.4	0.70	90
Tacna	109	6,470	90	5.6	0.60	59
Tarapoto	71	7,033	90	3.3	0.37	99
Tumbes	32	2,991	70	2.7	1.16	93
Ucayali	90	7,784	90	3.8	0.43	86

Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2017.

Cuadro 122.**EsSalud: Indicadores de utilización de la cama hospitalaria por red, 2011**

Red	Camas	Egresos	Porcentaje de ocupación (DP/DC)	Estancia promedio	Intervalo de sustitución	Rendimiento de cama
Almenara	1,377	78,244	89	5.7	0.71	57
Amazonas	47	4,525	86	3.3	0.48	96
Áncash	188	14,670	87	4.1	0.60	78
Apurímac	55	4,557	76	3.4	1.04	83
Arequipa	498	34,444	94	4.9	0.34	69
Ayacucho	55	4,670	81	3.5	0.84	85
Cajamarca	50	4,592	76	3.0	0.90	92
Cusco	256	17,040	93	5.1	0.40	67
Huancavelica	24	1,871	80	3.7	0.90	78
Huánuco	76	7,046	90	3.5	0.40	93
Huaraz	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Ica	276	24,834	92	3.7	0.34	90
Juliaca	63	6,065	93	3.5	0.27	96
Junín	307	18,252	91	5.6	0.55	59
La Libertad	406	31,365	89	4.2	0.52	77
Lambayeque	603	36,111	88	5.4	0.72	60
Loreto	101	9,747	90	3.4	0.39	97
Madre de Dios	25	2,390	75	2.9	0.94	96
Moquegua	53	5,009	87	3.4	0.49	95
Moyobamba	31	3,514	90	2.9	0.33	113
Pasco	92	8,436	90	3.6	0.38	92
Piura	338	27,391	88	4.0	0.54	81
Puno	54	5,054	91	3.5	0.36	94
Rebagliati	1,543	80,298	96	6.7	0.31	52
Sabogal	758	57,210	91	4.4	0.42	75
Tacna	106	6,541	88	5.2	0.68	62
Tarapoto	76	8,169	92	3.1	0.26	107
Tumbes	32	3,344	72	2.5	0.97	105
Ucayali	75	7,650	89	3.2	0.42	102

Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2017.

Cuadro 123.**EsSalud: Tasa de mortalidad hospitalaria antes y después de las 48 horas por red, 2011 y 2017**

Red	2011		2017	
	Antes de 48 horas	Después de 48 horas	Antes de 48 horas	Después de 48 horas
Almenara	0.47	1.94	0.31	1.76
Amazonas	0.07	0.11	0.15	0.06
Áncash	0.61	1.27	0.43	2.26
Apurímac	0.11	0.18	0.16	0.38
Arequipa	0.41	1.93	0.38	1.46
Ayacucho	0.47	0.60	0.50	0.70
Cajamarca	0.13	0.89	0.07	1.19
Cusco	0.32	1.53	0.41	1.97
Huancavelica	0.64	0.59	1.96	1.65
Huánuco	0.17	0.20	0.01	1.57
Huaraz	NA	NA	0.23	0.50
Ica	0.92	1.45	0.59	1.98
Juliaca	0.59	0.94	0.32	0.80
Junín	0.55	1.96	0.45	2.23
La Libertad	0.43	1.61	0.37	2.04
Lambayeque	0.45	2.39	0.59	2.62
Loreto	0.46	1.50	0.69	1.64
Madre de Dios	0.59	0.08	0.71	0.39
Moquegua	0.48	0.98	0.40	1.33
Moyobamba	0.34	0.23	0.07	0.24
Pasco	0.17	0.27	0.30	0.50
Piura	0.66	1.50	0.49	1.58
Puno	0.46	1.07	0.41	0.91
Rebagliati	0.61	2.25	0.73	1.36
Sabogal	0.57	1.82	0.68	1.30
Tacna	0.87	2.29	1.02	2.72
Tarapoto	0.24	0.44	0.61	1.19
Tumbes	0.54	0.90	0.33	0.64
Ucayali	0.68	0.76	0.64	1.50

