



Organización
Internacional
del Trabajo

El sistema de salud del Perú:

situación actual y desafíos
para la ampliación de la
cobertura

The background features abstract geometric shapes. A large teal triangle points right, with a blue triangle nested inside it. Several thin lines in teal and blue intersect across the page, creating a dynamic, layered effect.

El sistema de salud del Perú:

situación actual y desafíos para la ampliación de la cobertura

© Organización Internacional del Trabajo 2026

Primera edición 2013

Segunda edición revisada 2026



Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. Véase: creativecommons.org/licenses/by/4.0. El usuario podrá reproducir, compartir (copiar y redistribuir), adaptar (mezclar, transformar y desarrollar el contenido de la obra original), conforme a los términos detallados en la licencia. El usuario deberá citar claramente a la OIT como fuente del material e indicar si se han introducido cambios en el contenido original. No está permitido reproducir el emblema, el nombre ni el logotipo de la OIT en traducciones, adaptaciones u otras obras derivadas.

Atribución de la titularidad - El usuario deberá indicar si se han introducido cambios y citar la obra como sigue: OIT, *El sistema de salud del Perú: Situación actual y desafíos para la ampliación de la cobertura*, Segunda edición revisada, Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 2026, © OIT.

Traducciones - En caso de que se traduzca la presente obra, deberá añadirse, además de la atribución de la titularidad, el siguiente descargo de responsabilidad: *La presente publicación es una traducción de una obra protegida por derechos de autor de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Esta traducción no ha sido realizada, revisada ni aprobada por la OIT y no debe considerarse una traducción oficial de la OIT. La OIT declina toda responsabilidad en cuanto a su contenido o exactitud. La responsabilidad incumbe exclusivamente al autor o autores de la traducción.*

Adaptaciones - En caso de que se adapte la presente obra, deberá añadirse, además de la atribución de la titularidad, el siguiente descargo de responsabilidad: *La presente publicación es una adaptación de una obra protegida por derechos de autor de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Esta adaptación no ha sido realizada, revisada ni aprobada por la OIT y no debe considerarse una adaptación oficial de la OIT. La OIT declina toda responsabilidad en cuanto a su contenido o exactitud. La responsabilidad incumbe exclusivamente al autor o autores de la adaptación.*

Materiales de terceros - Esta licencia Creative Commons no se aplica a los materiales incluidos en la presente publicación que, aunque no son de la OIT, están protegidos por derechos de autor. Si el material se atribuye a una tercera parte, el usuario que utilice dicho material será el único responsable de obtener las autorizaciones necesarias del titular de los derechos y de responder ante cualquier reclamación por vulneración de los derechos de autor.

Toda controversia derivada de la presente licencia que no pueda ser resuelta de manera amistosa será sometida a arbitraje de conformidad con el Reglamento de Arbitraje de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional (CNUDMI). Las partes quedarán vinculadas por el laudo arbitral resultante de dicho arbitraje, que resolverá con carácter definitivo dicha controversia.

Toda consulta sobre derechos y licencias deberá dirigirse a: rights@ilo.org. Puede obtenerse información sobre las publicaciones y los productos digitales de la OIT en: www.ilo.org/publns.

ISBN: 9789220431429 (impreso); 9789220431436 (PDF)

DOI: <https://doi.org/10.54394/UJZB6360>

Las denominaciones empleadas en las publicaciones y las bases de datos de la OIT, que están en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos que contienen no implican juicio alguno por parte de la OIT 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 o límites. Véase: www.ilo.org/descargo-de-responsabilidad.

Las opiniones y puntos de vista expresados en esta publicación incumben solamente a su autor o autores y no reflejan necesariamente las opiniones, puntos de vista o políticas de la OIT.

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

Impreso en Perú



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.

► Índice

Agradecimientos	10
Listado de siglas	11
1. Introducción	13
2. Transiciones demográfica y epidemiológica, y determinantes sociales de la salud	15
2.1. Evolución y composición de la población	15
2.2. Perfil epidemiológico	19
2.3. Breve caracterización de otros determinantes de condiciones de salud	25
3. Organización del sistema	33
3.1. Introducción a la estructura del sistema de salud del Perú	33
3.2. Rectoría	38
3.3. Seguro Social de Salud – EsSalud	41
3.4. Seguro Integral de Salud (SIS)	43
4. Recursos, acceso y uso de los servicios de salud	46
4.1. Recursos del sistema de salud	46
4.2. Uso de los servicios de salud	50
4.3. Caracterización de las barreras de acceso	52
5. Gasto y financiamiento en salud, fragmentación y equidad	54
5.1. Evolución del gasto en salud y su financiamiento	54
5.2. Financiamiento de los diferentes regímenes de aseguramiento	60
5.3. Gasto privado en salud	62
5.4. Gasto público, financiamiento y descentralización	64
6. Mercado de trabajo y aseguramiento en salud	67
6.1. Evolución y estructura del mercado de trabajo	67
6.2. Inserción laboral y aseguramiento en salud	71
6.3. Capacidad contributiva de los trabajadores	73
7. Reflexiones finales	75
7.1. Diez rasgos estilizados del sistema de salud en el Perú	75
7.2. Algunas recomendaciones para la construcción de un sistema de salud con cobertura y acceso universal	78
7.3. La necesaria reformulación del papel de EsSalud	79
Bibliografía	81

► Índice de gráficos

Gráfico 1	Proyección y composición de la población por género y grupo de edad, 1950, 2025 y 2100	17
Gráfico 2	Evolución de la tasa de dependencia poblacional	18
Gráfico 3	Tasa de mortalidad estandarizada por grupo de causas y región, 2021	21
Gráfico 4	Número de defunciones de las diez principales causas para 2023. En % del total de muertes	22
Gráfico 5	Agrupamiento de regiones según indicadores seleccionados	28
Gráfico A.1	Población total y acumulada por región, 2025	30
Gráfico A.2	Mortalidad específica según grandes grupos de causas En % del total Años 2019, 2021 y 2023. Ordenado según 2023	31
Gráfico 6	Evolución de la cobertura del seguro de salud	36
Gráfico 7	Distribución de los afiliados a EsSalud por tipo de seguro y variación, 2020-2024	42
Gráfico 8	Afiliados al SIS subsidiado por plan como porcentaje sobre el total de afiliados al SIS y variación de la cantidad de afiliados, 2020-2024	44
Gráfico 9	Afiliados al SIS semicontributivo por plan, total de afiliados, participación en el total y variación, 2020-2024	44
Gráfico 10	Cantidad de IPRESS cada 10 000 habitantes según región, 2023	47
Gráfico 11	Evolución de camas hospitalarias y cada 10 000 habitantes, 2003-2021	48
Gráfico 12	Densidad de profesionales de la salud cada 10 000 habitantes según región, 2021	49
Gráfico 13	Población con algún problema de salud crónico según área de residencia, IV trimestre de 2024	50
Gráfico 14	Evolución del gasto corriente en salud, 2002-2022. Como % del PIB y per cápita en soles de 2007	54
Gráfico 15	Evolución del gasto corriente en salud según fuentes de financiamiento del Tesoro Público y cotizaciones a la seguridad social, 2002-2022. Como % del PIB	55
Gráfico 16	Evolución del gasto corriente en salud según fuentes de financiamiento, 2002-2022. Estructura porcentual	56
Gráfico 17	Gasto corriente en salud en el Perú, otros países de la región, América Latina y Europa, 2022	60
Gráfico 18	Evolución del gasto privado de bolsillo en salud, 2002-2022. En % del gasto corriente en salud	62
Gráfico 19	Distribución del gasto de bolsillo en salud según tipo de afiliación. En porcentajes	63
Gráfico 20	Gasto público en salud según nivel de gobierno. Años seleccionados. Estructura porcentual	64
Gráfico 21	Gasto público per cápita en salud según región, 2024. En soles corrientes	65
Gráfico 22	Agrupamiento de regiones según indicadores seleccionados	66
Gráfico 23	Distribución de la población en edad de trabajar, 2023	67
Gráfico 24	Población en edad de trabajar, tasa de actividad, tasa de ocupación y tasa de desempleo, 2007-2024	68
Gráfico 25	PEA ocupada según categoría ocupacional, 2023	69
Gráfico 26	Tasa de informalidad vs. variación del porcentaje de población afiliada al SIS y EsSalud, 2017-2023	71
Gráfico 27	Trabajadores independientes y asalariados privados según condición de afiliación a seguro de salud, 2016 y 2021	72
Gráfico 28	Tenencia de un seguro de salud según condición de pobreza por tipo de seguro, 2011, 2019 y 2022	74

► Índice de cuadros

Cuadro A.1	Número de defunciones estimadas Comparativo 20 primeras causas de mortalidad en 2010, 2021 y 2023	31
Cuadro A.2	Incidencia de la pobreza y valor agregado per cápita por región, 2023	32
Cuadro 1	Cantidad de IAFAS según tipo, 2018-2024	35
Cuadro A.3	Distribución de la cobertura al SIS y EsSalud por plan y tipo de seguro. Estructura porcentual y variación 2020-2024	45
Cuadro 2	Cantidad de IPRESS según nivel e institución, 2025	46
Cuadro 3	Población con algún problema de salud que buscó atención según lugar o establecimiento de consulta y área de residencia, 2019-2024	51
Cuadro 4	Población asegurada por el SIS y EsSalud con algún problema de salud que buscó atención según lugar o establecimiento de consulta, 2018-2023	52
Cuadro 5	Razones por las cuales la población no acude a centros o establecimientos de salud, 2018-2023	52
Cuadro 6	Promedio de días de espera para concertar una cita médica según zona y tipo de cobertura, 2022	53
Cuadro 7	Gasto corriente en salud según esquemas de financiamiento, 2002-2022. Estructura porcentual	58
Cuadro 8	Gasto corriente en esquemas gubernamentales y contributivos obligatorios, 2002 y 2022. En millones de soles de 2007 y estructura porcentual	59
Cuadro 9	Monto de los planes correspondientes al SIS del régimen semicontributivo, 2024. En soles	61
Cuadro 10	Monto de cuota para afiliados voluntarios (potestativos) a EsSalud, 2024. En soles	61
Cuadro 11	Aportes y cuotas según régimen de financiamiento e IAFAS	62
Cuadro 12	Ingreso laboral promedio mensual de la PEA según empleo formal e informal y categoría ocupacional. En soles y proporción de la RMV, 2023	74

► Agradecimientos

Este informe sobre el análisis del sistema general de salud en el Perú, su situación actual y los desafíos para la ampliación de la cobertura universal ha sido elaborado por un equipo de trabajo multidisciplinario integrado por el especialista en seguridad social de la OIT para los Países Andinos, Pablo Casalí, y Malena Aprile, Oscar Cetrángolo y Ariela Goldschmit como consultores de la OIT.

Guillermo Coronado y Hernán Peña han proporcionado apoyo técnico a lo largo de todo el trabajo.

El documento ha sido coordinado por Pablo Casalí y tuvo por objeto actualizar el informe *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva* (Cetrángolo *et al.* 2013).

La coordinación del trabajo expresa un agradecimiento especial al Ministerio de Salud, al Seguro Social de Salud (EsSalud), al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y a los representantes de las organizaciones de trabajadores y de empleadores, por los insumos, los comentarios e incluso las observaciones constructivas recibidas en los distintos espacios de intercambio de información. También a Ruth Solero por la edición de este informe y a Ana Periche por los trabajos de diagramación.

► Listado de siglas

APEPS	Asociación Peruana de Entidades Prestadoras de Salud
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
AVISA	Años de Vida Saludable Perdidos
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPALSTAT	Portal de Datos y Publicaciones Estadísticas de la CEPAL
DPS	Densidad de Profesionales de Salud
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ENT	Enfermedades No Transmisibles
EPS	Entidades Prestadoras de Salud
EsSalud	Seguro Social de Salud
FOSFAP	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú
FOSMAR	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú
FOSPEME	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud del Ejército del Perú
IAFAS	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MM	Muertes Maternas
MTPE	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
NRUS	Nuevo Régimen Único Simplificado
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEA	Población Económicamente Activa
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PET	Población en Edad de Trabajar
PIB	Producto Interno Bruto
PNP	Policía Nacional del Perú
REUNIS	Repositorio Único Nacional de Información en Salud
RMM	Razón de Muerte Materna
RMV	Remuneración Mínima Vital
SALUDPOL	Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional
SIS	Seguro Integral de Salud
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
TBM	Tasa Bruta de Mortalidad
TFNR	Trabajadores Familiares No Remunerados
TGF	Tasa Global de Fecundidad

► 1. Introducción

Hace una década, EsSalud y la OIT publicaron un estudio sobre el sistema de salud del Perú (Cetrángolo *et al.* 2013) donde se señalaba el elevado grado de fragmentación en la cobertura que prevalecía como un problema por resolver. Una importante proporción de la población no tenía acceso a una cobertura adecuada, e incluso entre quienes tenían alguna cobertura de la seguridad social persistían importantes diferencias. Allí, adicionalmente, se presentaba un conjunto de desafíos que debían ser considerados para mejorar esa situación. Pocos años después, un estudio más integral sobre la protección social en el Perú (Casalí *et al.* 2015) reformulaba ese diagnóstico, en un contexto más general.

Pasado este periodo, resulta necesario actualizar ese diagnóstico, evaluar los cambios incorporados al sistema y reflexionar sobre la persistencia de los problemas señalados en aquel estudio y la actualización de los desafíos que se deben enfrentar. Precisamente, este informe técnico tiene por objeto analizar la situación actual y las estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva de la seguridad social (EsSalud), teniendo en cuenta las actuales características del sistema general de salud del Perú y las iniciativas de ampliación de la cobertura de carácter no contributivo instrumentadas por el Gobierno.

De manera especial, se pondrá el acento sobre la situación de los grupos de la población que presentan mayores dificultades para alcanzar cobertura y acceso a servicios de salud. Serán consideradas algunas opciones de políticas en el marco de un entramado normativo que dispone la cobertura directa al Seguro Integral de Salud (SIS) en caso de no contar con una afiliación a otro seguro que cubra el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), como ser EsSalud o alguna de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS).

Durante los últimos años, el Perú ha sido escenario de un sendero de reformas orientado a asegurar la cobertura universal en salud para toda su población. En mayo de 2009, se aprobó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, que amplió el derecho al acceso a la atención de salud. El objeto principal de la ley apuntaba a ampliar, de manera progresiva, la cobertura sanitaria a toda la población y reducir las inequidades de acceso, prestando especial atención a los grupos no asegurados y vulnerables. La definición del PEAS en 2010 acompañó la dirección de esta reforma al establecer un conjunto básico de prestaciones de salud para toda la ciudadanía con independencia de la cobertura a la que accedían en los diferentes subsistemas.

En sus orígenes, el SIS solo estaba disponible para la población infantil y las mujeres embarazadas de escasos recursos. Posteriormente y, de manera progresiva, se fue ampliando la población afiliada al SIS y en 2013 se extendió la cobertura a toda la población vulnerable. Con la promulgación del Decreto de Urgencia N° 017-2019, se incorporó al SIS a toda la población peruana que no contara con seguro de salud. De este modo, la afiliación del país resulta prácticamente universal, aunque, como se analizará en el documento, persisten brechas en el acceso efectivo a las prestaciones y en la protección financiera de la población.

En términos de resultados sanitarios, el Perú ha realizado importantes avances. La esperanza de vida ha ido en aumento, pasando de 64,0 años en 1990 a 78,1 años en 2025. Por su parte, la evolución de la mortalidad muestra una disminución en la participación de las enfermedades infecciosas y parasitarias y un aumento de la participación relativa de las enfermedades neoplásicas. Esto implica que el país se encuentra en una etapa de postransición epidemiológica. Se ha reducido la tasa de mortalidad de niños menores de 1 año, alcanzando la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030 de 12 muertes cada 1 000 nacidos vivos. Mientras que, si bien se ha reducido la razón de mortalidad materna, aún se ubica por encima de la meta de los ODS para 2030. Todos estos logros han ido acompañados de la ampliación de la cobertura sanitaria, impulsados por la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud de 2009, donde el SIS ha adquirido un rol de relevancia.

No obstante, aún se observan fuertes disparidades en el acceso y la cobertura efectiva que repercuten en un sistema fuertemente inequitativo y también ineficiente en la asignación de los recursos. También se han detectado importantes desigualdades tanto en la cobertura como en los recursos disponibles (físicos, humanos y financieros) a nivel regional y una gran fragmentación entre los diferentes subsistemas con escasos mecanismos de coordinación y articulación de los servicios prestados. Ello, a su vez, se ve acompañado de un incremento del gasto de bolsillo en salud, que en 2022 representó el 27,0 por ciento del gasto corriente en salud, lo que restringe la protección financiera a la que accede la población.

En este marco el documento comienza con la introducción de elementos del contexto demográfico y social del Perú. El capítulo 2 analiza la información sobre las transiciones demográfica y epidemiológica del país, con especial referencia a la evolución y las causas de mortalidad, así como los determinantes sociales de la salud en el país, incluyendo referencias a la situación social y acceso a servicios esenciales a nivel nacional y por regiones. Luego de esa necesaria puesta en contexto, el capítulo 3 analiza la organización actual del sistema de salud en el Perú y los niveles de cobertura alcanzados, en tanto que el capítulo 4 presenta los recursos físicos y humanos disponibles para la atención de la población, así como las barreras al acceso y la utilización de los servicios. Habiendo presentado esa información, será posible evaluar el nivel de gasto en salud del país, su financiamiento e impacto sobre la fragmentación de derechos a la atención, que se encara en el capítulo 5. De manera similar a lo que ocurre en otros países de la región, una seria restricción para el afianzamiento de los sistemas de aseguramiento para la salud proviene del mercado de trabajo, dominado por la informalidad. Este tema será considerado en el capítulo 6, como paso previo a la presentación de una serie de reflexiones finales del informe, que incorpora un grupo de rasgos estilizados que definen la organización del sistema de salud en el Perú y permitirá señalar los principales desafíos y recomendaciones para la construcción de un sistema de salud con cobertura y acceso universal.

► 2. Transiciones demográfica y epidemiológica, y determinantes sociales de la salud

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI), en el año 2025 el país contaba con una población total de 34,4 millones de habitantes, con un 81,9 por ciento de su población en áreas urbanas¹. En los últimos veinticinco años, este porcentaje aumentó 9 puntos porcentuales (era del 72,9 por ciento en 2000). A su vez, el 50,7 por ciento de la población se concentra en 4 regiones de las 25 que componen el país (gráfico A.1 del Anexo). La mayoría de los habitantes se encuentran en Lima, con 11,5 millones de personas, lo que equivale al 33,4 por ciento de la población total, seguida por las regiones de Piura, La Libertad (ambas con 6,3 por ciento) y Arequipa (con 4,7 por ciento).

De acuerdo con las proyecciones para 2025 de la División de Población de las Naciones Unidas, la distribución por sexos resulta equitativa, con una razón entre hombres y mujeres de 101 mujeres por cada 100 hombres. Los mayores de 65 años representan el 9,5 por ciento de la población total, el doble de lo que representaban en el 2000 (4,3 por ciento). Por su parte, la población en edad de trabajar² corresponde al 76,4 por ciento del total de la población.

En el presente capítulo se ofrecerá una primera aproximación a la situación poblacional, la transición demográfica, el perfil epidemiológico y los determinantes sociales de la salud, imprescindibles para abordar luego el estudio de los diferentes componentes y características del sistema de salud en el Perú.

2.1. Evolución y composición de la población

La dinámica de crecimiento poblacional, dentro del proceso de transición demográfica que experimenta toda la región, muestra una tasa de crecimiento en constante disminución desde la década de los años ochenta, cuando se ubicaba en 2,5 por ciento. Sin embargo, entre los años 2005 y 2015 se observa un aumento (1,2 por ciento en promedio entre 2010 y 2019) para luego continuar su descenso en la década siguiente. Estimaciones para el quinquenio 2025-2029 la ubican en 0,9 por ciento.

El comportamiento de la tasa de crecimiento poblacional resulta de la evolución de las tasas de natalidad y la mortalidad, y los saldos migratorios. En primer lugar, la tasa de natalidad proyectada para el Perú en 2025 es de 1,5 nacimientos cada 100 habitantes, levemente por encima del promedio de América Latina (1,4 cada 100). En cuanto a su evolución en el tiempo, se destaca una clara tendencia descendente, aunque con variaciones en su ritmo de disminución de acuerdo al periodo bajo análisis (caída más pronunciada entre 1980-2000 vs. 2000-2020).

A su vez, el comportamiento de la natalidad se encuentra relacionado con el nivel de fecundidad global de la población. En el caso del Perú, la evolución de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) muestra una caída sostenida durante los últimos años que implicó que se redujera a la mitad el número de hijos por mujer entre 1980 y 2008. Sin embargo, la velocidad a la que se redujo comenzó a disminuir a comienzos del siglo y se proyecta que continuará con una tendencia muy suave en los próximos años. Para 2025 la TGF se ubicaba en 1,9 hijos por mujer, levemente por encima del promedio de América Latina (1,8 hijos por mujer). Sin embargo, de acuerdo a datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)³ en el caso de las adolescentes entre 15 y 19 años, la TGF se ubicaba en 2,9 en 2023, lo que las expone a mayor riesgo de complicaciones y muerte durante la gestación. A su vez, presenta grandes brechas territoriales dado que, de acuerdo a datos de la Encuesta Demográfica y de Salud

¹ De acuerdo a datos de CEPAL en el Portal de Datos y Publicaciones Estadísticas de la CEPAL (CEPALSTAT) (<https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html?lang=en>).

² Mayores de 15 años.

³ CEPALSTAT.

Familiar (ENDES) de 2024, la TGF en áreas rurales se estima en casi el doble que en áreas urbanas (INEI 2025a). De acuerdo con datos de la misma encuesta, el nivel educativo también da lugar a diferencias en la tasa de fecundidad, siendo mayor en mujeres con menores niveles educativos. La edad mediana del nacimiento del primer hijo o hija se ubicó alrededor de los 22 años y se ha mantenido relativamente constante a lo largo de los últimos años.

En segundo lugar, si bien la Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) y sus causas serán abordadas en el apartado siguiente, es importante mencionar aquí su comportamiento durante los últimos años para entender, junto con el análisis de la esperanza de vida, cómo contribuyen al crecimiento de una población. Desde 1990 se observa en el Perú un comportamiento fluctuante de la mortalidad general caracterizada por una continua disminución hasta principios de la década del 2000, seguida de un crecimiento sostenido hasta 2010, ubicándose por encima del promedio de América Latina. A partir de entonces, comenzó un nuevo descenso de manera continua hasta 2020, cuando aumentó debido a la pandemia por COVID-19.