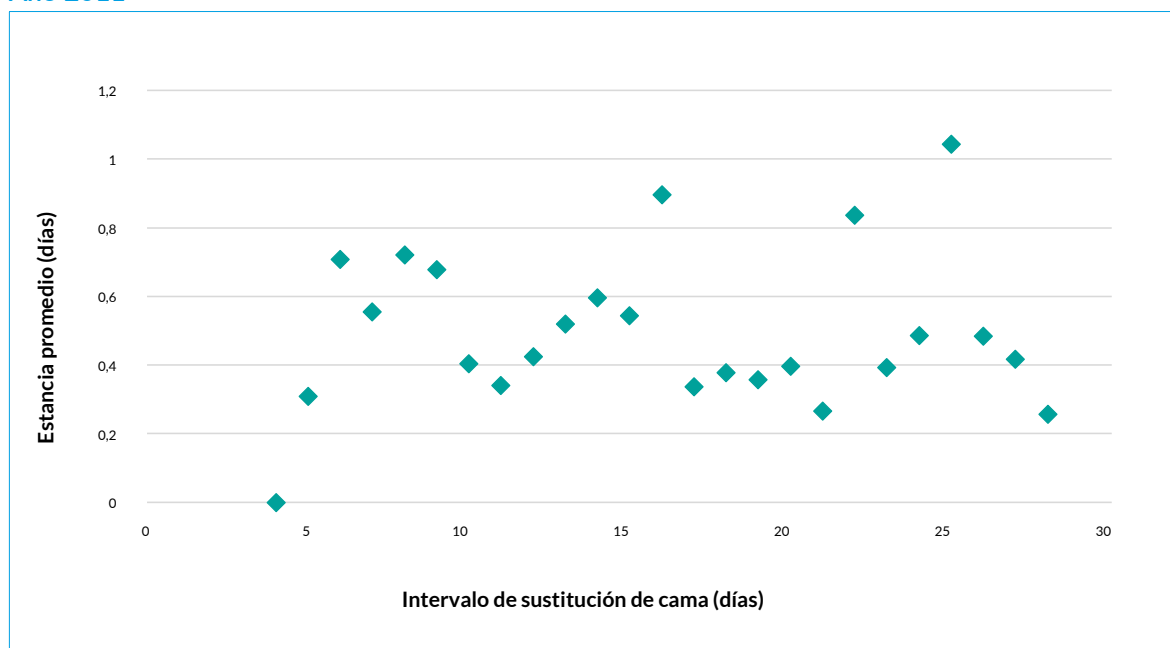
Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2017.