En tercer término, el saldo migratorio del Perú entre 1990 y 2015 mostró una tasa negativa, dado que era mayor la proporción de personas que dejaban el país que las que ingresaban. Sin embargo, esta tendencia se revirtió entre 2015 y 2021 (CEPAL 2021).

Por su parte, durante el periodo 1990-2025, la esperanza de vida ha ido en aumento, pasando de 64,0 años a 78,1 años en 2025. A su vez, el país ha logrado acortar la distancia en años con los países de mayor esperanza de vida de América Latina. En 2010 se encontraba 6,5 años por debajo de Costa Rica y 6,2 de Chile, países con la mayor esperanza de vida de América Latina, mientras que en 2025 la diferencia fue de 3,4 con Chile y 3,1 con Costa Rica. Tomando en cuenta todos los territorios de América Latina e islas del Caribe, con relación a este indicador, el Perú pasó de la posición 32 en 2010 a la 14 en 2025.

El proceso de transición demográfica en el cual se encuentra el Perú ha implicado cambios en las variables antes mencionadas (TBM, TGF y crecimiento de la población) y, por consiguiente, una reconfiguración de la estructura etaria de la población. Para observar estos cambios resulta útil observar la evolución de la composición de la pirámide poblacional del país en diferentes momentos. Así se advierte que, en 1950, la pirámide poblacional tenía una base ancha, con el 52,1 por ciento de la población por debajo de los 20 años. En cambio, hacia 2025, para llegar aproximadamente a la mitad de la población (48,1 por ciento), habrá que ubicarse en la franja etaria hasta los 29 años, mientras que hacia 2100 un poco más de la mitad de la población (50,2 por ciento) se alcanzará hasta los 49 años. Por su parte, la población de mayores de 65 años, que en 1950 representaba el 3,4 por ciento del total, en 2025 casi triplica (2,7) su participación al representar el 9,5 por ciento del total. Hacia finales del presente siglo se estima que alcanzará el 31,9 por ciento del total de población (gráfico 1). Esta transformación etaria se da en un contexto regional que se ha caracterizado por ritmos de cambio diversos en la estructura poblacional y su consiguiente envejecimiento. De acuerdo a CEPAL (2023), solo hay tres países en la región que se encuentran en una etapa incipiente de envejecimiento –Bolivia (Estado Plurinacional de), Guayana Francesa y Haití–, mientras que el Perú, junto con otros 16 países⁴, se halla en una etapa de envejecimiento moderadamente avanzado. En tanto, otro grupo de países de América del Sur, como Argentina, Chile y Uruguay, está en una etapa avanzada de envejecimiento. De esta manera, uno de los retos futuros del país será prepararse para afrontar el envejecimiento de su población.

4 La gran mayoría del Caribe y Centroamérica, además de Brasil, Colombia, Ecuador y Venezuela (República Bolivariana de).

► Gráfico 1. Proyección y composición de la población por género y grupo de edad, 1950, 2025 y 2100

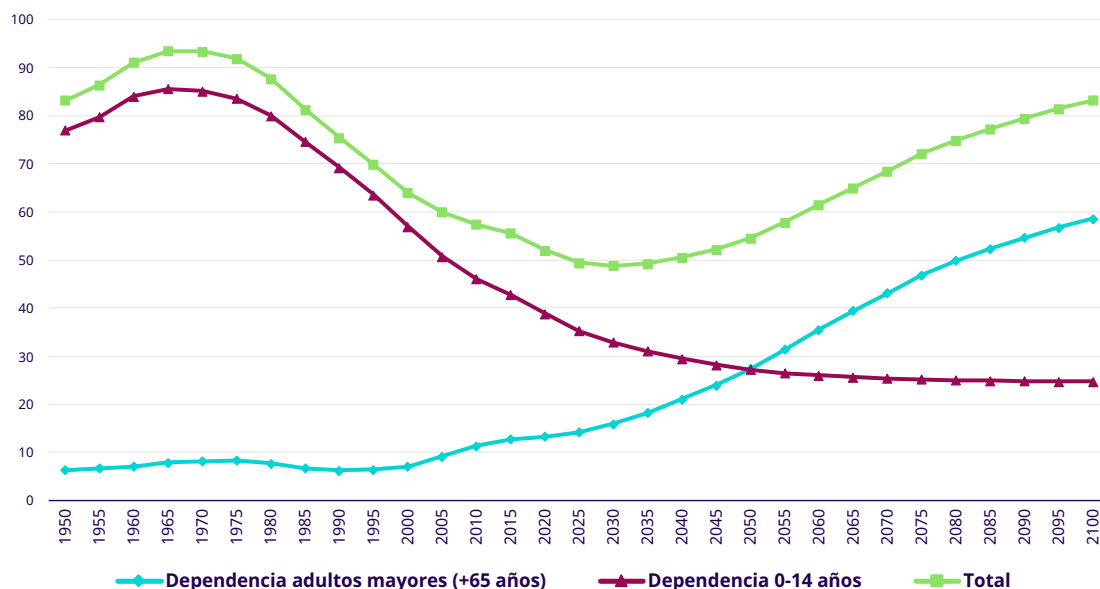


Fuente: Elaboración propia en base a UNDESA (2024).

Existen dos medidas sintéticas que reflejan y permiten contextualizar este proceso de transición demográfica: la tasa de dependencia⁵ de niños y niñas y la tasa de dependencia de las personas de edad. En el gráfico 2 se presenta la información para el Perú entre 1950-2100. En términos generales, durante las primeras etapas de la transición demográfica, donde coinciden numerosos nacimientos y elevadas tasas de mortalidad, la tasa de dependencia total resulta elevada. Luego, a medida que se reducen la tasa de mortalidad y de fecundidad, disminuye la tasa de dependencia de niños y niñas, sin que aumente en igual proporción la tasa de dependencia de las personas de más edad. A lo largo de esta etapa se produce el denominado «bono demográfico», que se caracteriza por una importante reducción de la tasa de dependencia total y un aumento veloz en la proporción de la población en edad laboral. Esta etapa trae numerosas oportunidades para mejorar las condiciones sociales, económicas y políticas de los países. A medida que este proceso avanza, la tasa de dependencia juvenil continúa descendiendo, aunque a menor ritmo, y la tasa de dependencia de las personas mayores comienza a elevarse a mayor velocidad, dando lugar nuevamente a un aumento de la tasa de dependencia total y al fin del «bono demográfico» (CEPAL 2021). Como se observa en el gráfico 2, el país se encuentra cerca del fin de esta ventajosa etapa.

⁵ Las tasas de dependencia de cada uno de esos grupos poblacionales refieren a su participación porcentual en el total de la población del país.

► Gráfico 2. Evolución de la tasa de dependencia poblacional



Fuente: Elaboración propia en base a UNDESA (2024).

En comparación con otros países de la región, durante el periodo transcurrido entre 1980-2020, el Perú, al igual que Bolivia, Colombia y México, se encontraban en las primeras etapas de la transición demográfica, caracterizada por una tasa de dependencia de niños y niñas elevada y una tasa extremadamente baja de las personas mayores. En cambio, Brasil, Chile y Costa Rica se encontraban en una etapa más avanzada de la transición, donde convivían una tasa de dependencia de niños y niñas intermedia y una tasa de dependencia de las personas mayores muy baja. Por su parte, Argentina y Uruguay se hallaban más avanzados aún, con tasas de dependencia más elevadas para las personas mayores. Se prevé que para la etapa 2025-2100 estos países formen parte del grupo de países con bajas tasas de dependencia de niños y niñas y una tasa de dependencia de personas de edad alta o muy alta (CEPAL 2021).

Este contexto de rápido envejecimiento de la población y un agotamiento del «bono demográfico» enfrentará a los países de América Latina a similares retos económicos y fiscales que la envejecida Europa actual. Pero agrega tres desafíos propios de la región: el envejecimiento de la población ocurrirá con mayor velocidad que en Europa, con niveles más bajos de desarrollo económico y con tasas de desigualdad sostenidamente altas (CEPAL 2021). En el caso del Perú, las proyecciones indican que el país se está acercando al fin de la ventajosa ventana que supone el «bono demográfico», por lo que se vuelve más urgente su aprovechamiento, no solo mediante mejores políticas sanitarias, sino también con inversión sostenida en otras áreas como educación y empleo. De lo contrario, esta oportunidad podría perderse sin traducirse en beneficios duraderos.

En este contexto la configuración y cobertura alcanzada por los sistemas de salud de los países resulta una variable clave para hacer frente a los desafíos de una población más envejecida. Una mayor cantidad de personas mayores implica un aumento de la carga de enfermedades crónicas, afecciones de salud múltiples y simultáneas y, en muchos casos, un cierto grado de dependencia funcional y cuidados que requieren de atención prolongada. De manera tal que, para enfrentar esta realidad, es necesario repensar los paradigmas actuales de atención de la salud de modo que acompañen los cambios demográficos. Por ejemplo, ofreciendo mayores servicios de atención primaria con foco en las personas mayores y brindando la atención a largo plazo que necesitan (OPS 2025).

2.2. Perfil epidemiológico

Identificar el momento dentro de la transición epidemiológica en el que se encuentra un país le permite diseñar intervenciones y programas de política pública que atiendan de manera más acertada y específica los principales problemas de salud que enfrenta su población. Tanto en lo que refiere a los patrones de enfermedad como a las causas subyacentes de mortalidad. Incluso, cuando se describe a nivel agregado, la gran importancia que ostentan las enfermedades no transmisibles dentro de la carga de enfermedad como dentro de las causas agrupadas de mortalidad es fundamental no perder de vista las diferencias que podrían ocurrir en el interior del territorio. Una correcta vigilancia y monitoreo de las enfermedades más prevalentes y de las causas de mortalidad no debe soslayar la diversidad demográfica y geográfica que existe en los países.

En este sentido, la evolución de la mortalidad durante los últimos años en el Perú condujo a una disminución en la participación de las enfermedades infecciosas y parasitarias, que habían dejado de ser la principal causa de muerte en el país, y a un aumento de la participación relativa de las enfermedades neoplásicas. Esto implica que el país se encuentra en una etapa de postransición epidemiológica, donde predominan las muertes por enfermedades no transmisibles. Un análisis más detallado se presenta en el siguiente recuadro.

► Recuadro 1. Prevalencia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son una de las principales causas de mortalidad y gasto en atención médica en el Perú y explican aproximadamente el 70 por ciento de las muertes en el país (OPS 2021). El impacto adverso que tienen sobre la salud y la economía hace necesario adoptar estrategias para reducir su carga. En su mayoría, las ENT son prevenibles y existe evidencia consistente acerca de la efectividad de las intervenciones de promoción, prevención y tratamiento, lo que justifica implementar acciones. Una estrategia poblacional de promoción y prevención primaria es considerada la estrategia más costo-efectiva, sostenible y financiable para afrontarlas.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible reconoce que las ENT son un reto importante para el desarrollo sostenible. Uno de los objetivos de la meta 3.4 establece para 2030 reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. Sin embargo, el proceso para el progreso hacia la reducción de la carga de dichas enfermedades ha sido lento. Incluso, excepto en relación con el consumo de tabaco, no se ha registrado ningún cambio destacado en las tendencias relativas a los factores de riesgo de las ENT en las diferentes regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante el último decenio. Sin embargo, los análisis de las trayectorias muestran que todos los países siguen teniendo opciones de alcanzar las metas relativas a las ENT que abordan la prevención y el tratamiento (OMS 2021).

Según datos de la encuesta ENDES, en 2024 el 10,9 por ciento de las personas de 15 y más años fue diagnosticada de hipertensión por un médico, y dentro de ellas, el 65,5 por ciento recibió atención o compró medicamentos en los últimos doce meses. Por su parte, la prevalencia de hipertensión en 2024 fue de 20,6 por ciento y afecta más a hombres (23,3 por ciento) que a mujeres (18,0 por ciento) y a la región de la Costa (22,5 por ciento) por sobre las demás regiones (18,0 por ciento Sierra y 16,0 por ciento Selva). En este sentido, la mayor prevalencia se ubica en la Provincia Constitucional del Callao (24,6 por ciento), departamento de Lima (24,1 por ciento) y Lima Metropolitana (23,3 por ciento). A su vez, desde 2014 se observa una tendencia que fluctúa alrededor del 20 por ciento, con el menor registro en 2016 (17,6 por ciento) y un pico en 2021-2022 (22,1 en ambos).

En relación con la diabetes, la encuesta muestra que un 5,3 por ciento de personas fueron diagnosticadas por un médico alguna vez y el 72,6 por ciento de ellas dijo haber recibido tratamiento en los últimos doce meses. Estos valores representan un aumento sostenido durante los últimos diez años, cuando la prevalencia de diabetes se estimó en 3,2 por ciento en 2014. Asimismo, el porcentaje de personas que recibieron atención marca una tendencia creciente entre 2014-2019, cuando llegó a su máximo (77,7 por ciento) para luego descender entre 2020-2022 por debajo de 70 por ciento y repuntar en los últimos dos años.

Dentro de los factores asociados a las ENT se destacan el consumo de tabaco, los hábitos alimentarios inadecuados como la baja ingesta de frutas y verduras, el consumo nocivo de alcohol y la obesidad. Datos de la encuesta muestran que el 8,8 por ciento de la población fuma actualmente, valor inferior a los últimos dos años y con una proporción mucho mayor de hombres que mujeres; el 19,9 por ciento de personas de 15 y más años tuvo eventos de consumo excesivo de bebidas alcohólicas en los 30 días anteriores a la encuesta, valor levemente por debajo del promedio para los últimos diez años (21,0 por ciento) y con mayor porcentaje en los hombres; el 36,5 por ciento de personas de 15 y más años de edad presentó sobrepeso y el 25,7 por ciento sufre de obesidad, ambos indicadores son superiores en áreas urbanas y las mujeres sufren mayor obesidad que los hombres. A su vez, se observa un aumento creciente de este indicador en los últimos diez años (7,2 puntos porcentuales).

Fuente: Elaboración propia en base al INEI (2025b).

Más allá de la evolución general de mediano plazo, deben introducirse dos comentarios: por un lado, durante la pandemia de COVID-19 se ha modificado esta tendencia y, por el otro, existen diferencias territoriales en relación con las principales causas de mortalidad.

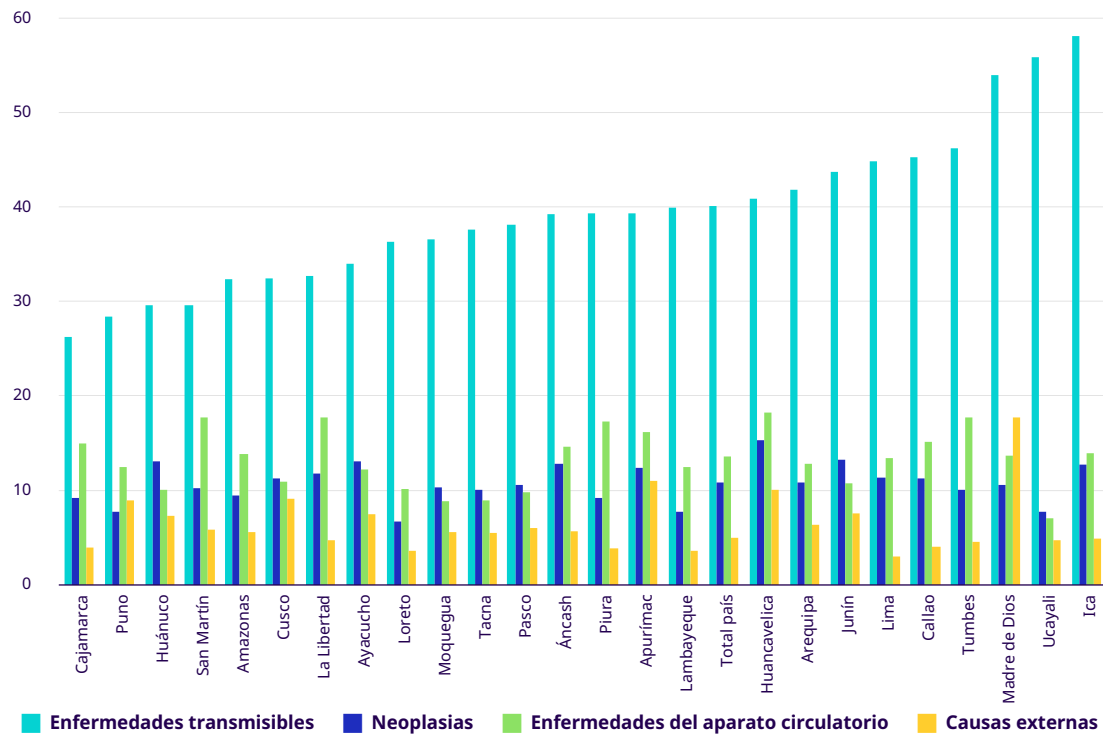
En primer lugar, según los datos del Repositorio Único Nacional de Información en Salud⁶ (REUNIS), en el año previo a la pandemia, las principales causas agrupadas de muerte correspondían a las enfermedades neoplásicas (20,1 por ciento del total de defunciones), seguidas por las enfermedades infecciosas y parasitarias (18,1 por ciento). Durante 2020 y 2021, este patrón cambió de manera significativa, dando lugar a las enfermedades infecciosas como principal causa de muerte, que en 2021 pasaron a representar el 45,6 por ciento del total (37,4 por ciento del total de muertes fueron atribuidas a la COVID-19), desplazando al resto de las causas. Este cambio se dio en un contexto de exceso de mortalidad por esta enfermedad, superando ampliamente las tasas observadas en otros países de la región, con una tasa promedio 2,5 veces mayor que la de América Latina y casi cuatro veces superior al promedio de países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE 2025).

En 2023, la estructura de causas se asemeja nuevamente a los años previos a la pandemia, con las enfermedades neoplásicas (21 por ciento) ocupando el primer lugar, las enfermedades del aparato circulatorio en segundo lugar (20 por ciento), seguido por las enfermedades infecciosas y parasitarias (18 por ciento). También se observa a lo largo de los años bajo análisis una participación importante de la mortalidad por causas externas (9 por ciento).

En segundo lugar, como se muestra en el gráfico 3, existen diferencias regionales respecto a los grupos de causas agrupadas de mortalidad. En el caso de la mortalidad por enfermedades transmisibles, la tasa cada 10 000 habitantes de Madre de Dios, Ucayali e Ica es dos o más veces a la de Cajamarca y Puno. Esta dispersión se mantiene, e incluso se amplía, en el resto de los grandes grupos de causas. Por ejemplo, en el caso de la mortalidad por causas externas, que fue en 2021 la cuarta causa agrupada de mortalidad (ver gráfico A.2 del Anexo), la tasa cada 10 000 habitantes de Lima se ubicó en 3,0 y en Madre de Dios fue de 17,7. A su vez, la tasa promedio para el país fue de 5,0 cada 10 000 habitantes.

6 https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/tasas_mortalidad.asp

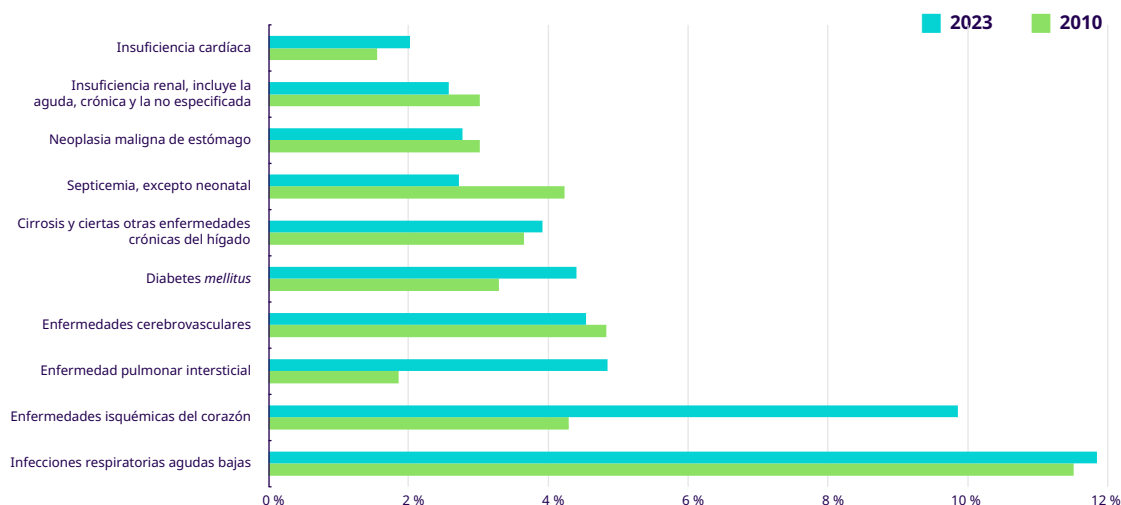
► Gráfico 3. Tasa de mortalidad estandarizada por grupo de causas y región, 2021



Fuente: Indicadores Básicos 2022, Ministerio de Salud (2023c).

Si se observa la mortalidad con una mayor desagregación por causas, de acuerdo con datos del REUNIS, en 2010, la principal causa de muerte fueron las infecciones respiratorias agudas bajas (11,5 por ciento del total de defunciones), seguidas por las enfermedades cerebrovasculares (4,8 por ciento) y las enfermedades isquémicas del corazón (4,3 por ciento). La mortalidad por diabetes *mellitus* ocupaba el octavo lugar. Al comparar este *ranking* con el año 2021, se observa la aparición de la mortalidad por COVID-19 como la principal causa específica de muerte, con 4,6 veces más muertes que la segunda causa, las enfermedades isquémicas del corazón. Sin embargo, para 2023 las muertes por COVID-19 se redujeron significativamente (menos del 1 por ciento de la mortalidad total) y las infecciones respiratorias agudas bajas volvieron a ser la principal causa de muerte (11,8 por ciento). A su vez, a diferencia de la estructura de mortalidad observada en 2010, las enfermedades cerebrovasculares cayeron del segundo al cuarto lugar y aumentó la importancia relativa de la mortalidad por diabetes *mellitus*, que escaló al quinto lugar (ver cuadro A.1 del Anexo).

El gráfico 4 presenta la estructura de mortalidad de las diez principales causas para el año 2023 en comparación con la misma causa para el año 2010. Se puede observar un aumento en la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, por diabetes *mellitus* y por enfermedad pulmonar intersticial (ver cuadro A.1 del Anexo).

► **Gráfico 4. Número de defunciones de las diez principales causas para 2023. En % del total de muertes**

Fuente: REUNIS.

Además de los indicadores de mortalidad, resulta fundamental examinar aquellas causas específicas que, además de ser prevenibles, reflejan inequidades en el acceso a servicios de salud, como sucede con la mortalidad materna. La prestación oportuna de servicios como el acceso al parto por personal calificado en establecimientos de salud, el acceso a la atención prenatal oportuna y de calidad, el acceso a métodos modernos de planificación familiar, a consejerías y a educación sexual integral constituyen importantes herramientas para combatir las muertes maternas evitables (recuadro 2). En este sentido, desde el año 2000 y hasta el 2019 se observa un sostenido descenso del número de muertes maternas (MM) en el Perú, al pasar de 605 a 302, respectivamente, según información publicada por la Sala Situacional de Muerte Materna del Ministerio de Salud del Perú (MINSA)⁷. Sin embargo, al igual que muchos países de la región, a raíz de la COVID-19 su ocurrencia aumentó significativamente en 2020 y 2021, alcanzando 444 muertes en 2020 y 493 en 2021. Esta situación comenzó a revertirse a partir de 2022, cuando la ocurrencia de MM volvió a valores de la prepandemia, alcanzando las 244 en 2024.

► **Recuadro 2. Salud familiar y materna**

Al igual que el conocimiento que aporta la ENDES sobre las ENT, también permite una mirada más profunda y amplia sobre el estado de salud de mujeres, niñas y niños, sus condiciones de vida y los principales factores de riesgo que afectan a esta población.

Dentro de los principales resultados de fecundidad se destaca que el 8,4 por ciento de las adolescentes de 15 a 19 años estuvieron alguna vez embarazadas, con mayor proporción en áreas rurales (18,3 por ciento) que urbanas (6,1 por ciento). La conducta reproductiva de las adolescentes resulta importante no solo en relación con embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud.

La planificación familiar, determinante de la fecundidad, da cuenta de que el 77,5 por ciento de las mujeres entre 15 y 49 años de edad utilizaban algún método anticonceptivo al momento de la entrevista. El 58,1 por ciento reportó utilizar métodos modernos de anticoncepción (inyección, preservativo masculino, esterilización femenina, píldoras o implantes), mientras

7 https://app7.dge.gob.pe/maps/muerte_materna/

que el porcentaje restante acude a alguno tradicional (principalmente abstinencia). El sector público fue el principal lugar de acceso a la anticoncepción moderna con el 56,3 por ciento de la demanda, mientras que, dentro del sector privado, el 35,9 por ciento fue resuelto en la farmacia.

A su vez, la cobertura y calidad de la atención prenatal, durante y después del parto, como factores estrechamente ligados a la salud de la madre e infantil, son elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud del país. En este sentido, durante la atención prenatal, la madre es aconsejada sobre alimentación, sobre signos o síntomas de posibles complicaciones en el embarazo, o sobre cualquier factor que pueda condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Los resultados de la ENDES 2024 muestran que, dentro de los últimos cinco años, más del 95 por ciento de las mujeres accedieron a esta atención.

La atención del parto por parte de un profesional de la salud es otro indicador determinante de la calidad de acceso a la salud por parte de las mujeres. En 2024, el 94,3 por ciento de los partos fueron atendidos por médicos, obstetras y/o enfermeras. A su vez, el 93,5 por ciento se realizó en un establecimiento de salud con personal calificado (parto institucional). Aquí también se observan diferencias según región, dado que, mientras que en la región Costa el porcentaje de atención institucional y por personal médico es superior al promedio del país (97,2 por ciento y 98,3 por ciento, respectivamente), en la región Selva se ubica por debajo (84,7 por ciento y 86,2 por ciento, respectivamente).

En lo que a la salud de la mujer respecta, se destaca un bajo porcentaje de mujeres entre 30 y 59 años que se han realizado un Papanicolaou (52,0 por ciento) en los últimos tres años, un examen clínico de mamas (19,4 por ciento) en los últimos 12 meses y una mamografía (14,6 por ciento) en los últimos dos años. A su vez, en todos los casos se observan disminuciones en relación con los valores reportados para 2019, agudizados durante los años de pandemia.

Fuente: Elaboración propia en base al INEI (2025a, 2025b).

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible plantea una reducción de la tasa de mortalidad materna a menos de 70 cada 100 000 nacidos vivos a nivel mundial. Siguiendo el indicador de Razón de Muerte Materna (RMM) para el Perú, se observa un acentuado descenso durante la década de 1990 (1990-1996), cuando la RMM se ubicó en 265 cada 100 000 nacidos vivos, y luego se suavizó a partir del 2005, cuando la RMM fue de 118 por cada 100 000 nacidos vivos. El continuo descenso hasta 2017 marca una RMM de 88 cada 100 000 nacidos vivos, todavía por encima de la meta de ODS para 2030 (INEI 2023b, 2024c).

De acuerdo a los datos publicados por la Sala Situacional de Muerte Materna del MINSA, las principales causas de mortalidad materna son directas, es decir, las que resultan de complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio, alcanzando en 2023 el 63 por ciento del total. Dentro de ellas, la razón más frecuente fueron la hemorragia obstétrica (23 por ciento) y los trastornos hipertensivos (19,5 por ciento). En tanto, dentro de las causas que no están relacionadas con el embarazo o causas indirectas, la principal razón fueron las asociadas a enfermedades infecciosas y parasitarias (8,2 por ciento) y las enfermedades del sistema respiratorio (6,2 por ciento). A modo de referencia, durante 2020 la mortalidad materna por COVID-19 explicó el 16,2 por ciento de las muertes, en tanto en 2021 representó el 28,8 por ciento.

En relación con la mortalidad infantil, la tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 1 año tuvo un marcado descenso entre los años 1983 y 2003, cuando se redujo de 66 a 21 muertes cada 1 000 nacidos vivos, para luego mantenerse estable entre 2010 y 2021, con tasas de 17 y 15, respectivamente (Ministerio de Salud 2023a). En tanto, durante este periodo, la mortalidad neonatal fluctuó entre 9 y 8 cada 1 000 nacidos vivos, con valores de 9 en 2010 y 8 en 2020. Las estimaciones para 2022-2023 muestran un leve aumento de la tasa de mortalidad dentro de los primeros 28 días de vida, que alcanzó a 10 de cada 1 000 nacidos vivos.

Estos valores cumplen con la meta 2030 del ODS sobre mortalidad neonatal de 12 muertes cada 1 000 nacidos vivos. Sin embargo, este indicador presenta grandes desigualdades territoriales, que, si bien aún persisten, han ido disminuyendo en el tiempo. En este sentido, si bien la mortalidad neonatal en áreas rurales es mayor a la observada en áreas urbanas, se redujo aproximadamente en 29 muertes por 1 000 nacidos vivos entre 1991 y 2023, mientras que en las áreas urbanas la reducción fue de 6 muertes por cada 1 000 nacidos vivos para el mismo periodo. Estos valores implican una reducción de la mortalidad neonatal rural de 72,5 por ciento y de 37,5 por ciento en el caso de áreas urbanas para el periodo entre 1991-1992 y 2022-2023 (INEI 2024c).

Las diferencias regionales también se observan al analizar la tasa de mortalidad para niños y niñas menores de 5 años de edad. Tomando datos de Indicadores Básicos 2022 (Ministerio de Salud 2023c), la tasa de mortalidad de las regiones de Arequipa, Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima, Moquegua y Callao se encuentra entre las 11 y las 18 muertes cada 1 000 nacimientos vivos, mientras que en el otro extremo se hallan las regiones de Huánuco, Junín, Loreto, Pasco y San Martín, con una tasa de mortalidad en menores de 5 años entre 19 y 27 cada 1 000 nacimientos vivos. A nivel país, el valor se ubicó en 2022-2023 en 20 defunciones cada 1 000 nacidos vivos, lo que muestra un aumento de 2 defunciones cada 1 000 nacimientos vivos en relación con 2015, año base de la medición de los ODS. La meta para 2030 es de 25 muertes cada 1 000 nacidos vivos, por lo cual el país la está cumpliendo (INEI 2024c). Un mayor detalle sobre la situación de la salud infantil en el Perú se presenta en el siguiente recuadro.

► Recuadro 3. Salud infantil

En lo que respecta a la salud infantil, en el Perú todavía persisten problemas como la diarrea, la desnutrición infantil y la necesidad de mejorar la cobertura en vacunación. En base a datos de la ENDES se observa que, a mayor edad, menor es la cobertura de vacunas. En este sentido, el 79,2 por ciento de niños y niñas menores de 1 año accedieron al esquema de vacunación completo, porcentaje que desciende a 70,5 por ciento cuando se considera a los menores de 2 años y a 65,0 por ciento para los de 3 años. Para todos los grupos de edad, la BCG fue la de mayor cobertura, superando el 90 por ciento en todos los grupos. En tanto, la primera dosis de la antipoliomielítica tiene amplia cobertura (96 por ciento para menores de 12 meses), pero disminuye en las dosis restantes (85,8 por ciento la tercera dosis).

Las infecciones respiratorias agudas han sido habitualmente una de las principales causas de la mortalidad en la niñez. De acuerdo con datos de la ENDES sobre la ocurrencia de síntomas de esta enfermedad, el porcentaje de niños y niñas con infecciones respiratorias agudas en las dos semanas precedentes a la encuesta fue de 12,4 por ciento en 2024. Dichos valores aumentan cuando la madre es fumadora y cuando se utilizan combustibles vegetales para cocinar.

Otra causa importante de mortalidad en la niñez la constituye la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), durante la cual es importante aumentarles la ingesta de agua y alimentos sólidos. Para 2024, la ocurrencia de diarrea en niñas y niños menores de 5 años de edad, en las dos semanas anteriores a la encuesta, fue de 11,9 por ciento, y es más frecuente en niños y niñas menores de 2 años. En cuanto a su tratamiento, el 73,5 por ciento de las madres conocían la existencia de sales de rehidratación oral para tratar los cuadros, lo que muestra un aumento en relación con 2019 (70,4 por ciento), valor más alto de los últimos cinco años. Sin embargo, el 54,2 por ciento aumentó la administración de líquidos durante la enfermedad y solo el 4,4 por ciento lo hizo con la administración de sólidos.

Por último, el estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años da cuenta de que la desnutrición crónica afectó al 12,1 por ciento de este grupo etario. Aquí también se evidencian diferencias regionales: el área rural posee una mayor tasa de desnutrición infantil (20,9 por ciento), aunque se observa una disminución durante los últimos cinco años.

Por su parte, niñas y niños cuyas madres se ubican en el quintil inferior de la distribución del ingreso presentaron en mayor proporción la desnutrición crónica (22,4 por ciento), comparados con los de madres que se ubican en el quintil superior (3,5 por ciento). A su vez, el porcentaje de menores con déficit alimenticio se redujo en 11,1 puntos porcentuales entre 2010 y 2024. Una de las razones de esta reducción fue la implementación del Programa Articulado Nutricional (PAN)⁸.

Fuente: Elaboración propia en base al INEI (2025a).

Una mirada complementaria al estado de salud de un país es medir la carga de enfermedad de su población. Desde 2004, Perú realiza la medición de los Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA)⁹. Desde ese entonces y hasta 2019, las enfermedades que produjeron más años de vida perdidos fueron las no transmisibles, seguidas por las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales. Un análisis más específico da cuenta de que la principal categoría que produjo mayor carga de enfermedad en 2019 fueron las enfermedades cardiovasculares (segunda causa tanto para hombres como para mujeres), seguidas por las lesiones no intencionales (primera causa en hombres, novena en mujeres), enfermedad osteomuscular y del tejido conectivo (primera causa en mujeres, séptima en hombres) y tumores malignos (tercera causa para las mujeres, cuarta para los hombres), con una razón de AVISA muy similar. En tanto, las condiciones perinatales ocuparon el séptimo lugar y la diabetes el noveno (Ministerio de Salud 2023a).

A su vez, el grupo etario que más años de vida pierde en términos absolutos corresponde a las personas entre 15 y 44 años. Sin embargo, la mayor carga de enfermedad relativa (razón de AVISA) se concentra entre la población menor de 4 años (con una razón de 311,5 cada 1 000) y la población de mayor de 60 años (con una razón de 583,3 cada 1 000).

La realidad epidemiológica del país exige un sistema de salud preparado para atenderla. Si bien hubo logros en materia de atención de la madre y el niño, todavía quedan espacios para la mejora en el abordaje de las ENT y la consiguiente carga que esto supone para el sistema de salud a largo plazo.

2.3. Breve caracterización de otros determinantes de condiciones de salud

Como bien se sabe, existen otros determinantes que hacen al estado de salud de las personas y que tienen que ver con las circunstancias en las cuales nacen, crecen, viven, se educan, trabajan y envejecen. Estas condiciones suelen ser dispares entre distintos grupos poblacionales y traen como consecuencia diferencias en los resultados de salud de una población. Si se busca la equidad en salud, debe trabajarse sobre aquellos determinantes o condiciones socioeconómicas, demográficas y geográficas que producen desigualdades evitables entre las personas.

⁸ El Programa Presupuestal Articulado Nutricional tiene como objetivo central disminuir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años. Dentro de las intervenciones se encuentran: suplemento de hierro y ácido fólico para gestantes; complementación alimentaria para gestantes; promoción de prácticas saludables para el cuidado y la nutrición infantil; campañas de vacunación; control de crecimiento del niño sano; diagnóstico y tratamiento de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, y mejora de la calidad del agua.

⁹ Los AVISA son un indicador sintético mediante el cual se pueden medir las muertes a diferentes edades y las discapacidades. Los AVISA para una enfermedad o lesión se calculan como la suma de los años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura en la población y los años perdidos debido a la discapacidad para los casos de incidentes de la enfermedad o lesión. De esta manera, los años de vida perdidos evalúan la duración del tiempo perdido entre la edad de muerte de cada fallecido y un límite de edad arbitrario, por ejemplo, la esperanza de vida de una población. Por su parte, los años perdidos debido a la discapacidad miden el tiempo perdido a consecuencia del padecimiento de una enfermedad y/o de sus secuelas (Ministerio de Salud 2023b).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a pesar de que la meta de reducir la tasa de extrema pobreza a la mitad ha sido alcanzada por los países de la región, su disminución casi se ha detenido en los últimos años. Teniendo en cuenta que la pobreza es probablemente el determinante individual más importante de la salud, las dificultades en su merma repercuten sobre el acceso a la vivienda digna, los servicios, la educación, el transporte y otros factores vitales para la salud y el bienestar generales.

A continuación, se desarrollan brevemente los determinantes vinculados con la pobreza (y los ingresos), la educación, el acceso a agua segura y saneamiento. Posteriormente, en otros capítulos, se analiza el aseguramiento, el acceso a los servicios de salud y al mercado de trabajo.

2.3.1. Pobreza e ingresos

La incidencia de la pobreza monetaria total en el Perú se redujo entre 2011 y 2019. Mientras que en 2011 el porcentaje de personas cuyos ingresos no les permitían acceder a una canasta básica (incluye alimentos y no alimentos) era del 27,8 por ciento de la población, en 2019 se había reducido al 20,2 por ciento. A su vez, las personas con ingresos inferiores al costo de la canasta básica alimentaria, definido como pobreza extrema, pasaron del 6,3 por ciento de la población en 2011 a 2,9 por ciento en 2019. Sin embargo, debido a las consecuencias socioeconómicas de la pandemia de COVID-19, en 2020 la tendencia se revirtió. En dicho año, la cantidad de personas que no accedían a la canasta básica ascendió al 30,1 por ciento de la población, mientras que la pobreza extrema se ubicó en 5,1 por ciento. Si bien en 2021 se registró una mejora, en los dos años siguientes volvió a incrementarse, alcanzando al 29 por ciento de la población en 2023. Para 2024 la incidencia se redujo levemente al 27,6 por ciento de la población, ubicándose en niveles similares a los de 2011.

En síntesis, tras una década de reducción, la pobreza monetaria en el Perú sufrió un fuerte incremento con la pandemia y, aunque mostró cierta recuperación, en 2024 aún no había logrado retornar a los niveles previos a la crisis sanitaria. Este rezago es aún más evidente en el caso de la pobreza extrema, que, tras alcanzar su nivel más bajo en 2019, no solo no ha logrado reducirse, sino que se mantiene en valores más elevados que hace diez años (INEI 2023a, 2025c).

A su vez, la incidencia de la pobreza no afecta en igual medida a todo el territorio peruano ni tampoco impacta del mismo modo en las áreas rurales que en las urbanas. Comparada con 2019, la pobreza en áreas urbanas aumentó 10,2 puntos porcentuales en 2024 (de 14,6 por ciento a 24,8 por ciento, respectivamente), mientras que en las áreas rurales se encontraba por debajo de los niveles observados en la prepandemia. Vale destacar que la pobreza en áreas rurales fue en 2024 14,5 puntos porcentuales más alta que en áreas urbanas (39,3 por ciento vs. 24,8 por ciento, respectivamente). Asimismo, a nivel departamental se observa gran heterogeneidad con grupos de regiones con intervalos de pobreza entre 39,5 por ciento y 44,3 por ciento como Loreto, Cajamarca y Puno respecto de regiones como Lima o Amazonas, con intervalos de 24,4 por ciento a 28,0 por ciento, o el grupo con la incidencia más baja, que se ubica en intervalos de 6,0 por ciento y 9,1 por ciento, donde se encuentran Ica, Madre de Dios y Moquegua (INEI 2025c). Más adelante se presenta un agrupamiento que da cuenta de estas disparidades regionales y la vulnerabilidad extra para enfrentar y resolver los problemas de la salud de su población.

2.3.2. Nivel educativo de la población

Existe numerosa evidencia del impacto que tiene la educación en los resultados de salud de una población. De manera directa, otorga a los individuos conocimientos, hábitos y aptitudes que les permiten influir sobre su realidad, tanto social como individual, y así generar comportamientos de vida y hábitos saludables. A su vez, de manera indirecta y relacionada estrechamente con otros determinantes de la salud, la educación aumenta la seguridad en materia laboral y de ingresos, permitiendo construir un entorno adecuado y un hábitat que otorgue mayor protección, mayor conocimiento de los derechos, entre otros (Ramos y Choque 2007).

Entre 2010 y 2023, según datos del INEI, la tasa de analfabetismo para la población mayor de 15 años se redujo, al pasar de 7,4 por ciento a 4,8 por ciento, lo que implica que más del 95 por ciento de esta población se encuentra alfabetizada. Aquí también se evidencian desigualdades entre regiones y entre áreas rurales y urbanas. En este sentido, para 2023, la tasa de analfabetismo en áreas urbanas fue de 7,9 puntos porcentuales menos que en áreas rurales, donde alcanzó al 11,3 por ciento de la población mayor de 15 años. Asimismo, las mejores tasas de alfabetización se presentaron en el área de Lima Metropolitana y en la Provincia Constitucional del Callao (2,1 por ciento y 1,9 por ciento, respectivamente), pero cuando se toma el total del departamento de Lima la tasa aumenta a 4,4 por ciento. Dentro de las regiones con tasas de alfabetización históricamente más desfavorables se encuentran Huánuco (12,5 por ciento), Apurímac (11,9 por ciento) y Cajamarca (9,9 por ciento).

La educación secundaria representa el nivel más frecuentemente alcanzado por la población (46,0 por ciento en 2023). A su vez, la población que no tenía nivel inicial fue disminuyendo entre 2010 y 2022, pasando del 5,1 por ciento al 3,3 por ciento, respectivamente.

2.3.3. Acceso a servicios básicos

El acceso al agua y saneamiento para todas las personas representa la necesidad humana más básica para el cuidado de la salud y el bienestar y forma parte de los ODS para la Agenda 2030. En 2023, el 90,7 por ciento de las personas en el Perú consumían agua proveniente de la red pública de tubería. Estos valores representan un aumento de 4,6 puntos porcentuales en relación con 2013. Si se toma en consideración el área de residencia, el 93,4 por ciento de la población en áreas urbanas accede a agua de la red pública, mientras que en el caso de áreas rurales llega a 79,3 por ciento. También se evidencian diferencias entre las regiones, donde algunas superan el 95,0 por ciento de cobertura (Moquegua, Apurímac, la Provincia Constitucional del Callao, Arequipa, Tacna y Ayacucho), mientras que la menor cobertura se presenta en las regiones de Loreto (65,7 por ciento), Ucayali (77,4 por ciento) y Pasco (78,8 por ciento) (INEI 2024c). A su vez, dentro del agua proveniente de la red pública, en 2024 el 62,7 por ciento de los hogares consumió agua con niveles inadecuados de cloro residual o sin cloro. Para los hogares en áreas rurales el porcentaje asciende al 96,0 por ciento (INEI 2024a).

El acceso a agua y servicios básicos de saneamiento se encuentra relacionado con la situación de pobreza de los hogares y, simultáneamente, resulta indispensable para disfrutar de una vida saludable y de otros derechos básicos como la alimentación. De acuerdo con datos del INEI para 2023, el porcentaje de hogares pobres que acceden a agua de la red pública dentro de la vivienda fue de 76,0 por ciento, mientras que en el caso de la población no pobre asciende al 84,4 por ciento. En tanto, el 5,4 por ciento de los hogares pobres se abastecen de agua proveniente de ríos, acequias o similar, mientras que para la población no pobre el porcentaje desciende a 2,3 por ciento (INEI 2024e).

Además, los hogares no pobres que cuentan con servicio de alcantarillado por red pública dentro de la vivienda representaron el 72,0 por ciento en 2023, pero este valor descendía a 54,2 por ciento cuando se consideró a los hogares pobres (INEI 2024e). A nivel agregado, el porcentaje de población que utilizó servicios de saneamiento gestionados sin riesgos¹⁰ en 2023 fue de 78,4 por ciento. Esto implica un aumento de 14,4 puntos porcentuales en relación con 2011. Aquí también se pone de manifiesto una brecha entre población rural y urbana, ya que el acceso a saneamiento seguro en áreas urbanas es 2,2 veces mayor que en áreas rurales (INEI 2024c).

¹⁰ Servicios de saneamiento por red pública de alcantarillado o letrina son los considerados por el INEI como de gestión segura.