Cuadro 124.
EsSalud: Tasa de reingreso hospitalario, 2011 y 2017

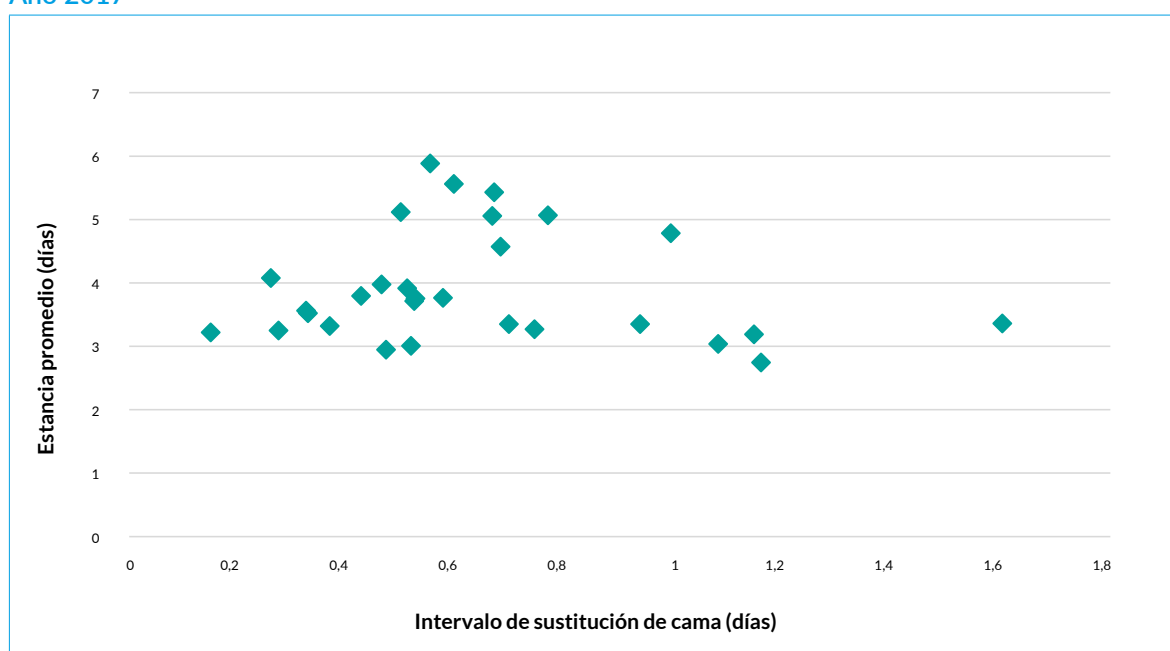
Red	2011	2017
Almenara	0.64	0.81
Amazonas	0.53	0.55
Áncash	0.76	2.21
Apurímac	0.15	0.16
Arequipa	2.26	1.83
Ayacucho	2.98	1.00
Cajamarca	1.39	1.93
Cusco	0.61	0.75
Huancavelica	0.11	NA
Huánuco	1.25	0.18
Huaraz	NA	2.25
Ica	1.90	2.03
Juliaca	3.30	2.23
Junín	2.22	1.34
La Libertad	0.70	1.55
Lambayeque	0.72	0.50
Loreto	2.14	2.53
Madre de Dios	0.63	0.46
Moquegua	1.28	2.11
Moyobamba	0.00	2.49
Pasco	2.23	1.95
Piura	1.07	1.03
Puno	1.76	2.43
Rebagliati	0.98	0.76
Sabogal	0.35	0.57
Tacna	2.06	2.24
Tarapoto	3.22	2.16
Tumbes	0.00	NA
Ucayali	0.85	1.23

Fuente: Estadísticas hospitalarias, EsSalud, 2017.

Año 2011



Año 2017



Anexo 5.

Sumario de mecanismos de pago

A continuación se esbozan los principales métodos de pago a prestadores y sus características (Langenbrunner *et al.*, 2009), con el fin de que se cuente con un resumen de los principales mecanismos. Debe dejarse claro que hay un sustento teórico económico que respalda cada uno de los tipos de formas de pago, las cuales exceden el alcance de este documento; sin embargo, se pueden consultar en revisiones, para lo cual hay una amplia bibliografía disponible.

Los mecanismos de pago deben sustentarse en una base estratégica según lo que se quiere lograr con el financiamiento de los servicios de salud, por ejemplo, el impacto en la calidad de la atención, la eficiencia y la producción de servicios. Ningún método de pago es perfecto, tienen incentivos positivos y negativos en las tres variables anteriormente anotadas. Además, hay que diferenciar entre lo que es asignación de recursos o compra de servicios a terceros de la forma de pago a los profesionales de salud. En el primer caso, se trata de cómo el financiador (comprador) asigna los recursos o paga los servicios al establecimiento de salud, del primer nivel u hospital. A lo interno del establecimiento de salud, se define la forma de pago a los profesionales y al personal de salud, según el grado de autonomía en esta área. Por ejemplo, en los servicios públicos hay legislación y acuerdos para el pago del personal que deben seguirse; a diferencia de los establecimientos no públicos, en los que tienen mayor autonomía, aunque los precios de mercado estarán relacionados a los del sector público dado el tamaño tan importante de este. Así mismo, el pago a los profesionales debe ser concordante con el mecanismo de financiamiento, en cuanto a incentivos para el control de costos y la calidad de la atención y el nivel de riesgo. En general, los mecanismos de pago se clasifican según tres variables: i) tiempo, según sean pagos retrospectivos o prospectivos; ii) costo, si incluye o no el costo, y iii) la unidad de pago, según considere o no el resultado del establecimiento (Meneu, 2011).