2.3.4. Análisis de agrupamiento a nivel regional

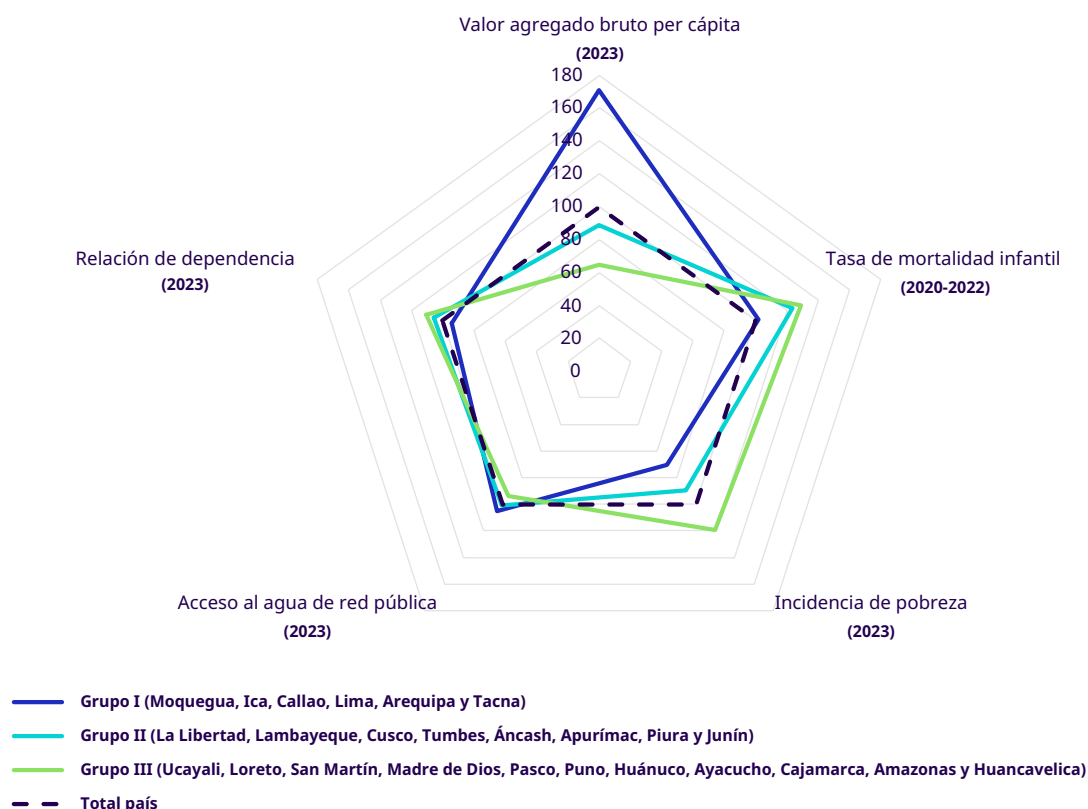
Por último, es posible evaluar en forma agrupada los distintos indicadores presentados hasta aquí, ordenados en función del índice de desarrollo humano de cada región e incorporando el nivel de valor agregado bruto per cápita de cada región como *proxy* del nivel de desarrollo económico. Tomando ese indicador y la tasa de mortalidad infantil, la incidencia de la pobreza, el porcentaje de población con acceso a agua de red pública y la relación de dependencia poblacional, se elaboró un análisis considerando como base 100 el promedio para el total país de cada indicador (gráfico 5). De ese modo, es posible identificar tres agrupamientos, según se detalla a continuación:

Grupo I: Contempla las regiones de Moquegua, Ica, Callao, Lima, Arequipa y Tacna. Se trata de las regiones de mayor índice de desarrollo humano y elevado valor agregado bruto per cápita. En este caso, la incidencia de la pobreza es menor al promedio país, la relación de dependencia levemente inferior, en tanto que el porcentaje de hogares con acceso a agua de red pública resulta más elevado que el promedio y la tasa de mortalidad infantil se ubica en torno al promedio.

Grupo II: Considera las regiones de La Libertad, Lambayeque, Cusco, Tumbes, Áncash, Apurímac, Piura y Junín. En estos casos el valor agregado bruto per cápita se encuentra por debajo del promedio país, al igual que la incidencia de la pobreza. El acceso a agua segura resulta similar al promedio nacional, en tanto que la tasa de mortalidad infantil y la relación de dependencia se ubican por encima del promedio.

Grupo III: Incluye las regiones de Ucayali, Loreto, San Martín, Madre de Dios, Pasco, Puno, Huánuco, Ayacucho, Cajamarca, Amazonas y Huancavelica. En este caso el valor agregado bruto per cápita y el acceso al agua segura se ubican por debajo del promedio país y los indicadores de tasa de mortalidad infantil, incidencia de la pobreza y relación de dependencia se ubican por encima del promedio.

► Gráfico 5. Agrupamiento de regiones según indicadores seleccionados



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INEI e Indicadores Básicos de Salud.

Como se observa, las regiones de la Costa Sur que están dentro del grupo I presentan ventajas considerables en los indicadores seleccionados. Allí, la incidencia de la pobreza es menor al resto de las regiones, hay mayor acceso a agua de red pública y el producto per cápita es mayor. A su vez, si se compara este agrupamiento con relación a ciertos resultados de salud, se evidencia que los grupos I y II forman parte de la región con mayor prevalencia de hipertensión en comparación con las regiones Sierra y Selva (22,5 por ciento, 18,0 por ciento y 16,0 por ciento, respectivamente). Algo similar ocurre en relación con la proporción de personas diagnosticadas con diabetes, donde en la región Costa (que representa gran parte de los grupos I y II) alcanza al 6,5 por ciento de los mayores de 15 años, superior a los valores evidenciados en la región Selva (4,4 por ciento) y Sierra (2,6 por ciento). También se constatan entre los grupos diferencias en la calidad de atención de las mujeres. En este sentido, los grupos pertenecientes a la región Costa tienen una mayor proporción de partos institucionales y partos atendidos por personal de salud calificado que los departamentos de la región Selva (Loreto, Amazonas, San Martín, Ucayali y Madre de Dios) reunidos dentro del grupo III.

► Mapa 1. Agrupamiento de regiones según indicadores seleccionados



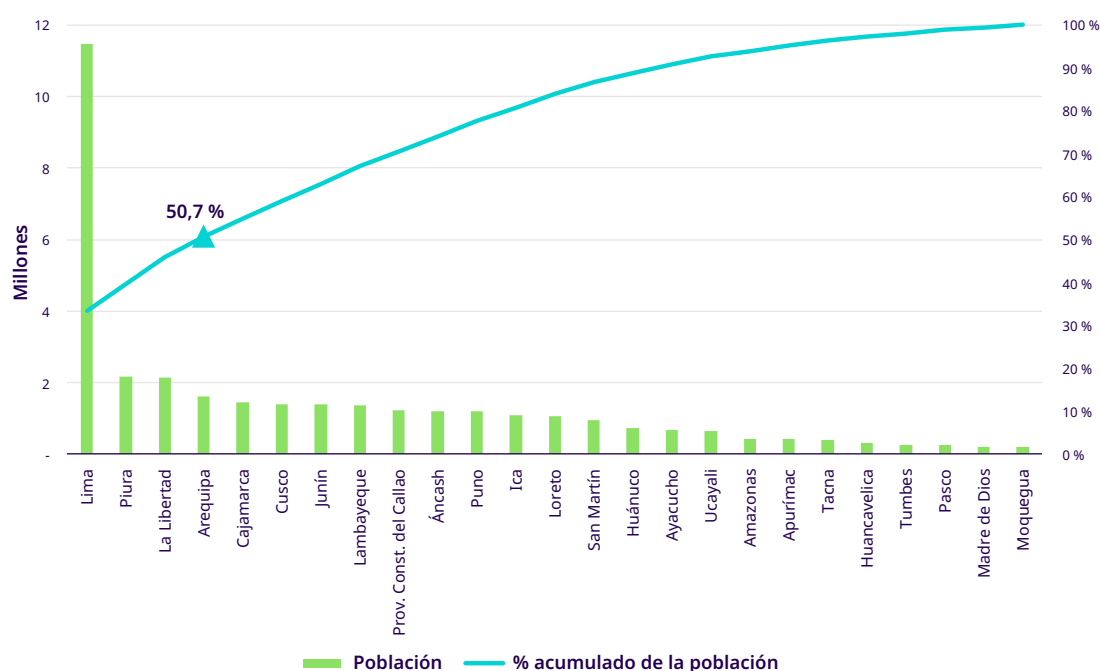
Fuente: Elaboración propia.

En línea con la agrupación anterior, el Ministerio de Salud elaboró en 2021 un índice de vulnerabilidad territorial¹¹ que permitió clasificar los departamentos en cuatro niveles de vulnerabilidad en salud, donde el nivel I es el menos vulnerable y el IV el de mayor vulnerabilidad (Ministerio de Salud 2023a). Al observar la distribución territorial, se evidencian patrones que reflejan con claridad las desigualdades estructurales entre regiones: la Costa, especialmente los departamentos del grupo I como Lima, Callao, Arequipa, Ica, Moquegua y Tacna, concentra los territorios con menor índice de vulnerabilidad (nivel 1), caracterizados por mejores condiciones socioeconómicas y mayor acceso a servicios de salud. En contraste, la Selva, que incluye departamentos como Loreto, Ucayali y Madre de Dios, presenta altos niveles de vulnerabilidad (nivel 4), coincidiendo con el grupo III y reflejando importantes brechas en infraestructura sanitaria, atención médica y determinantes sociales. Por su parte, en la Sierra Central, también se concentran varios departamentos con alta o muy alta vulnerabilidad, como Huancavelica, Huánuco y Pasco, lo cual también se corresponde con el grupo III.

Como era de esperar, las regiones más desarrolladas cuentan con mejores indicadores sociales y de acceso a los servicios, que redundan en mejores resultados sanitarios. Ello da cuenta de la gran disparidad regional que caracteriza al país y la importancia de contemplar los determinantes sociales en el análisis de la situación de salud de la población. Esto llama la atención sobre la necesidad de implementar políticas a nivel nacional que permitan homogeneizar y asegurar los resultados sociosanitarios en todo el territorio. En particular, la priorización de recursos y acciones hacia las regiones con mayor vulnerabilidad como Selva y Sierra Central. El análisis de estas desigualdades se profundizará más adelante en los capítulos 4 y 5, donde se analizan las brechas con relación a la infraestructura en salud y el gasto.

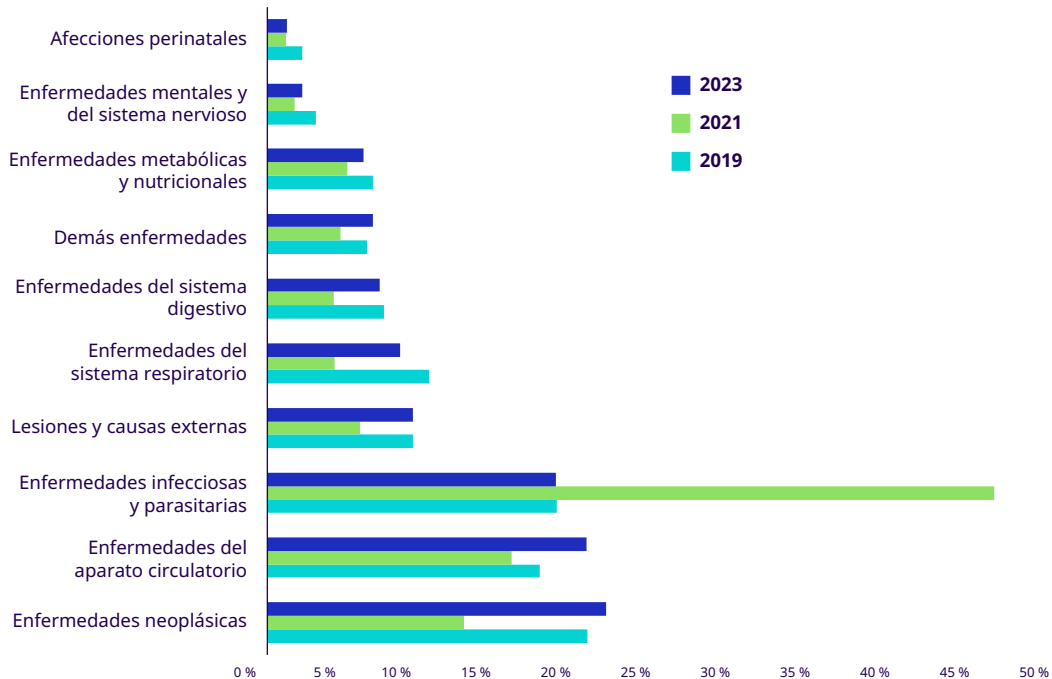
Anexo: Transición demográfica y epidemiológica, y determinantes sociales de la salud

► Gráfico A.1. Población total y acumulada por región, 2025



Fuente: INEI.

11 El índice de vulnerabilidad territorial es un índice sintético basado en 19 indicadores, donde 6 corresponden a determinantes de la salud, 7 a morbimortalidad y 6 a respuesta social. Cada departamento fue clasificado en cuartiles con puntajes del 1 (mejor situación) a 4 (peor situación). Según el puntaje total se establecieron cuatro niveles: no vulnerable (Q1 < 41 puntos), poco vulnerable (Q2, 41-45 puntos), vulnerable (Q3, 46-51 puntos), muy vulnerable (Q4 ≥ 52 puntos) (Ministerio de Salud 2023a).

► **Gráfico A.2. Mortalidad específica según grandes grupos de causas. En % del total. Años 2019, 2021 y 2023. Ordenado según 2023**

Nota: Dentro de las enfermedades infecciosas y parasitarias se encuentran clasificadas las muertes por COVID-19.

Fuente: Elaboración propia en base a REUNIS.

► **Cuadro A.1. Número de defunciones estimadas. Comparativo 20 primeras causas de mortalidad en 2010, 2021 y 2023**

Causas	2010		2021		2023	
	#	Orden	#	Orden	#	Orden
Infecciones respiratorias agudas bajas	18 001	1	13 051	3	25 083	1
Enfermedades isquémicas del corazón	6 707	3	22 798	2	20 874	2
Enfermedad pulmonar intersticial	2 911	14	6 796	6	10 261	3
Enfermedades cerebrovasculares	7 554	2	9 437	5	9 606	4
Diabetes <i>mellitus</i>	5 150	8	9 861	4	9 319	5
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	5 705	6	5 527	7	8 302	6
Septicemia, excepto neonatal	6 614	4	4 936	8	5 763	7
Neoplasia maligna de estómago	4 720	9	4 646	9	5 876	8
Insuficiencia renal, incluye la aguda, crónica y la no especificada	4 719	10	4 299	11	5 450	9
Insuficiencia cardíaca	2 423	18	2 950	17	4 276	10
Neoplasia maligna de hígado y vías biliares	3 036	12	3 142	15	4 331	11
Insuficiencia respiratoria	2 866	15	1 833	20	4 215	12
Neoplasia maligna de la próstata	2 131	20	2 823	18	3 422	13
Otras causas externas	(*)		3 997	12	4 805	14
Enfermedades hipertensivas	6 356	5	4 361	10	3 406	15
Neoplasia maligna de la tráquea, los bronquios y el pulmón	2 762	16	2 543	19	3 671	16
Accidentes que obstruyen la respiración	2 559	17	3 111	16	3 621	17

Causas	2010		2021		2023	
	#	Orden	#	Orden	#	Orden
Tuberculosis	2 958	13	(*)		3 096	18
Accidentes de transporte terrestre	4 352	11	3 633	13	3 583	19
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	(*)		3 211	14	3 142	20
Lesiones de intención no determinada	5 179	7	(*)		(*)	
Deficiencias y anemias nutricionales	2 303	19	(*)		(*)	
COVID-19	-		104 348	1	826	(*)
N° total de defunciones	156 310		278 711		211 732	

(*) Fuera de las 20 causas principales para dicho año.
Fuente: REUNIS.

► Cuadro A.2. Incidencia de la pobreza y valor agregado per cápita por región, 2023

Región	Pobreza (en %)	Valor agregado p/c
Amazonas	25,8	S/ 15 071,58
Áncash	25,0	S/ 29 623,38
Apurímac	25,8	S/ 37 493,75
Arequipa	13,9	S/ 34 214,82
Ayacucho	39,4	S/ 16 767,24
Cajamarca	44,5	S/ 15 693,97
Prov. Const. del Callao	34,2	S/ 40 322,07
Cusco	21,7	S/ 29 150,77
Huancavelica	39,5	S/ 20 210,38
Huánuco	39,2	S/ 16 935,62
Ica	6,9	S/ 41 334,25
Junín	24,3	S/ 19 741,08
La Libertad	31,6	S/ 20 755,11
Lambayeque	17,9	S/ 16 890,54
Lima	27,1	S/ 34 116,19
Loreto	43,5	S/ 14 465,83
Madre de Dios	16,6	S/ 17 809,68
Moquegua	13,1	S/ 95 745,92
Pasco	41,7	S/ 34 786,64
Piura	33,1	S/ 21 881,91
Puno	41,6	S/ 15 621,21
San Martín	22,6	S/ 12 781,98
Tacna	26,7	S/ 35 310,97
Tumbes	29,0	S/ 19 226,96
Ucayali	26,9	S/ 14 222,79
Total	29,0	S/ 27 387,00

Fuente: Elaboración propia sobre la base del INEI.

► 3. Organización del sistema

El derecho a la protección de la salud en el Perú se encuentra garantizado por mandato constitucional. A su vez, la protección social en salud se encuentra estructurada por el Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) (Ley N° 29344 de 2009), que fue pensado como respuesta a la fragmentación y segmentación del sistema. Con la aprobación del Aseguramiento Universal, el país buscó garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, entendida como el acceso efectivo a prestaciones de salud de calidad, oportunas y de manera continua¹². En este capítulo se ofrecerá una introducción general a la normativa y a las instituciones que se establecieron para el cumplimiento de esos derechos y, de manera especial, se presentarán las características de las principales modalidades de aseguramiento.

3.1. Introducción a la estructura del sistema de salud del Perú

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) establece como una de las características del sistema la afiliación obligatoria a algún régimen de aseguramiento en salud para toda la población residente en el país¹³. Asimismo, define el aseguramiento universal como un proceso orientado a lograr que toda la población disponga de un seguro de salud que le permita acceder, de manera progresiva, a prestaciones de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad y calidad. Para ello, la Ley implementa el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que constituye una lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones explícitas que, como mínimo, deben ser financiadas para todos los asegurados por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS). La prestación de los servicios de salud se realiza a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS).

Las IAFAS, según lo establecido en el artículo 6 del Decreto Legislativo N° 1158, «son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad». Su financiamiento proviene de tres fuentes: el pago obligatorio de aportes y contribuciones de los trabajadores y empleadores que se enmarca dentro del régimen contributivo; el financiamiento público que da lugar al régimen subsidiado, orientado a población vulnerable y de menores recursos económicos, y el financiamiento público parcial y aportes de los asegurados y empleadores que se encuadran dentro del régimen semicontributivo.

Dentro de estas instituciones se encuentran: el Seguro Integral de Salud (SIS), que es la IAFAS encargada de administrar los fondos del régimen subsidiado y del régimen semicontributivo, y el Seguro Social de Salud (EsSalud), las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas (FOSPEME, FOSMAR y FOSFAP) y el Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional (SALUDPOL), que, de manera independiente, son las IAFAS encargadas de administrar los fondos del régimen contributivo. El resto del universo de IAFAS se completa con el Fondo Intangible Solidario de Salud, que es el fondo encargado del financiamiento de las prestaciones de alto costo del régimen subsidiado y semicontributivo; las EPS; las compañías de seguros; las entidades de salud que ofrecen servicios de salud prepagados, entre otros¹⁴.

¹² Un mayor detalle de esta reforma se encuentra en Cetrángolo *et al.* (2013).

¹³ En mayo de 2024, mediante la Ley N° 32016 se aprobó la modificación del artículo 3 de la Ley del AUS para incorporar al SIS a las personas peruanas residentes en el exterior cuando se encuentren en territorio nacional y no cuenten con ninguna cobertura de salud o seguro vigente.

¹⁴ Asociaciones de Fondos Regionales o Provinciales Contra Accidentes de Tránsito, autoseguros y fondos de salud que gestionen fondos para la cobertura de salud de modo exclusivo o en adición a otro tipo de coberturas y otras modalidades de aseguramiento público, privado o mixto distintas a las anteriores.

► Recuadro 4. Características y modalidad de actualización del PEAS

El PEAS, aprobado por la Ley del AUS, que reemplazó al Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias, contiene el listado de condiciones asegurables e intervenciones de salud que como mínimo deberán ser financiadas por las IAFAS. El Texto Ordenado de la mencionada Ley dispuso su revisión y evaluación periódica a fin de incluir de manera progresiva más condiciones de salud sujetas a disponibilidad financiera y a la oferta de servicios. Para ello, el periodo establecido fue de dos años y su conducción corresponde al Ministerio de Salud.

Sin embargo, dicho proceso de revisión y actualización no se llevó a cabo sino hasta 2021, (mediante el Decreto Supremo N° 023-021-SA). El proceso contó con la participación de los ministerios de Salud, Trabajo, Economía y Finanzas y Desarrollo e Inclusión Social, así como EsSalud, SIS, la IAFAS de las Fuerzas Armadas y la IAFAS de la Policía Nacional. En este contexto, resulta relevante la participación del SIS debido a que una parte importante del financiamiento requerido para la incorporación de nuevas prestaciones recae sobre esta institución. No obstante, dado que el PEAS constituye el plan de beneficios mínimo aplicable a todas las IAFAS, las modificaciones introducidas tienen implicancias para el conjunto del sistema de aseguramiento en salud.

La actualización se realizó sobre la base de estudios de carga de enfermedad¹⁵ y en base a prioridades de salud pública, y luego se aplicaron criterios de exclusión e inclusión de nuevas condiciones asegurables. Como resultado, el PEAS actualizado en 2021 contempla 162 condiciones asegurables, 9 de la persona sana y 153 de la persona con enfermedad, que abarcan: condiciones obstétricas y ginecológicas, condiciones pediátricas, condiciones transmisibles, condiciones metabólicas y zoonóticas, condiciones no transmisibles no agudas, condiciones no transmisibles agudas, condiciones neoplásicas y condiciones mentales. La actualización mantuvo fuera del ámbito de financiamiento ordinario del PEAS aquellas prestaciones que cuentan con mecanismos específicos de cobertura financiera, entre ellas las intervenciones asociadas a enfermedades de alto costo financiadas mediante fondos especializados, como el FISSAL, y las atenciones derivadas de accidentes de tránsito cubiertas por el SOAT o mecanismos equivalentes.

Por último, debe notarse que aún se encuentra pendiente el cumplimiento de la Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud por parte del MINSA, a los fines de dotar de un marco de financiamiento predecible y técnicamente sustentable a las prestaciones incorporadas en el PEAS.

Fuente: Elaboración propia.

Según información de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), las IAFAS registradas son las detalladas en el cuadro 1. Allí se observa un total de 101 IAFAS, pero al netear las Asociaciones de Fondos Regionales o Provinciales Contra Accidentes de Tránsito y autoseguros quedan 46. Sin embargo, como se ha mencionado, el SIS y EsSalud resultan las entidades de mayor relevancia en el sistema, tanto por su cobertura poblacional como en función de las instituciones prestadoras que manejan.