En los sistemas públicos de América Latina, los métodos más comunes de pago son los siguientes: i) capitación; ii) por caso resuelto (grupos de diagnósticos relacionados); iii) pago por servicio; iv) presupuesto global; v) presupuesto histórico, vi) hay otros menos comunes, que son pago por línea presupuestaria y pago por día. En el siguiente cuadro se presenta información sobre los métodos de pago más comúnmente utilizados, con una descripción, sus ventajas, cuándo se utilizan y sus riesgos (JLN, 2017; Bitrán y Asociados, 2000).

Cuadro 125.

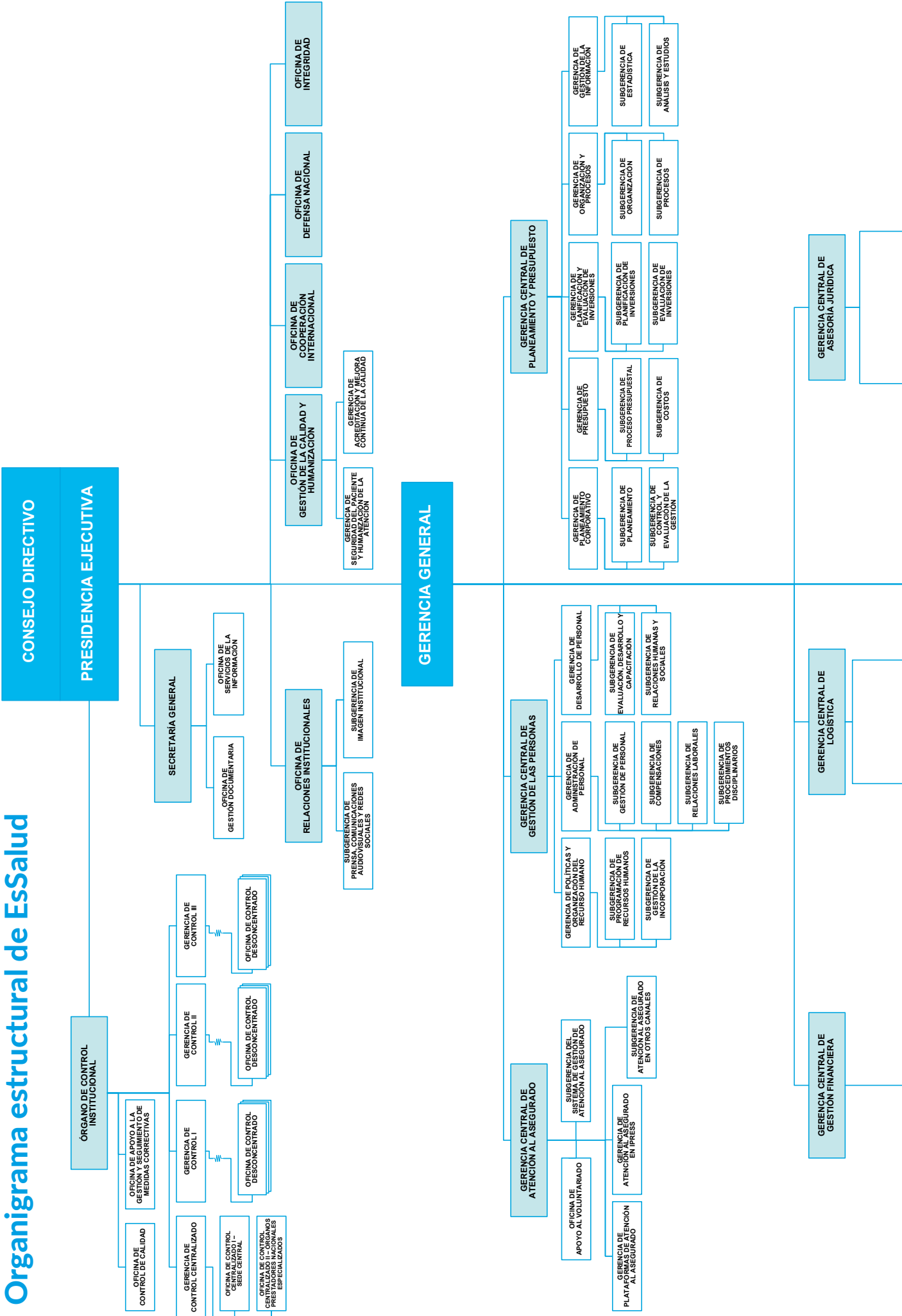
Tipos de métodos de pago y sus características más importantes