¹⁵ En la exposición de motivos del Decreto Supremo que aprueba la actualización del PEAS se hace mención a que el Ministerio de Salud informa que las condiciones asegurables incluidas representan el 81,3 por ciento de la carga de enfermedad del país. <https://spij.minjus.gob.pe/Graficos/Peru/2021/Julio/25/EXP-DS-023-2021-SA.pdf>

► Cuadro 1. Cantidad de IAFAS según tipo, 2018-2024

Tipos de IAFAS	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Seguro Integral de Salud (SIS)	1	1	1	1	1	1	1
Seguro Social de Salud (EsSalud)	1	1	1	1	1	1	1
Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL)	1	3	3	3	3	3	3
Sanidades de las Fuerzas Armadas	3	3	3	3	3	3	3
Sanidad de la Policía Nacional del Perú	1	1	1	1	1	1	1
Entidades Prestadoras de Salud (EPS)	5	5	5	5	5	6	6
Compañías de seguros privados de salud	10	10	10	10	10	10	12
Entidades de salud que ofrecen servicios de salud prepagados	21	19	20	21	22	22	21
Autoseguros y fondos de salud	13	13	14	14	14	14	14
Asociaciones de Fondos Regionales o Provinciales Contra Accidentes de Tránsito	47	41	40	40	41	39	39
Total	103	95	98	99	101	100	101

Fuente: SUSALUD, Registro IAFAS.

La afiliación a cada IAFAS depende de la capacidad económica de los individuos o familias y de su situación laboral. De esta forma, los criterios de elegibilidad varían en cada uno de los regímenes existentes e incluso en su interior. Los trabajadores activos en relación de dependencia, socios de cooperativas, pensionistas de cualquier régimen público y personas trabajadoras de la Administración pública se encuentran obligados a afiliarse a EsSalud¹⁶. Existe una opción de afiliación voluntaria en esta IAFAS para personas cuya capacidad de pago les permita afrontar el valor de las cuotas, afiliación que se denomina «potestativa». Los miembros de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú (PNP) se encuentran afiliados de manera obligatoria a las IAFAS de las Fuerzas Armadas y a la IAFAS-SALUDPOL, respectivamente.

Por su parte, la afiliación al SIS puede ser voluntaria o automática. Las personas que cuentan con la clasificación socioeconómica vigente de pobre o pobre extremo otorgada por el Sistema de Focalización de Hogares administrado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social son afiliadas automáticamente al SIS del régimen subsidiado. A su vez, luego del Decreto de Urgencia N° 017-2019, que establece, entre otras cosas, la ampliación de la cobertura en salud, se autorizó, con cargo al régimen subsidiado, a afiliarse, con independencia de la clasificación socioeconómica, a toda persona residente en el territorio nacional que no cuente con ningún seguro de salud. Además, dentro de los afiliados al SIS, pero con cargo al régimen semicontributivo, se encuentran las personas inscriptas en el Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS) y las personas vinculadas a una microempresa, bajo los alcances de la Ley para la micro y pequeña empresa. A su vez, el régimen semicontributivo cuenta con un plan de afiliación voluntario denominado «SIS Independiente», cuyo requisito de afiliación es no estar incluido de manera obligatoria o voluntaria en algún otro régimen (por ejemplo, adhesión voluntaria a EsSalud).

Si se analiza la afiliación a algún seguro con base en registros administrativos, según datos de SUSALUD, para el cuarto trimestre de 2024, las personas que tenían al menos un seguro de salud ascendían al 99,7 por ciento de la población. Dentro de la cobertura, el 63,0 por ciento se encontraba afiliado al SIS, el 26,5 por ciento a EsSalud, el 2,5 por ciento a una EPS, el 1,8 por ciento a la PNP y las Fuerzas Armadas y el 6,2 por ciento a otro seguro¹⁷.

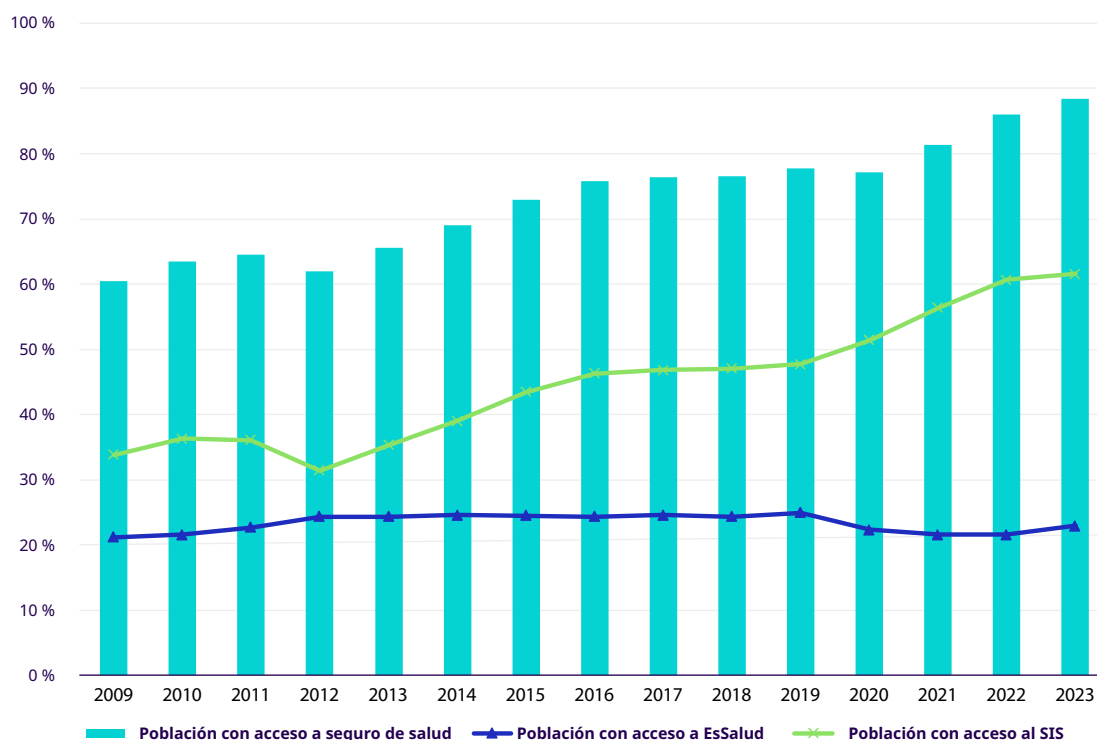
Sin embargo, cuando se toma como fuente de información los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), el porcentaje de cobertura es menor. Al cuarto trimestre de 2024, las personas que contaban con aseguramiento de salud fueron el 88,6 por ciento de la población. La desagregación por

¹⁶ Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud N° 26790 y Ley de Creación del Seguro Social de Salud N° 27056.

¹⁷ Otros seguros: prepagas, autoseguros, empresas de seguros.

tipo de seguro da cuenta de que, como resultado de los cambios normativos que derivaron en un fuerte crecimiento en su participación, el 64,5 por ciento se encontraba afiliada únicamente al SIS y el 22,6 por ciento únicamente a EsSalud, mientras un 4,4 por ciento a otros seguros o eran personas que poseían más de un seguro (INEI 2024d) (gráfico 6).

► **Gráfico 6. Evolución de la cobertura del seguro de salud**



Fuente: Elaboración propia en base al INEI.

En lo que respecta a la prestación de servicios de salud, las instituciones encargadas de atender a la población son las IPRESS, que deben encontrarse debidamente registradas en la Superintendencia de Servicios de Salud. Las IAFAS brindan principalmente servicios en instalaciones propias (IPRESS propias), aunque existe la posibilidad de contratar a instituciones por fuera de su propia red, que pueden ser públicas, privadas o mixtas. En el caso del SIS, la atención se brinda principalmente en redes propias conformadas por proveedores públicos del Gobierno nacional (adscriptos al MINSA) y de los Gobiernos regionales. Lo mismo sucede para EsSalud, pues las prestaciones a sus afiliados son otorgadas por prestadores propios del seguro. A su vez, las personas que contribuyen a la seguridad social y, por ende, al régimen contributivo pueden, con acuerdo de su empleador, afiliarse de manera complementaria a una EPS (Banco Mundial 2016).

En resumen, el sistema de salud del Perú se encuentra organizado alrededor de las IAFAS, que administran de manera independiente los fondos de los distintos regímenes que financian al sistema (subsidiado, semicontributivo y contributivo), y son las responsables de asegurar a la población de acuerdo con criterios que serán mencionados más adelante. A su vez, la prestación del servicio se hace a través de las IPRESS, que pueden ser propias de las IAFAS o contratadas. Esta organización da lugar a un sistema donde no existe separación entre financiamiento, administración y gestión y provisión de los servicios de salud (recuadro 5).

► Recuadro 5. Acerca de la separación de funciones de financiamiento y provisión en salud

La incorporación de esquemas de aseguramiento es un elemento que facilita la separación de funciones de financiamiento y prestación en los sistemas de salud y puede, además, crear incentivos para la contención de costos, mediante la articulación con los proveedores de servicios, ya sean públicos o privados. En el contexto del sector de la salud, los seguros no deben limitar su función a brindar cobertura financiera ante la concreción de los eventos que aseguran. Esto es, no deben comportarse como cajas pagadoras, sino que deben actuar como administradores de riesgos de salud y ejercer una función activa en la compra de servicios para sus afiliados. En la medida que los seguros actúen como compradores eficientes en representación de sus afiliados, se reducen los problemas de asimetrías de información entre proveedores y consumidores, lo que disminuye el problema de la demanda inducida. Además, se facilita la incorporación de mecanismos de pago que estimulen la racionalización del uso de los recursos, en tanto, al ser compradores institucionales, pueden avanzar hacia los mecanismos de capitación que se mencionan más adelante.

Existe un creciente consenso sobre las bondades de separar las funciones de financiamiento y prestación de servicios (Londoño y Frenk 1997), lo que se refleja en que varios países, dentro y fuera de la región, se han movido en esa dirección, tanto en lo que respecta a la atención primaria como en el nivel secundario y terciario. Independientemente de los mecanismos institucionales que se utilicen para la separación de funciones (instituciones independientes como en el caso de Colombia o pertenecientes a un mismo organismo como en el de Costa Rica), esta permite introducir incentivos que, en el marco de una adecuada regulación, fomentan la racionalización y la eficacia de los recursos asignados al sector de la salud. Varios países de la región han progresado en la separación de estas funciones. Los países de Centroamérica lo han hecho en el campo de la atención primaria, mediante la incorporación de contratos de capitación y metas de cumplimiento con las organizaciones no gubernamentales. Nicaragua es quizás un ejemplo extremo en lo que respecta al nivel secundario, gracias al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Este Instituto cubre al 6 por ciento de la población y, a partir de 1994, procedió a la contratación externa de todas las prestaciones que brinda a sus afiliados con las Empresas Médicas Previsionales, públicas o privadas. En Brasil, el 70 por ciento de los servicios hospitalarios provistos por el Sistema Único de Salud son comprados a proveedores privados.

La reforma colombiana de 1993 es otro ejemplo en la región que impulsó la separación entre las aseguradoras y las proveedoras de servicios de salud, junto con el paso de subsidios a la oferta a subsidios a la demanda. Las empresas aseguradoras del régimen contributivo o del subsidiado (EPS) compran la prestación de los servicios a Instituciones Prestadoras de Servicios. Estas instituciones pueden ser públicas o privadas, de modo que los hospitales públicos debieron transformarse en Empresas Sociales del Estado, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

En el caso del Perú, la Ley N° 29414 exige la separación de funciones de salud. Esta ley, junto con su reglamento, el Decreto Supremo N° 027-2015-SA, establece la separación de las funciones de «financiamiento» y «provisión de servicios». El objetivo apunta a mejorar la eficiencia, la transparencia y la calidad de la atención al promover la competencia entre las IPRESS para que ofrezcan mejores servicios y atraigan a más asegurados, y fomentar que las instituciones financiadoras se concentren en negociar las mejores condiciones y garantizar el acceso y la calidad de la atención para sus afiliados.

A su vez, el Perú cuenta con normativa específica (Decreto Supremo N° 010-2016-SA) que advierte sobre la necesidad de separar (al menos contablemente) la función de administración respecto de la función prestacional. En el caso del SIS, existe cierto grado de separación dado que su principal red prestacional se encuentra a cargo de los Gobiernos regionales, sobre la cual transfiere pagos capitados para las atenciones de primer nivel y una combinación de pagos por prestación, pagos complementarios o por conjunto de servicios en el caso del segundo y tercer nivel. De esta forma, son los Gobiernos regionales los que cubren infraestructura, equipamiento

y recursos humanos (OCDE 2025). Esto abre otra discusión que resulta en que los procesos presupuestarios y las transferencias desde el SIS a los Gobiernos sean planificados de la mejor manera posible para evitar las pérdidas de eficiencia que la separación de funciones supone.

En el caso de IAFAS como EsSalud, la institución ha avanzado lentamente en el cumplimiento de dicha norma, aprobando disposiciones internas para iniciar la separación funcional. Sin embargo, la hoja de ruta volcada en el Libro Blanco de EsSalud (2019) todavía no ha logrado avances significativos, por lo que es necesario continuar y mejorar lo allí propuesto (OIT 2024a).

Fuente: Elaboración propia y sobre la base de CEPAL (2006).

3.2. Rectoría

La política pública de salud en el Perú se organiza y ejerce de manera descentralizada, pero el Ministerio de Salud es la Autoridad Nacional de Salud y como tal es el organismo rector del Sistema Nacional de Salud. Este sistema se encuentra conformado por el MINSA y sus organismos adscriptos; EsSalud; la Sanidad de la Policía Nacional del Perú; las sanidades de las Fuerzas Armadas, y la dirección de salud del Instituto Nacional Penitenciario. A nivel regional está conformado por los Gobiernos regionales, a través de las Direcciones Regionales de Salud y las municipalidades a nivel local. Otros organismos que conforman el Sistema Nacional de Salud son las IPRESS, las IAFAS y demás instituciones vinculadas a las políticas de salud (Decreto Legislativo N° 1161-2013).

Para la coordinación con los demás niveles de gobierno, existe un órgano consultivo, adscripto al MINSA, denominado Consejo Nacional de Salud. Este organismo es el máximo encargado de proponer las políticas de salud y realizar su seguimiento. El Consejo tiene representación, además del Ministro de Salud, del Presidente Ejecutivo de EsSalud, de la persona que presida la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales, del Director de Sanidad del Ministerio de Defensa y de la PNP, del Decano del Colegio Médico del Perú, representantes de trabajadores de la salud y de organizaciones de la comunidad, entre otros. Por su parte, las instancias de coordinación interinstitucionales a nivel regional y local son los Consejos Regionales de Salud, los Consejos Provinciales de Salud y los Comités Distritales de Salud.

En el marco de la descentralización de la salud, los Gobiernos regionales son responsables de realizar actividades de prevención y promoción de la salud, de organizar los niveles de atención y administración de las entidades de salud estatales que brinden servicios en la región y de implementar y mantener los servicios de salud para la protección, recuperación y rehabilitación de la salud, todo de manera conjunta con los Gobiernos locales.

De esta manera, el Consejo Nacional de Salud fue concebido como la instancia de enlace entre los sectores a través de mecanismos de coordinación y concertación de acciones de los tres niveles de gobierno conformadas por los diferentes Consejos antes mencionados. Sin embargo, durante la pandemia se hizo evidente la poca o nula articulación que existe entre los niveles. En línea con esto, un informe elaborado por el Ministerio de Salud donde se evalúa el accionar durante la pandemia destaca: un Consejo Nacional de Salud sin funcionamiento; Consejos Regionales de Salud inexistentes o sin funcionamiento; débil capacidad de ejecución de las orientaciones dispuestas y definidas a nivel nacional, entre otras (Ministerio de Salud 2021c).

En lo que respecta al proceso de Aseguramiento Universal, el MINSA, como órgano rector del sector salud, es el responsable de establecer de manera descentralizada y participativa las normas y las políticas relacionadas con su promoción, implementación y fortalecimiento (Ley del AUS N° 29344, artículo 6).

La instancia supervisora del AUS se encuentra a cargo de SUSALUD, organismo público técnico especializado, adscrito al MINSA, con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera, y encargada de registrar, autorizar, supervisar y regular a las IAFAS, así como supervisar a las IPRESS en el ámbito de su competencia. Además, registra, autoriza, regula y supervisa el funcionamiento de las entidades prepagadas de salud y a todas aquellas entidades públicas, privadas o mixtas que ofrezcan servicios de salud (en la modalidad de pago regular y anticipado) (Ley del AUS N° 29344, artículo 9).

Con el propósito de fortalecer la débil rectoría del Ministerio de Salud, en 2018 se promulgó la norma que fortalece su función rectora, la Ley N° 30895. Allí se establecen seis funciones del MINSA, de las cuales tres son exclusivas: conducción sectorial, regulación y fiscalización y armonización de la provisión de los servicios de salud; y tres son compartidas: garantía del aseguramiento en salud, modulación del financiamiento y medición de la ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública.

En este sentido, el adecuado cumplimiento en la función de armonización resulta importante al involucrar la capacidad del MINSA para promover la complementariedad de los diversos prestadores de servicios de salud públicos, privados y públicos-privados, en función de la necesidad de los usuarios, para lograr la cobertura de atenciones de salud de manera oportuna, equitativa y eficiente (Ley N° 30895, artículo 10). A su vez, como garante del aseguramiento universal, debe resguardar el acceso a un conjunto garantizado de servicios de salud para todos los residentes¹⁸ del territorio nacional, a través de una IAFAS pública, privada o público-privada, sobre la base mínima del PEAS (Ley N° 30895, artículo 11). Luego de la sanción de la ley, se demoró dos años la promulgación de su decreto reglamentario (Decreto Supremo N° 030-2020-SA).

En lo que respecta a EsSalud, y dentro del marco de la Ley de Aseguramiento Universal, la entidad constituye una IAFAS y, como tal, su órgano rector es el Ministerio de Salud. A su vez, el artículo primero de su ley de creación establece que es un organismo público descentralizado, adscrito al sector Trabajo y Promoción Social, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable. Sin embargo, EsSalud se encuentra incorporado bajo el ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado¹⁹ y, por ende, queda sujeto a las normas de gestión, directivas y procedimientos emitidos por dicha entidad. Esto implica que EsSalud cuente solo con autonomía técnica, administrativa y contable. De esta forma, este organismo está vinculado con varias instituciones del sector público de diferentes maneras: depende orgánicamente del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE), dado que es un organismo adscrito a esta institución; se articula con el MINSA, debido a que esta es la institución encargada de elaborar los lineamientos generales del sector salud, y está vinculado con el Ministerio de Economía y Finanzas porque este autoriza el presupuesto de EsSalud a través del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado.

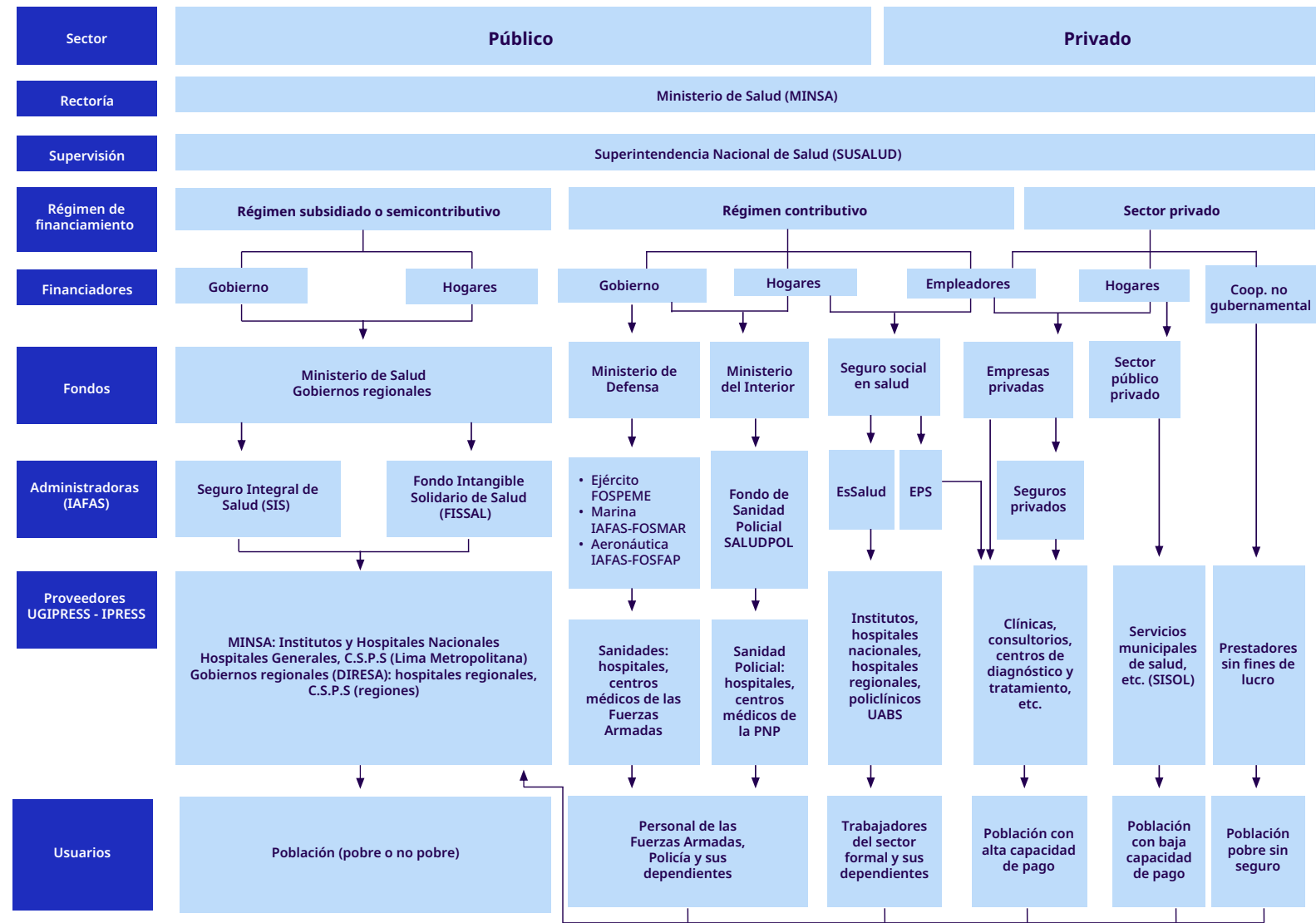
Debe destacarse que las demás IAFAS también responden a un ministerio diferente: el SIS es un organismo adscrito al MINSA, la Sanidad de las Fuerzas Armadas al Ministerio de Defensa y el Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (SALUDPOL) con la Sanidad de la PNP al Ministerio del Interior.

La figura que sigue intenta resumir la compleja organización del sistema de salud en el Perú, segmentado en diferentes regímenes con escasa o nula articulación y sin separación de funciones entre financiamiento, administración y gestión y provisión de los servicios. Esto determina una importante fragmentación de derechos en la población, que genera problemas de eficiencia, calidad y acceso.

¹⁸ Las personas peruanas residentes en el extranjero que se encuentren en el Perú tendrán afiliación con cargo al SIS de acuerdo con la Ley N° 32016 de 2024, siempre que no cuenten con alguna cobertura de salud o seguro vigente.

¹⁹ Este Fondo es una Empresa de Derecho Público adscrita al sector Economía y Finanzas, encargada de normar y dirigir la actividad empresarial del Estado.

►Figura 1. Organización del sistema de salud del Perú



Fuente: Modificado de Ministerio de Salud (2023a) y Alcalde-Rabanal *et al.* (2011).

3.3. Seguro Social de Salud – EsSalud

Para comprender la importancia de EsSalud dentro del sistema de salud peruano, resulta necesario repasar sus antecedentes. El inicio de la seguridad social en el Perú puede situarse en la aprobación de la Ley N° 8433 del Seguro Social Obligatorio en 1936, denominado «seguro obrero» por su finalidad de cubrir los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte de las personas de clase obrera y sus derechohabientes (EsSalud 2021). Posteriormente se instauró el Seguro Social Obligatorio del Empleado (Decreto Ley N° 10902) para empleados públicos y particulares con una protección de riesgos similar al Seguro Social Obligatorio. Hacia 1970, y con el fin de eliminar las brechas existentes entre ambos seguros, se produjo su unificación y, posteriormente, en 1973 se creó el Seguro Social del Perú (Decreto Ley N° 20212), dependiente del Ministerio de Trabajo. Su finalidad era administrar el Sistema Nacional de Prestaciones de Salud, el Sistema Nacional de Pensiones y otros sistemas de prestaciones económicas de la seguridad social, así como los fondos y regímenes de derechos sociales de los trabajadores. Sin embargo, las diferencias en cuanto a las prestaciones de salud de ambos regímenes («obrero» y empleado) se mantuvieron hasta finales de la década, cuando se aprobó el Régimen de Prestaciones de Salud del Seguro Social del Perú (EsSalud 2021).

En la década de los años ochenta, el Seguro Social del Perú se convirtió en el Instituto Peruano de Seguridad Social y amplió su financiamiento más allá del Estado, al obtener recursos propios provenientes de los aportes de empleadores y asegurados. Durante los años noventa, fueron incorporándose progresivamente trabajadores del campo, amas de casa y pescadores a algunas de las prestaciones ofrecidas por el Instituto Peruano de Seguridad Social, como salud, pensiones o incapacidad física.

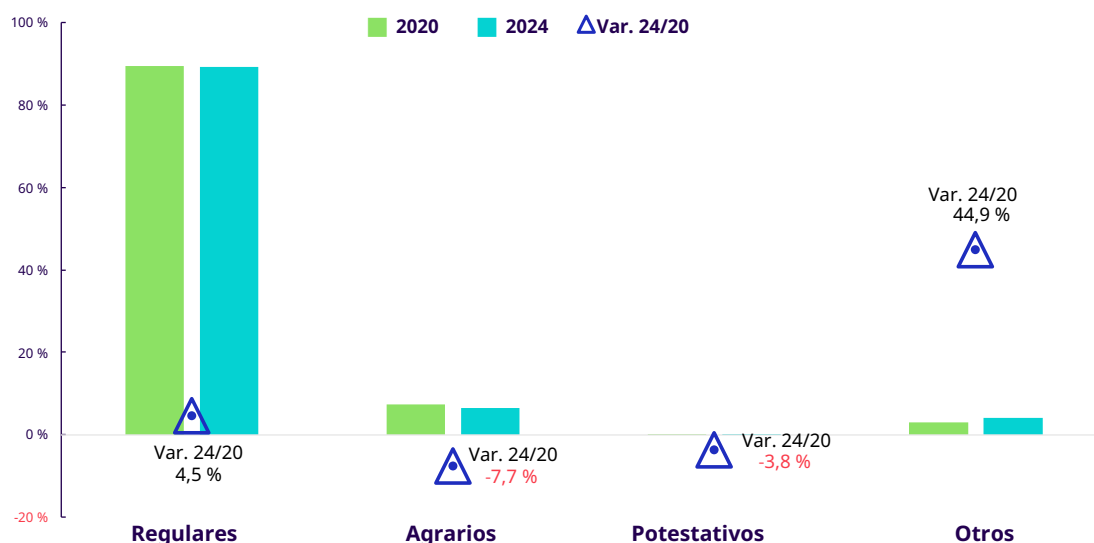
En 1999, mediante la Ley de Creación del Seguro Social de Salud (Ley N° 27056), se constituyó EsSalud, sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social. Es actualmente la institución encargada de brindar a la población empleada y a los pensionistas cobertura de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, junto con prestaciones sociales, económicas que corresponden al régimen contributivo de la seguridad social en salud, así como de otros seguros de riesgos humanos.

Con la aprobación de la Ley del AUS, EsSalud se convirtió en una IAFAS y es la entidad encargada de administrar los fondos del régimen contributivo. En este sentido, EsSalud cuenta con diferentes seguros según la inserción laboral de los trabajadores, con diferentes tasas de aportación, bases imponibles, reglas de acreditación, prestaciones de salud y otros beneficios. Como IAFAS, se encuentra obligada a brindar el PEAS a todos sus afiliados, con independencia del origen de su afiliación. Sin embargo, el acceso a ciertas prestaciones difiere entre los diferentes planes con relación a periodos de carencia o tiempos de espera, preexistencias, trasplantes y tratamientos para insuficiencia renal, entre otros. La cobertura es más amplia para los afiliados al plan regular.

En este sentido, EsSalud actualmente gestiona el seguro regular, el seguro agrario, el seguro potestativo, entre otros tipos de cobertura. De acuerdo con datos de EsSalud para diciembre de 2024²⁰, del total de afiliados, aproximadamente 9 de cada 10 contaban con el seguro regular; mientras que los asegurados del seguro agrario, otras coberturas y seguro potestativo representaban el 5,9 por ciento, 4,4 por ciento y 0,2 por ciento del total de asegurados, respectivamente. Si se compara la cantidad de afiliados con el 2020 por tipo de asegurado se observa que, si bien la estructura se mantuvo relativamente estable y en términos agregados el seguro regular sumó 4,5 por ciento de nuevas afiliaciones, los seguros potestativo y agrario perdieron 3,8 por ciento y 7,7 por ciento de afiliados, respectivamente. La comparación con 2020 permite observar cómo era la estructura en el año siguiente al establecimiento de la gratuidad del SIS (gráfico 7).

²⁰ Corresponde a la población a diciembre de cada año que ha estado acreditada durante los últimos 12 meses, así como a los asegurados con cobertura por desempleo y aquellos en periodo de carencia. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/> <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaWZlYmYNGYtOTE0ZS00NWJmLTg0MDgtNGQ4NmM3NDEzYjMxIiwidCI6IjM0ZjMyNDE5LTJmMDUtNDc1Ni04OTZlLTQ1ZDYzMzcyNjU5YiIsImMiOiR9>

► Gráfico 7. Distribución de los afiliados a EsSalud por tipo de seguro y variación, 2020-2024



Fuente: Elaboración propia en base a Estadística Institucional de EsSalud.

Al seguro regular se encuentran afiliados obligatoriamente todos los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o como socios de cooperativas de trabajadores, incluyendo trabajadores de pequeñas y medianas empresas, pensionistas de cualquier régimen público, pensionistas que reciben pensión de cesantía, jubilación, por incapacidad y de supervivencia (viudez y orfandad), cualquiera fuere el régimen legal al cual se encuentren sujetos, y personas trabajadoras de la Administración pública²¹. El seguro cubre a los derechohabientes (cónyuge o concubina/o, hijos menores de edad e hijos mayores de edad incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, y madre gestante de hijo extramatrimonial). A su vez, este seguro otorga prestaciones económicas como el subsidio por incapacidad temporal, subsidio por maternidad, subsidio por lactancia y subsidio por sepelio.

Al seguro agrario se encuentran afiliados los trabajadores dependientes e independientes que desarrollan actividades de cultivo y/o crianza, avícola, agroindustrial o acuícola (excepto de la industria forestal) de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 885, Ley de Promoción del Sector Agrario, en la Ley N° 27360, Ley que aprueba las Normas de Promoción del Sector Agrario, y sus modificatorias, y la Ley N° 27460, Ley de Promoción y Desarrollo de la Acuicultura, y su modificatoria. Al igual que el seguro regular, los afiliados al seguro agrario también son beneficiarios de prestaciones económicas como el subsidio por incapacidad temporal, subsidio por maternidad, subsidio por lactancia y subsidio por sepelio, pero difieren las condiciones que se deben cumplir para su otorgamiento²².

La posibilidad de afiliarse de manera voluntaria a EsSalud a través del pago de un aporte surgió a partir del Decreto Ley N° 22482, Régimen de Prestaciones de Salud de Seguro Social del Perú. A lo largo del tiempo han aparecido diversas modalidades de aseguramiento para la población independiente y su familia, como el seguro individual, el seguro familiar y el seguro independiente, que luego fueron reemplazados por el Plan Total y Plan Vital. Con la aprobación de la Ley del AUS, se creó un nuevo plan de seguro potestativo llamado EsSalud Independiente y en 2016 se aprobó²³ una nueva denominación del nuevo seguro: «+Salud Seguro Potestativo». A su vez, se estableció que las nuevas afiliaciones de los asegurados potestativos se realizaran únicamente a este nuevo seguro (OIT 2024a). Los asegurados

²¹ Un mayor detalle puede consultarse en el Decreto Supremo N° 013-2019-TR, «Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Reconocimiento y Pago de Prestaciones Económicas de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud».

²² Un mayor detalle puede consultarse en el Decreto Supremo N° 013-2019-TR.

²³ Mediante la Resolución de la Gerencia General de Seguros y Prestaciones Económicas (N° 36-GCSPE-ESSALUD-2016).

potestativos son todas las personas residentes en el país, nacionales o extranjeras, especialmente trabajadores independientes y sus dependientes, universitarios, practicantes que acceden a prestaciones de salud mediante el aporte de una cuota mensual en función del contrato suscrito, edad y cantidad de derechohabientes.

3.4. Seguro Integral de Salud (SIS)

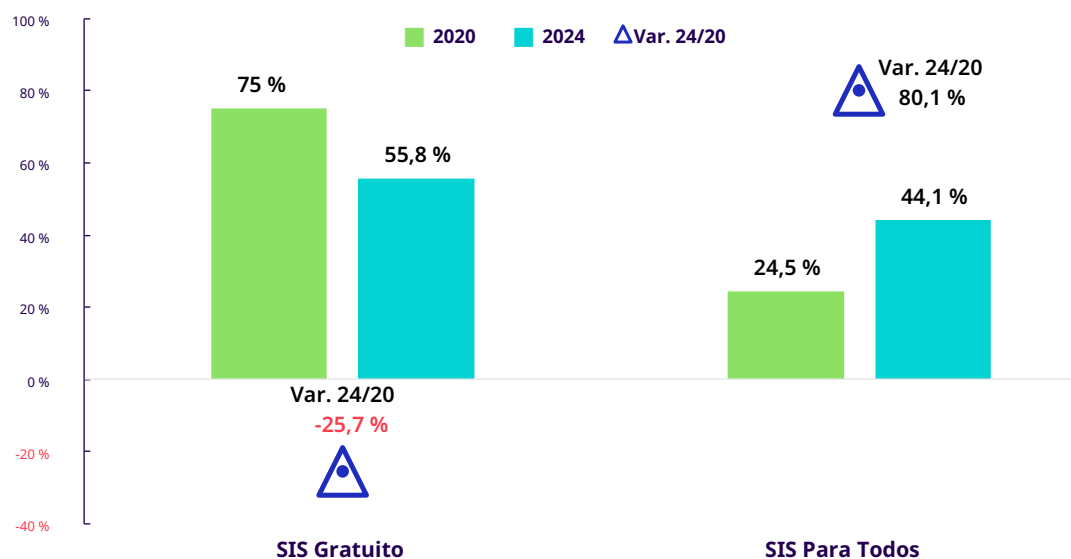
El Seguro Integral de Salud fue creado en 2002 bajo la órbita del MINSA (Ley N° 27657). Surgió de la fusión del Seguro Escolar Gratuito, de 1997, y del Seguro Materno Infantil, de 1998, dos esquemas de seguros focalizados que existían hasta ese momento y que funcionaban bajo la lógica de subsidios a la demanda, organizados bajo un esquema de aseguramiento (SIS 2021). El objetivo de su implementación fue lograr la ampliación de la cobertura a la población de menores recursos y grupos poblacionales no pobres que no contaran con un esquema de protección de salud, manteniendo la cobertura de sus predecesores: niños y niñas hasta los 17 años, mujeres gestantes y personas adultas en situación de emergencia. A su vez, en 2008 se creó un componente de cobertura semisubsidado (o semicontributivo) para aquellas personas con limitada capacidad de pago (Decreto Supremo N° 004-2007-SA). Se estableció asimismo un plan de salud denominado Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias²⁴ y un financiamiento de alto costo.

Con la aprobación de la Ley del AUS y el compromiso de avanzar progresivamente en la cobertura de seguridad social en salud, el SIS se convirtió en la IAFAS encargada de administrar el régimen subsidiado y el régimen semicontributivo.

Hasta 2019, el SIS del régimen subsidiado protegía a la población en condición de pobreza, pobreza extrema o de vulnerabilidad sanitaria que no estuviera afiliada a otro régimen. Para acceder a la cobertura se debe contar con la clasificación socioeconómica (CSE) vigente de pobre o pobre extremo otorgada por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH). Esta población tiene derecho a acceder al seguro denominado «SIS Gratuito» con una cobertura más amplia que el PEAS (incluye prestaciones administrativas y de alto costo, cobertura para enfermedades raras y huérfanas, en base al Listado Priorizado de Enfermedades Raras y Huérfanas). En 2019, con el fin de cerrar la brecha de cobertura en salud, mediante el Decreto de Urgencia N° 017-2019, se autorizó al SIS a afiliarse (con cargo al régimen subsidiado), independientemente de la clasificación socioeconómica, a toda persona residente en el territorio nacional que no contara con ningún seguro de salud. En 2024, se aprobó la Ley N° 32016, que modificó la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, para incorporar al SIS a los peruanos residentes en el exterior cuando se encuentren en territorio nacional y no cuenten con ningún otro tipo de seguro vigente o con cobertura en el país. Este plan, denominado «SIS Para Todos», inicialmente garantizaba a los beneficiarios la cobertura gratuita del PEAS. Sin embargo, a raíz de la emergencia sanitaria por COVID-19, se incorporaron prestaciones complementarias y de alto costo (Decreto de Urgencia N° 046-2021), equiparando su cobertura a la del SIS Gratuito. Para asegurar la correcta afiliación, la identificación de personas no cubiertas se realiza en base al cruce de información con el padrón de beneficiarios de SUSALUD.

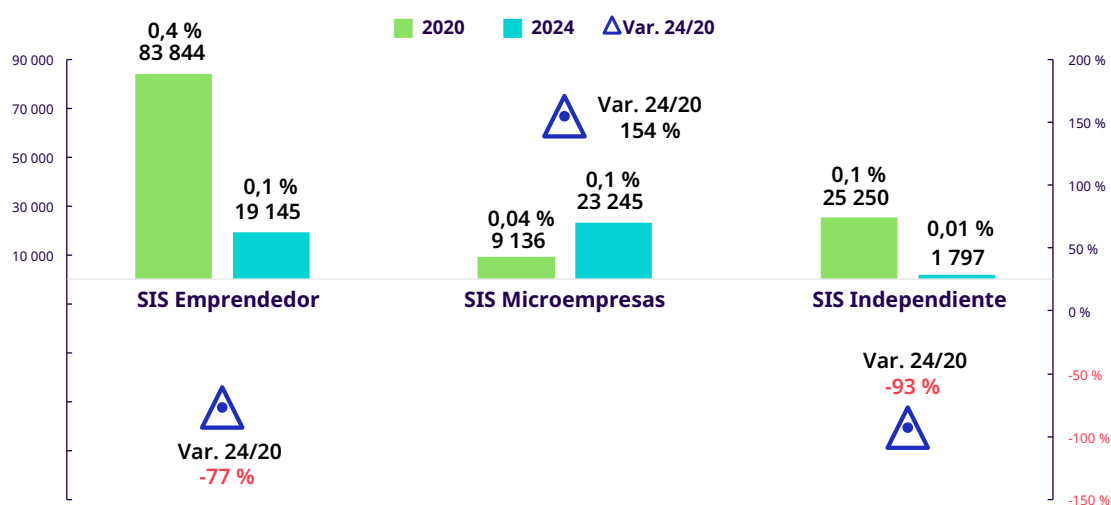
Las personas aseguradas dentro del régimen subsidiado representaron, a diciembre de 2024, el 99,8 por ciento del total de afiliados al SIS. Dentro de estas, el 55,9 por ciento cuenta con acceso al plan SIS Gratuito y el 44,1 por ciento al SIS Para Todos. Cabe destacar aquí que la distribución actual de los asegurados del SIS es producto del decreto mencionado en el párrafo anterior, así como los Decretos de Urgencia N° 046-2021 y N° 078-2021, y las Leyes de Presupuesto Público del 2023 y 2024. En este sentido, hasta 2019, el 100 por ciento de los afiliados al régimen subsidiado se encontraban dentro del SIS Gratuito. Para 2020, la participación de los nuevos afiliados al plan SIS Para Todos fue del 24,6 por ciento del total de afiliados al régimen subsidiado y 24,5 por ciento del total de afiliados al SIS (gráfico 8).

²⁴ Dejado sin efecto con la aprobación de la Ley del AUS que instauró su reemplazo, el PEAS. Una comparación entre ambos listados puede encontrarse en Cetrángolo *et al.* (2013).

► **Gráfico 8. Afiliados al SIS subsidiado por plan como porcentaje sobre el total de afiliados al SIS y variación de la cantidad de afiliados, 2020-2024**

Fuente: Elaboración propia en base a Boletín Estadístico Mensual a diciembre de cada año del Seguro Integral de Salud, MINSA.

Por su parte, el SIS del régimen semicontributivo, que solo representa el 0,2 por ciento del total de afiliados al SIS, administra tres planes de salud en función del origen de la afiliación. Por un lado, las personas inscriptas en el NRUS deben afiliarse, sin cargo adicional, al SIS Emprendedor. Por otro lado, las personas vinculadas a una microempresa, bajo los alcances de la Ley para la micro y pequeña empresa, deben afiliarse al SIS Microempresas. Por último, las personas con cierta capacidad de pago que no posean ningún otro seguro de salud pueden afiliarse de manera voluntaria al SIS Independiente. En relación con la cobertura prestacional, los planes SIS Independiente y SIS Emprendedor otorgan igual cobertura que el SIS Gratuito. Inicialmente, las personas que se incorporaban al SIS Microempresas solo accedían al PEAS; sin embargo, su cobertura fue también ampliada mediante el Decreto de Urgencia N° 046-2021, incorporando prestaciones complementarias y de alto costo en igualdad con los demás planes. La cobertura total al régimen contributivo representó en diciembre de 2024 el 0,2 por ciento del total de afiliados al SIS. Dentro de estos, 0,1 por ciento del total de afiliados al SIS se encontraban en el SIS Emprendedor, 0,1 por ciento en el SIS Microempresas y 0,01 por ciento en el SIS Independiente (gráfico 9).

► **Gráfico 9. Afiliados al SIS semicontributivo por plan, total de afiliados, participación en el total y variación, 2020-2024**

Fuente: Elaboración propia en base a Boletín Estadístico Mensual a diciembre de cada año del Seguro Integral de Salud, MINSA.

De esta forma, considerando las características expuestas para EsSalud y el SIS, resulta importante destacar un nuevo desafío en la articulación de la cobertura entre ambas IAFAS, dentro del nuevo marco normativo vigente. Aunque la Ley del AUS estableció el principio de gradualidad en la expansión de la cobertura, medidas más recientes implementadas tendieron a promover la afiliación automática al SIS. Esto vuelve necesario repensar la existencia de diversas modalidades de afiliación para quienes no están obligados, especialmente ante la falta de incentivos claros a la hora de elegir afiliarse al plan potestativo (con aporte mensual), al SIS Independiente (de menor costo) o quedar automáticamente afiliado al SIS Para Todos.

Anexo: Organización del sistema

► Cuadro A.3. Distribución de la cobertura al SIS y EsSalud por plan y tipo de seguro. Estructura porcentual y variación 2020-2024

	2020	2024	Var. 2024/2020
SIS	100,0 %	100,0 %	10,6 %
SIS Gratuito	75,0 %	55,8 %	-17,8 %
SIS Para Todos	24,5 %	44,1 %	99,2 %
SIS Emprendedor	0,4 %	0,1 %	-77,2 %
SIS Microempresas	0,0 %	0,1 %	154,4 %
SIS Independiente	0,1 %	0,01 %	-92,9 %
EsSalud	100,0 %	100,0 %	4,8 %
Regulares	89,4 %	89,2 %	4,5 %
Agrarios	7,3 %	6,5 %	-7,7 %
Potestativos	0,2 %	0,2 %	-3,8 %
Otros	3,0 %	4,2 %	44,9 %

Fuente: Elaboración propia con datos de Estadística Institucional de EsSalud a diciembre de 2024 y Boletín Estadístico Mensual del SIS.

► 4. Recursos, acceso y uso de los servicios de salud

Este capítulo abordará una de las características que condicionan el logro de una cobertura efectiva y el acceso universal en el sistema de salud del Perú. Se trata de las limitaciones impuestas por la infraestructura y de los recursos humanos, la gran disparidad de la oferta y la información sobre el uso de los servicios. Aquí debe señalarse la relevancia de conocer el real estado de infraestructura de salud (por nivel de atención, ubicación geográfica y estado operativo), identificando establecimientos o IPRESS que están inactivos o subutilizados.

Dado que estas brechas de oferta condicionan directamente la oportunidad y disponibilidad de la atención, también inciden en el cumplimiento efectivo del PEAS por parte de cada IAFAS, cuya garantía depende no solo de la cobertura formal garantizada, sino de la capacidad real de los establecimientos para brindar las prestaciones en tiempo adecuado. Luego de presentar la información disponible sobre los recursos del sistema y su uso, este capítulo concluye con alguna evidencia disponible sobre las barreras a la utilización de esos servicios.

4.1. Recursos del sistema de salud

En el Perú existen 26 351 IPRESS, según los últimos datos de 2025, que se presentan en el cuadro 2, clasificadas por nivel y tipo de institución. De ese total, el 61,9 por ciento corresponde al sector privado y el 38,1 por ciento al sector público, con una mayor presencia en los niveles regionales de gobierno y MINSA (33,7 por ciento). Estos cuentan con una amplia red de centros de atención primaria de salud, que constituye la principal red de los servicios de salud del SIS.