Método	Descripción	Ventajas	Cuándo se utiliza	Riesgos
Capitación	Se paga un monto fijo per cápita según una población inscrita de potenciales usuarios.	Controla costos porque se asume el riesgo financiero. Fomenta la inscripción. Promueve los servicios costo-efectivos (promoción de la salud y prevención).	Cuando hay opciones de competencia funciona mejor, aunque para contener costos es útil. Para financiar el primer nivel de atención. Se puede hacer ajuste a la cápita por índices epidemiológicos.	Subprovisión de servicios, selección de riesgos favorables.
Caso resuelto	Se paga al hospital un monto fijo por tipo de paciente con ciertas características clínicas predefinidas según consumo de recursos. (Por ejemplo, grupos relacionados de diagnóstico).	Incentiva la contención del costo al reducir insumos.	Cuando se quiere financiar hospitales cuyos costos han ido creciendo por un método de pago histórico.	Incentiva el aumento en las admisiones. Es un sistema complejo de implementar y utilizar. Codificación sesgada y selección de casos por los que se paga más. Riesgo de que la calidad baje.
Pago por servicio	Se paga cada tipo de servicio recibido separadamente.	Es característico de los servicios privados. Reduce costos. Las tarifas son fijadas de antemano.	En servicios públicos, para complementar oferta, por ejemplo, servicios de apoyo en laboratorio e imágenes, cirugías, etc.	Se incrementa la cantidad de servicios (incluso innecesarios) por autoinducción de la demanda.
Presupuesto global	El proveedor recibe un monto fijo para gastos durante un periodo de tiempo. Se parte de un acuerdo de los servicios esperados, solo que no se especifica en qué línea presupuestaria se asignan los fondos.	Una vez fijado, no se pueden hacer modificaciones. Los proveedores tienen amplio radio de acción y flexibilidad para el gasto.	Cuando se desea controlar el gasto y promover mayor eficiencia en la gestión. Debe llevar un contrato en el que se estipulen las expectativas.	Puede aumentar las referencias y disminuir la adquisición de insumos.
Presupuesto histórico	Es la forma tradicional de financiamiento público. Se asignan montos por rubro para ejecutar por los proveedores (salarios, medicamentos, insumos, mantenimiento, etc.).	Control del gasto por el nivel central de la institución, Ministerio de Salud o Seguro Social.	Cuando la forma de administración es centralizada.	Incentivo a gastar más porque si se gasta menos se le recorta el presupuesto del siguiente año.

En cuanto al pago a los médicos, puede ser por salario, pago por acto y pago por capitación. Se da en distintos contextos de organización de la prestación. Por ejemplo, el pago por salario es característico del sector público, el pago por acto en el sector privado y el per cápita en ambos. A manera de ejemplo, cabe mencionarse la contratación de los médicos generales (General Practitioners o GP) en el Reino Unido, donde se paga un monto básico per cápita y una serie de extras para incentivar acciones preventivas. A la hora de seleccionar una forma de pago, debe considerarse compartir el riesgo, disminuir la autoinducción de la demanda y promover los servicios de calidad.

Anexo 6.

Organigrama estructural de EsSalud







Sede Central: Av. Arenales N° 1402
Jesús María, Lima 11 - Perú

(511)265-6000 / (511) 265-7000

www.essalud.gob.pe



Organización
Internacional
del Trabajo

Oficina de la OIT para los Países Andinos
Calle Las Flores 275, San Isidro, Lima - Perú

(511) 615 0300

<https://www.ilo.org/lima>