Tanto el MINSA como EsSalud tienen cuatro tipos de proveedores de atención primaria de salud y en total disponían de 8 903 establecimientos de atención primaria de salud en 2025. Aproximadamente el 48 por ciento pertenecen a la categoría I-1 (con profesionales sanitarios no médicos); el 28,2 por ciento a la categoría I-2 (con personal técnico, una enfermera u obstetra y un médico); el 19,9 por ciento a la categoría I-3 (con equipos sanitarios multidisciplinarios) y el 0,4 por ciento a la categoría I-4 (incluye un equipo sanitario multidisciplinario que puede atender partos). En las zonas rurales, la capacidad de la atención primaria de la salud es muy precaria y limitada, y la mayoría de los establecimientos de atención primaria de salud corresponden de la categoría I-1, a la que pertenecen los establecimientos más básicos (OCDE 2025).

► Cuadro 2. Cantidad de IPRESS según nivel e institución, 2025

	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Sin categoría	Total	Porcentaje
MINSA	8 583	147	36	112	8 878	33,69 %
EsSalud	320	65	12	12	409	1,55 %
Fuerzas Armadas	277	5	4	19	305	1,16 %
Privado	11 279	368	6	4 656	16 309	61,89 %
Otro	310	4	1	135	450	1,71 %
Total	20 769	589	59	4 934	26 351	

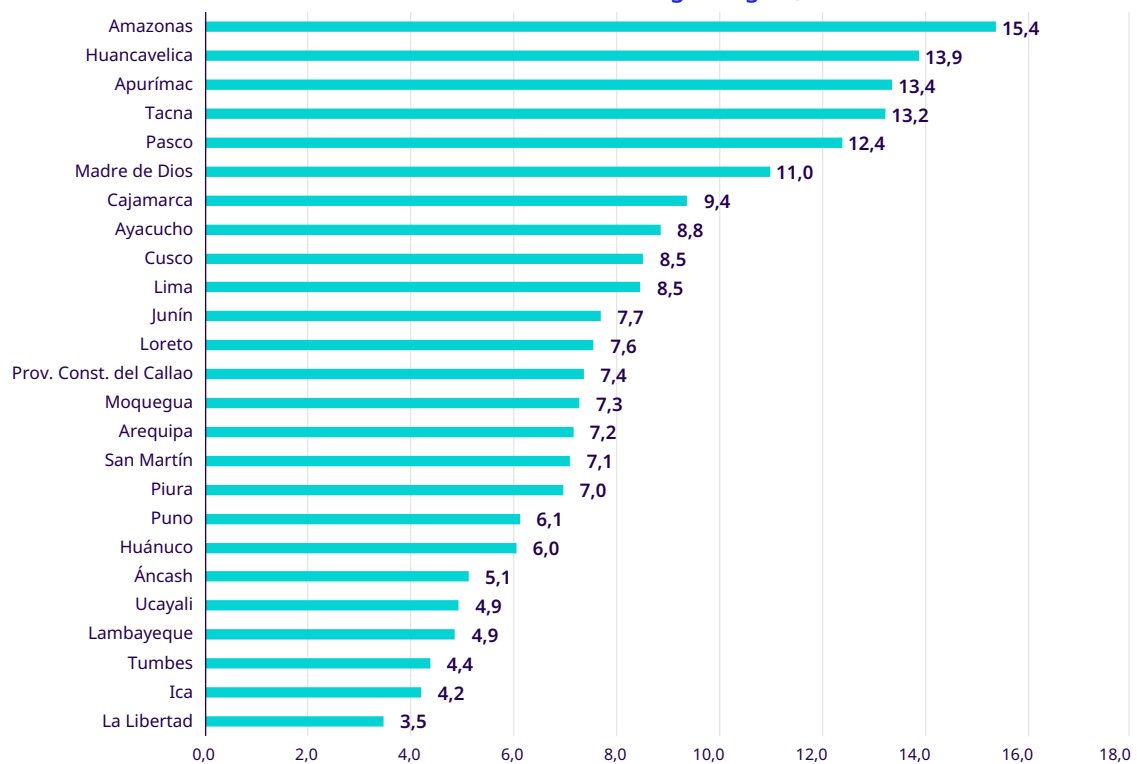
Fuente: Elaboración propia sobre la base de RENIPRESS-SUSALUD a agosto de 2025²⁵.

25 Ver https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/Monitoreo_Sistema_HISMINSA.asp

Según la ubicación de las IPRESS por regiones en 2023, se observa que el 36,9 por ciento de ellas estaban situadas en la región Lima; siendo que junto con Piura, Cajamarca y Cusco concentraban más del 50 por ciento de las IPRESS del país. Por el contrario, Madre de Dios, Moquegua y Tumbes concentraban menos del 1 por ciento del total de IPRESS, cada una. Sin embargo, al analizar la cantidad de IPRESS cada 10 000 habitantes se observa que las regiones mejor posicionadas correspondieron a Amazonas (15,4), Huancavelica (13,9), Apurímac (13,4) y Tacna (13,2), muy cerca de duplicar el promedio nacional (7,6); mientras que La Libertad (3,5), Ica (4,2) y Tumbes (4,4) registraron los valores más bajos del indicador (gráfico 10). Esta disparidad da cuenta de desigualdades en el acceso a los servicios en función de la ubicación geográfica de las personas, lo que genera una fuente de inequidad a nivel territorial.

Un dispositivo para destacar son las IPRESS móviles ofrecidas por el Sistema Metropolitano de la Solidaridad a través de unidades que se desplazan a diferentes puntos, incluyendo autobuses estratégicamente ubicados, sobre todo en áreas alejadas de la ciudad. Estas unidades móviles brindan atención médica básica y se financian a través de cuotas de los usuarios, aunque también ofrecen ayuda para quienes no pueden pagarlas.

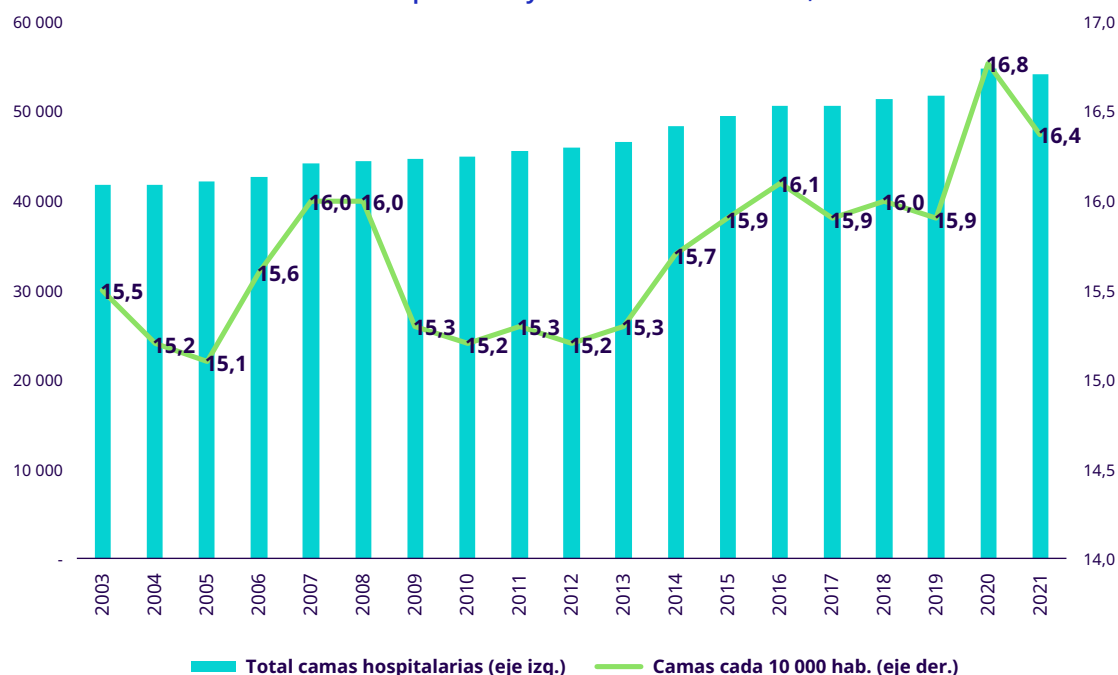
► **Gráfico 10. Cantidad de IPRESS cada 10 000 habitantes según región, 2023**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de SUSALUD e INEI.

Con relación a la disponibilidad de recursos físicos, entre los años 2003 y 2021 el número total de camas hospitalarias se incrementó en 29,3 por ciento, al pasar de 41 824 a 54 080; sin embargo, la razón cada 10 000 habitantes se mantuvo en niveles similares, pasando de 15,5 a 16,3 en esos mismos años (gráfico 11). A nivel regional nuevamente se observan brechas que evidencian la desigual distribución de los recursos. El número total de camas hospitalarias en 2021 varió de 10,1 cada 10 000 habitantes en Cajamarca y 10,8 en Loreto a 27,5 cada 10 000 habitantes en Pasco. Debe notarse que, del total de camas hospitalarias en 2019, 56 por ciento correspondían a camas en hospitales del Ministerio de Salud y Gobiernos regionales, 18 por ciento a hospitales de EsSalud y 26 por ciento a otras instituciones públicas y privadas.

► Gráfico 11. Evolución de camas hospitalarias y cada 10 000 habitantes, 2003-2021



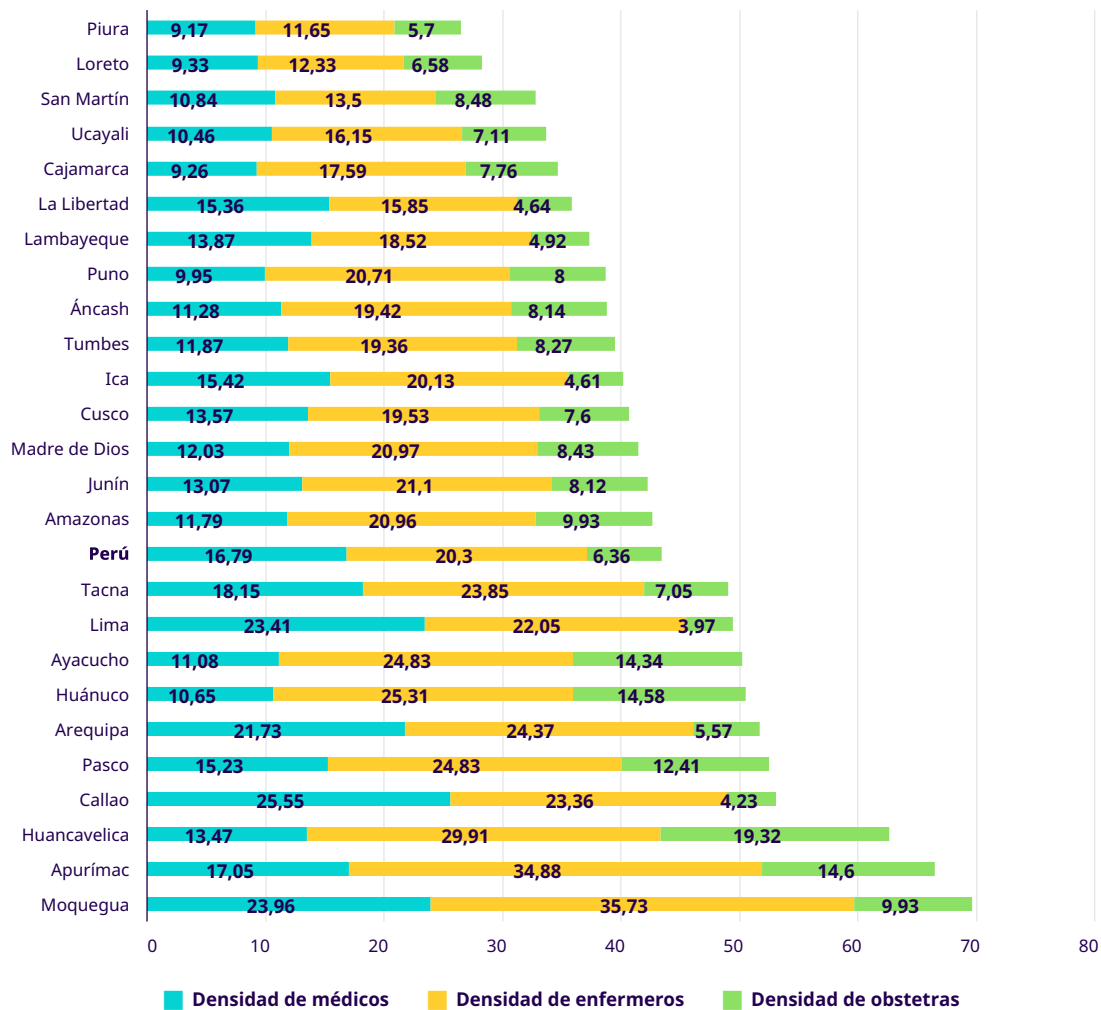
Fuente: Elaboración propia sobre la base de Compendio Estadístico Perú 2022. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3839281/Compendio2022_Tomo_1.pdf?v=1668543365 y proyecciones poblacionales del INEI.

Una de las condiciones que suele esgrimirse como necesaria para alcanzar el ODS 3, Salud y Bienestar, y la Cobertura Universal en Salud es contar con trabajadores de salud suficientes, capacitados y distribuidos apropiadamente en el territorio, de modo de garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud para toda la población (Ministerio de Salud 2023a). La OMS ha afirmado que es poco probable que con una Densidad de Profesionales de Salud (DPS)²⁶ menor a 22,8 por 10 000 habitantes se pueda proporcionar una cobertura del 80 por ciento de servicios básicos, por lo que inicialmente se fijó un umbral mínimo de 25 por 10 000 habitantes, mientras que la OPS adoptó un umbral más elevado, de 44,5 por 10 000. En 2021, la DPS en el Perú se ubicó en 43,5 cada 10 000 habitantes, correspondiendo 32,9 cada 10 000 habitantes a personal de enfermería, seguido por personal médico (28,3 cada 10 000 habitantes).

El problema principal no es solo la cantidad total de profesionales de la salud, sino su distribución. La mayoría se concentra en las grandes ciudades, especialmente en Lima, lo que deja a las zonas rurales con una densidad de médicos drásticamente menor. La DPS varía desde 69,9 cada 10 000 habitantes en Moquegua a 26,5 cada 10 000 habitantes en Piura (gráfico 12). Sin embargo, con relación a la densidad de médicos cada 10 000 habitantes, Callao es la región con mayor nivel (25,6), mientras que el valor más bajo se verifica también en Piura, con 9,2 médicos cada 10 000 habitantes (brecha de 2,8 veces). La mayor densidad de personal de enfermería se corresponde a Moquegua, con 35,7 cada 10 000 habitantes, correspondiendo el valor más bajo nuevamente a Piura, con 11,7 (brecha de 3,05 veces). Con relación a la densidad de obstetras, Huancavelica muestra el mayor registro (19,3 cada 10 000 habitantes) y Callao el menor (4,2 cada 10 000 habitantes), por lo que la brecha asciende a 4,6 veces.

²⁶ La Densidad de Profesionales de Salud incluye el número agregado de médicos, enfermeros y obstetras por cada 10 000 habitantes.

► Gráfico 12. Densidad de profesionales de la salud cada 10 000 habitantes según región, 2021



Fuente: Ministerio de Salud (2023a).

Según datos de 2022, la distribución de los profesionales de la salud según subsector da cuenta de que de un total de 55 190 médicos, 33 543 trabajaban en establecimientos de salud del MINSA o los Gobiernos regionales, 16 387 en la red de EsSalud y 5 584 en el sector privado. De los enfermeros (69 515), 47 428 trabajaban en establecimientos de salud del MINSA o los Gobiernos regionales, 18 166 en la red de EsSalud y 1 564 en el sector privado (OCDE 2025).

En este marco, la sanción de la Ley N° 32145, que modifica el artículo 40 de la Constitución Política del Perú, apunta a intentar cerrar parcialmente las brechas de personal médico y profesionales de la salud con especialidad en todo el país al permitir el doble empleo remunerado, habilitando que se brinden servicios en dos instituciones del Estado.

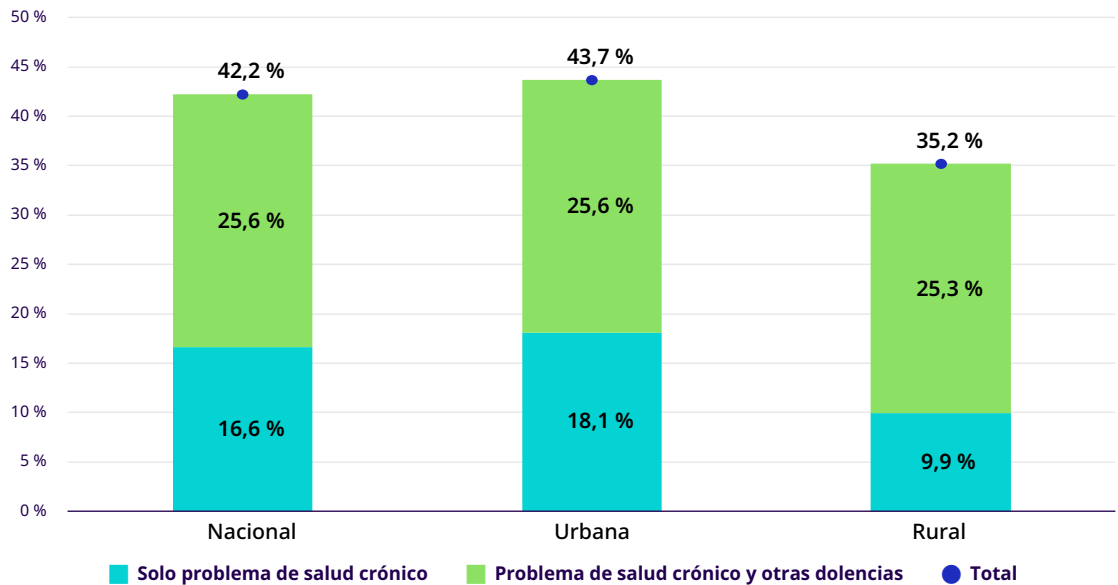
En suma, puede decirse que los recursos disponibles en el sistema de salud del Perú se han fortalecido en los últimos diez años, aunque se encuentran desigualmente distribuidos, tanto entre los diferentes subsectores que lo componen como a nivel territorial. Esta situación condiciona el acceso equitativo de la población a los servicios de salud. Debe notarse que el MINSA ha realizado esfuerzos para determinar las brechas de dotación del recurso humano. Esta información relevante facilita la toma de decisiones y asignación de recursos únicamente para los establecimientos del MINSA y Gobiernos regionales²⁷.

27 https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/PIM-SS-2021_norma-10.pdf

4.2. Uso de los servicios de salud

Con relación al uso de los servicios de salud, al cuarto trimestre de 2024, el 42,2 por ciento de la población del Perú declaró padecer problemas de salud crónicos. De ese porcentaje, un 25,6 por ciento manifestó haber sufrido, además del problema crónico, en el lapso de un mes previo al relevamiento, algún problema de salud no crónico (ya sea un síntoma o malestar, una enfermedad o un accidente, entre otros). Comparado con el mismo trimestre de 2023, la población con algún problema crónico se incrementó a nivel nacional 0,8 puntos porcentuales. Asimismo, se observa un incremento cercano a 5 puntos porcentuales al compararlo con datos de 2019. Según el área de residencia, en el área urbana la población que padecía algún problema de salud crónico se ubicó en 43,7 por ciento y en el área rural en 35,2 por ciento (gráfico 13).

►Gráfico 13. Población con algún problema de salud crónico según área de residencia, IV trimestre de 2024



Fuente: Elaboración propia sobre la base del INEI.

En lo que refiere al acceso a las atenciones de salud, según datos de la ENAHO para el cuarto trimestre de 2024, del total de personas que presentaron algún problema de salud, el 53,8 por ciento no buscó atención (53,5 por ciento en zonas urbanas y 55,6 por ciento en el área rural). Dentro de quienes lo hicieron (46,2 por ciento), el principal lugar de consulta o atención fueron la farmacias o boticas (21,5 por ciento) y el segundo lugar fueron los establecimientos del MINSA (13,9 por ciento). Siguieron, según orden de relevancia, establecimientos de EsSalud (4,8 por ciento), el consultorio particular (4,7 por ciento), otros²⁸ (1,0 por ciento) y establecimientos de las Fuerzas Armadas o la Policía Nacional (0,2 por ciento) (INEI 2024b). Por área de residencia, en el área urbana el lugar o establecimiento de mayor consulta fue la farmacia o botica (23,1 por ciento), seguido por las redes del MINSA (11,2 por ciento); en tanto que en el caso del área rural el 25,5 por ciento buscó atención en establecimientos del MINSA, seguido por farmacia o botica (14,9 por ciento) (cuadro 3).

28 Incluye domicilio, casa de curandero o huesero.

► **Cuadro 3. Población con algún problema de salud que buscó atención según lugar o establecimiento de consulta y área de residencia, 2019-2024**

Lugar o establecimiento/Área de residencia	Oct-Nov-Dic 2019	Oct-Nov-Dic 2020	Oct-Nov-Dic 2021	Oct-Nov-Dic 2022	Oct-Nov-Dic 2023	Oct-Nov-Dic 2024
Nacional	47,6	34,4	34,4	43,5	47,0	46,2
MINSA	14,8	7,3	9,2	12,9	14,3	13,9
Farmacia o botica	19,4	17,4	15,9	20,5	21,4	21,5
Particular	6,6	5,9	5,3	5,3	5,2	4,7
EsSalud	5,7	2,3	3,2	3,8	4,5	4,8
Fuerzas Armadas y/o Policía Nacional	0,3	0,1	0,1	0,1	3,0	0,2
Otros	0,8	1,4	0,7	1,0	1,3	1,0
Urbana	48,9	35,2	34,9	44,1	47,6	46,5
MINSA	11,6	5,2	7,3	10,6	11,8	11,2
Farmacia o botica	21,6	19,0	17,0	21,9	22,9	23,1
Particular	7,6	6,8	5,9	5,9	5,8	5,3
EsSalud	6,9	2,6	3,9	4,5	5,3	5,7
Fuerzas Armadas y/o Policía Nacional	0,4	0,1	0,1	0,1	0,4	0,3
Otros	0,9	1,5	0,7	1,1	1,3	1,0
Rural	42,6	31,4	32,1	41,2	44,3	44,4
MINSA	27,1	15,2	16,8	22,3	24,9	25,5
Farmacia o botica	11,0	11,6	11,3	14,6	14,9	14,9
Particular	2,7	2,7	2,7	2,6	2,5	2,2
EsSalud	1,2	0,8	0,5	0,9	1,0	1,0
Fuerzas Armadas y/o Policía Nacional	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros	0,6	1,1	0,8	0,8	1,0	1,1

Fuente: INEI, Encuesta Nacional de Hogares.

La población que no buscó atención aumentó bastante a partir de 2020 (72,7 por ciento del total), posiblemente debido a las restricciones de atención y movilidad durante la pandemia. Los años siguientes muestran un descenso paulatino, aunque los porcentajes aún se ubican por encima de los registros de 2019.

Un análisis para la población afiliada al SIS y a EsSalud en 2023 da cuenta de que, además de la atención buscada en farmacias, la población de cada aseguradora se atiende en las redes respectivas de su IAFAS. Una muy baja proporción de afiliados a EsSalud buscó atención en las redes del MINSA (4,4 por ciento), mientras que el porcentaje de afiliados al SIS que buscaron atención en las redes de EsSalud fue aún menor (0,4 por ciento). Este hecho da cuenta de la baja articulación que existe entre ambos subsistemas de salud del Perú (SUSALUD 2023) (cuadro 4).

► **Cuadro 4. Población asegurada por el SIS y EsSalud con algún problema de salud que buscó atención según lugar o establecimiento de consulta, 2018-2023**

Seguro	Se atendió en	2018	2019	2020	2021	2022	2023
SIS	Establecimiento del MINSA o Gobiernos regionales	30,3	20,0	17,5	16,5	22,6	24,6
	Farmacia o botica	19,3	20,1	21,6	21,3	24,8	25,9
	Establecimiento privado	4,7	7,4	4,7	5,3	5,0	5,2
	Otros	0,7	9,0	1,2	1,2	1,2	1,3
	Establecimiento de EsSalud	0,3	0,4	0,2	0,7	0,3	0,4
	Establecimiento de sanidades	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0
	No buscó atención	45,9	43,7	55,9	56,1	47,5	44,2
EsSalud	Establecimiento de EsSalud	26,1	26,7	16,9	15,2	20,7	24,8
	Farmacia o botica	21,7	21,1	22,4	21,4	22,1	23,4
	Establecimiento privado	12,7	11,7	9,9	12,7	11,8	10,9
	Establecimiento del MINSA o Gobiernos regionales	4	3,6	3,5	2,5	4,8	4,4
	Otros	0,6	1,3	2	1,9	1,6	2,1
	Establecimiento de sanidades	0,1	0,1	0,1	0	0,1	0
	No buscó atención	37,2	37,9	47,7	48,1	41,2	37

Fuente: SUSALUD - Anuario estadístico. Elaborado con datos de la Encuesta Nacional de Hogares.

4.3. Caracterización de las barreras de acceso

Al evaluar las barreras de acceso que explican el motivo por el cual los individuos no buscan atención ante un problema de salud, la principal razón que se encuentra es que «la percepción de la gravedad del problema no ameritó una consulta de salud o no fue grave», con el 48,4 por ciento de las respuestas en 2023. Ello se mantuvo en niveles similares a 2018. En segundo lugar, las personas manifestaron haber resuelto la atención mediante el uso de remedios caseros o autorrecetas (36,7 por ciento), razón que se incrementó con relación a 2018 (34,2 por ciento) pero mostró una merma respecto a 2020 (44,3 por ciento). Esto último se condice con el hecho mencionado de que sean las farmacias los principales centros de atención utilizados por las personas. También guarda relación directa con que el principal gasto de bolsillo de la población se corresponde con el rubro de medicamentos, como se verá más adelante. En tercer lugar, la falta de tiempo/demora en atender (24,4 por ciento) explica la no búsqueda de atención de la salud. Las demás barreras de acceso consultadas (falta de dinero, lejanía, falta de confianza, falta de seguro y maltrato del personal de salud) presentan valores reducidos (cuadro 5).

► **Cuadro 5. Razones por las cuales la población no acude a centros o establecimientos de salud, 2018-2023**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
No era grave/no fue necesario	47,7	51,2	45,8	49,7	48,5	48,4
Se autorrecetó/remedios caseros	34,2	35,9	44,3	39,8	39,2	36,7
Demora en atender/falta de tiempo	24,8	23,1	11	12,5	21	24,4
No tuvo dinero	4,8	4	3,2	4,7	4,6	5,0
Se encuentra lejos	4	4	3,1	3,3	4,6	4,8
Falta de confianza	5,5	5,1	3,5	4,3	4,9	5,2
No tiene seguro	2,6	2,7	1,7	1,2	1,1	1,3
Matrato del personal de salud	1,7	1,4	1,3	1,7	1,7	2,0
Otro	3,3	3,1	14,9	12,2	5,9	4,9

Fuente: SUSALUD - Anuario estadístico. Elaborado con datos de la Encuesta Nacional de Hogares.

Otro aspecto de relevancia se vincula con los tiempos de espera para la atención, lo cual se encuentra estrechamente ligado al cumplimiento efectivo del PEAS. Dado que dichas prestaciones no solo deben estar cubiertas en términos formales, sino que también deben ser oportunas, los retrasos en la obtención de citas constituyen una barrera directa que limita la garantía real del Plan. Según datos de la ENAHO para 2022, en promedio la población debe esperar 1,7 días para conseguir un turno médico. Sin embargo, existen diferencias importantes entre zonas urbanas y rurales (2,7 días vs. 9 horas) y según la red de atención. Los afiliados a EsSalud registran en promedio una espera de 4,8 días, en tanto que los afiliados al SIS 17 horas (cuadro 6).

► **Cuadro 6. Promedio de días de espera para concertar una cita médica según zona y tipo de cobertura, 2022**

Zona	Promedio de días de espera
Nacional	1,7
SIS	0,7
EsSalud	4,8
Urbana	2,7
SIS	1,2
EsSalud	5,2
Rural	0,4
SIS	0,3
EsSalud	2,1

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 2022.

En este sentido, resulta interesante mencionar las diferencias en los índices de satisfacción que surgen de los datos de la encuesta ENSUASS 2024-2025 realizada por Asociación Peruana de Entidades Prestadoras de Salud. Según esta información, los índices de satisfacción²⁹ resultan mayores en los asegurados por las EPS (0.871) con relación a otras IAFAS como el SIS (0.575) y EsSalud (0.549). Estos resultados evidencian brechas en la percepción de calidad del aseguramiento, particularmente en los procesos de atención y comunicación con los usuarios en las IAFAS públicas.

Con relación a la satisfacción con las IPRESS, la misma encuesta informa que en términos generales el índice agregado de satisfacción con las IPRESS es de 0.775. Este indicador es de 0.730 para los asegurados de EsSalud, 0.786 para los del SIS y 0.897 entre los afiliados a las EPS.

Ello se ve reflejado también en la calidad de vida de la población. En promedio, según la Asociación Peruana de Entidades Prestadoras de Salud (2025), la población adulta del Perú registra un QALY³⁰ de 0.797, que resulta más elevado entre los asegurados por las EPS (0.907) con relación a los asegurados por EsSalud y el SIS (0.799 y 0.778, respectivamente).

²⁹ La encuesta ENSUASS recoge información detallada sobre ocho atributos vinculados al desempeño de las IAFAS: el costo de la atención, la disponibilidad de citas, los canales para obtener citas, la posibilidad de elegir la IPRESS, la cercanía del establecimiento de salud, los servicios cubiertos por el plan de beneficios, los canales de información y la rapidez en la respuesta a los reclamos. De este modo, resume las percepciones de los usuarios de IAFAS e IPRESS a partir de un indicador que varía entre 0 y 1, donde incrementos en el valor indican una mejora en la satisfacción. Así, valores cercanos a 0 reflejan alta insatisfacción, mientras que valores próximos a 1 indican baja insatisfacción (o mayor satisfacción) (Asociación Peruana de Entidades Prestadoras de Salud 2025).

³⁰ El QALY es un indicador ampliamente utilizado en salud pública que combina la cantidad y la calidad de vida en una sola medida: un valor de 1 QALY representa un año de vida en salud perfecta, mientras que 0 QALY equivale al estado de salud asociado al fallecimiento (Asociación Peruana de Entidades Prestadoras de Salud 2025).

► 5. Gasto y financiamiento en salud, fragmentación y equidad

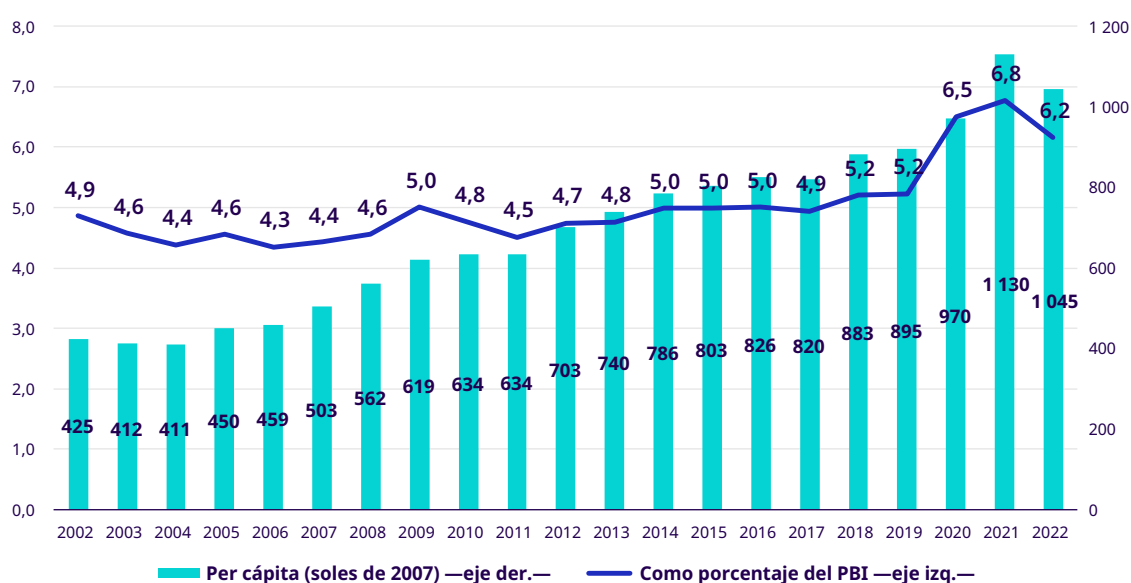
Evaluar la evolución y composición del gasto en salud, así como su financiamiento, permite identificar hasta qué punto el sistema de salud del Perú avanza hacia un esquema de protección social en salud capaz de ampliar su cobertura efectiva y reducir desigualdades. En este marco, la dimensión de protección financiera –frecuentemente analizada a través de la relación entre la participación del gasto público y el gasto de bolsillo– constituye un indicador central para este análisis. Esta relación no solo refleja la magnitud de los recursos movilizados por el sistema, sino también las tensiones que condicionan los avances futuros, tales como la persistencia de elevados niveles de gasto directo de los hogares y las disparidades territoriales en la asignación de los recursos.

Asimismo, el análisis del gasto permite identificar la diferente capacidad de protección financiera entre los regímenes financiados por cada IAFAS, lo cual convierte al diseño institucional del financiamiento en un factor clave para comprender las inequidades y la sostenibilidad del sistema. En este marco, la separación de funciones de financiamiento y provisión desarrolladas previamente (recuadro 5) constituye un elemento relevante para interpretar el sistema de salud peruano, dado que influye tanto en la organización del financiamiento como en los incentivos bajo los cuales operan los aseguradores y prestadores, y, por ende, en la posibilidad de fortalecer la protección financiera. Estas diferencias también reflejan la capacidad efectiva que tiene cada régimen para garantizar las prestaciones obligatorias incluidas en el PEAS.

5.1. Evolución del gasto en salud y su financiamiento

De acuerdo con las estimaciones oficiales preliminares de la cuenta de salud, en 2022 el Perú destinó 6,2 puntos del Producto Interno Bruto (PIB) al financiamiento del gasto corriente en servicios de salud, lo que denota un incremento de 1,3 puntos porcentuales con relación a 2002 (4,9 por ciento del PIB), aunque implica una merma con relación a 2020 (6,5 por ciento del PIB) y 2021 (6,8 por ciento del PIB), como se muestra en el gráfico 14. Esto seguramente fue resultado de las respuestas a la pandemia por COVID-19 (Ministerio de Salud 2024).

► Gráfico 14. Evolución del gasto corriente en salud, 2002-2022. Como % del PIB y per cápita en soles de 2007



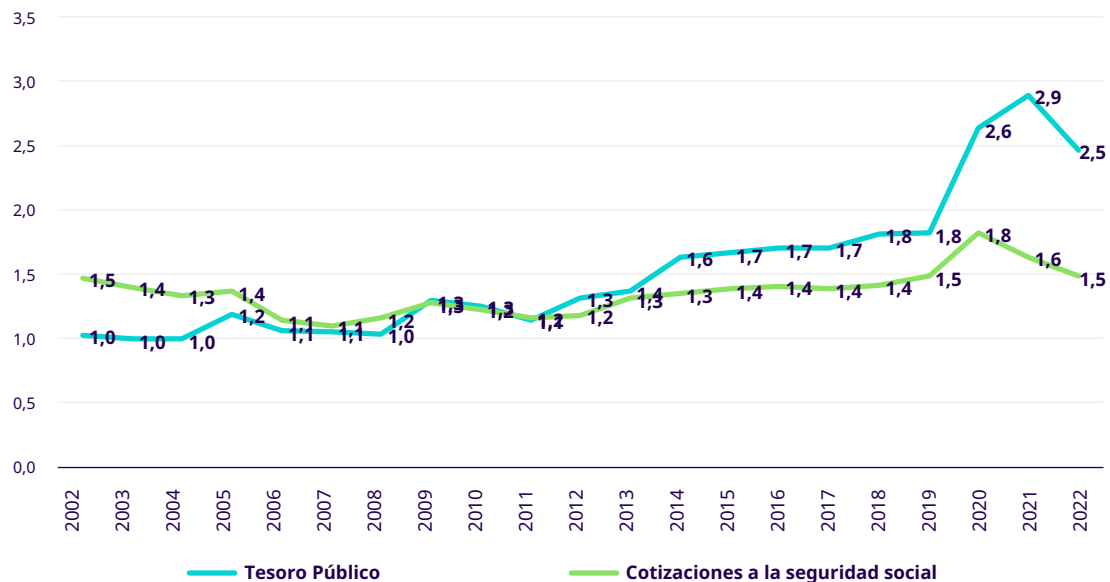
Fuente: Elaboración propia sobre la base del Ministerio de Salud (2024).

En términos per cápita y medido en soles de 2007, el gasto corriente en salud pasó de S/424,7 a S/1 045,1 entre 2002 y 2022, lo que representa un incremento de 146,1 por ciento. Entre 2002 y 2006, el gasto per cápita había permanecido estable, en torno a un promedio de S/431, pero desde 2007 comenzó a crecer (con la excepción de 2017), alcanzando el máximo en 2021 (S/1 129,6). Sin embargo, tal como se comenta más adelante, la distribución de los recursos entre la población resulta muy desigual.

Como se ha mencionado, las fuentes de financiamiento se originan en aportes del Tesoro Público (denominada transferencia de ingresos públicos internos), las cotizaciones obligatorias a la seguridad social, los aportes voluntarios de las personas a seguros privados y al seguro potestativo de EsSalud y gastos directos de los hogares destinados al pago de servicios de salud. A su vez, estas fuentes se integran en regímenes diferenciados: subsidiado (financiamiento estatal), semicontributivo (aporte estatal o de empleadores con cotizaciones a la seguridad social) y contributivo³¹.

Al analizar la evolución del gasto, se destaca el incremento correspondiente a la fuente Tesoro Público, que evidencia el esfuerzo gubernamental realizado en el sector, al pasar de 1,03 al 1,82 por ciento del PBI entre 2002 y 2019 (+76,7 por ciento) y, en consecuencia, aumentando la participación en el total de 21,2 por ciento en 2002 a 34,8 por ciento en 2019. En 2021, en el contexto de la pandemia por COVID-19, esta fuente de financiamiento alcanzó un máximo de 2,89 por ciento del PIB y descendió a 2,46 por ciento del PIB en 2022. Así, la participación de los esquemas gubernamentales ascendió en 2022 a 40,1 por ciento del total del gasto corriente. Por el contrario, los aportes obligatorios a la seguridad social en salud se mantuvieron estancados entre 2002 y 2022, al pasar de 1,47 en 2002 a 1,48 por ciento del PIB en 2022, mostrando una participación de 24,1 por ciento en el total para ese año. En forma conjunta, el gasto público y de la seguridad social absorbió en 2022 el 3,94 por ciento del PIB, ubicándose por debajo de la meta de destinar al menos el 6 por ciento del PIB al gasto público en salud definida por la OMS/OPS. Este nivel de gasto limita la capacidad del sistema para asegurar la atención de la salud en función de las necesidades sanitarias de la población, con independencia de su nivel de ingresos o su inserción laboral. Por su parte, el gasto privado registró una reducción muy importante en el periodo analizado, disminuyendo en 12,8 puntos porcentuales su participación en el total, al pasar de 48,6 por ciento en 2002 al 35,8 por ciento en 2022, si bien aún se mantiene en niveles elevados (gráficos 15 y 16).

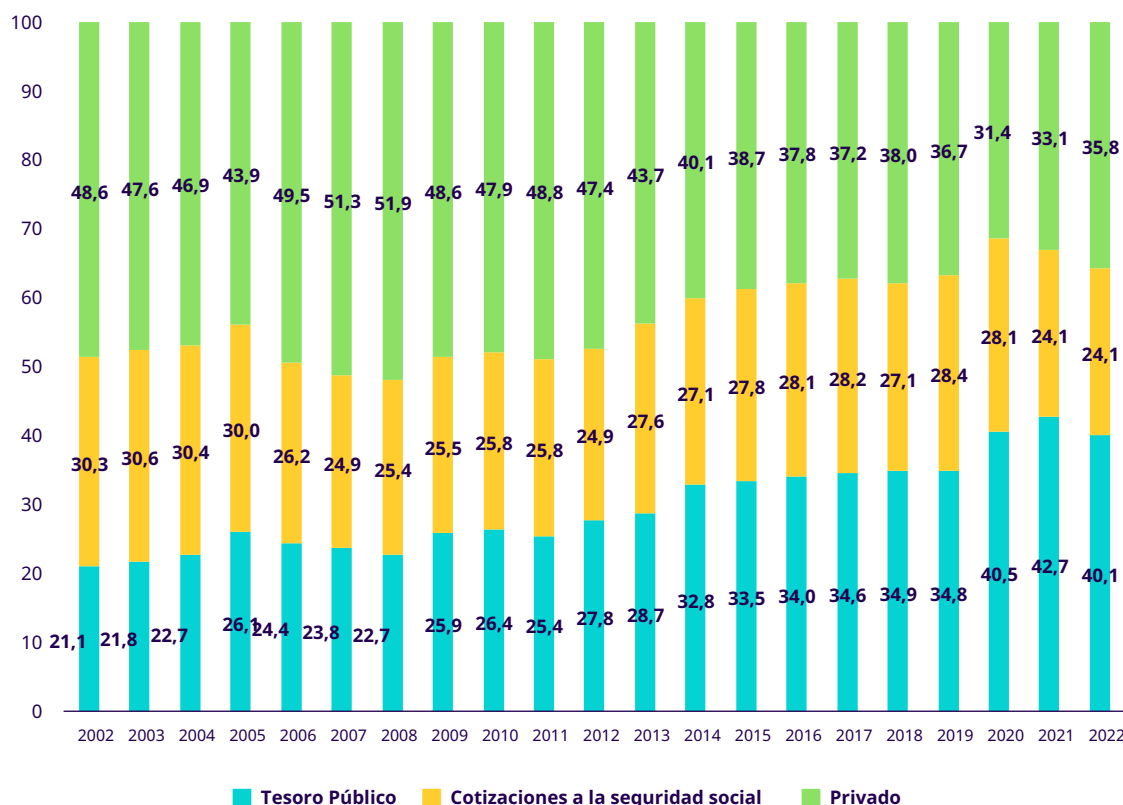
► **Gráfico 15. Evolución del gasto corriente en salud según fuentes de financiamiento del Tesoro Público y cotizaciones a la seguridad social, 2002-2022. Como % del PIB**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud (2024).

³¹ Existe un grupo adicional conformado por aportes de organizaciones no gubernamentales y de agencias de desarrollo cuya información se encuentra incompleta debido a problemas de disponibilidad (Ministerio de Salud 2021a).

► **Gráfico 16. Evolución del gasto corriente en salud según fuentes de financiamiento, 2002-2022. Estructura porcentual**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud (2024).

Dentro del gasto privado se contempla el gasto de bolsillo, el realizado por instituciones sin fines de lucro y el gasto prepago en planes voluntarios de salud. A lo largo del periodo se observa que la fluctuación más importante corresponde a este último componente, que se incrementó desde 2006, alcanzando una participación de 51,9 por ciento en 2008 y luego desde 2011 comenzó a descender³².

El esquema de financiamiento, o el modo en que se movilizan los recursos, considera principalmente tres componentes: (a) gubernamental, que son recursos obligatorios y manejados por el Gobierno y la seguridad social, (b) voluntario, referido a los seguros de salud voluntarios (potestativo), organizaciones no gubernamentales y agencias cooperantes y autoseguros, y (c) gasto directo de los hogares o gasto de bolsillo (Ministerio de Salud 2021a). Como se ha mencionado, los ingresos del esquema gubernamental aumentaron entre 2002 y 2022, tanto en términos porcentuales como en soles reales, alcanzando una participación en el total de 40,1 por ciento en 2022 y 13 985,1 en millones de soles de 2007 ese mismo año. En forma conjunta con los esquemas de seguros obligatorios contributivos, alcanzaron una participación de 64,2 por ciento del total en 2022 y un total de 22 408,9 millones de soles de 2007 (8 423,8 millones de soles de 2007 o 24,1 por ciento del gasto total correspondiente a los seguros contributivos obligatorios). Por su parte, el gasto directo de los hogares mostró una participación superior a los seguros obligatorios, absorbiendo el 27,0 por ciento del gasto corriente en 2022 (9 420,7 millones de soles de 2007). Ello deriva de una evolución descendente en el tiempo desde 2011, alcanzando un mínimo de 22,5 por ciento del gasto corriente en 2020 (compensado por una mayor participación del gasto gubernamental).

³² Se contempla como seguro prepago voluntario el seguro privado, el seguro potestativo de la seguridad social y el autoseguro. Para 2020-2022 se incluyó también el gasto de las entidades prestadoras de servicios de salud prepagadas.

Finalmente, los esquemas de pagos voluntarios de seguros alcanzaron una participación de 8,8 por ciento del gasto corriente (3 072,9 millones de soles de 2007), destacándose una mayor participación de los seguros privados con relación al seguro potestativo de EsSalud o de las EPS (cuadro 7).

En el interior del esquema gubernamental, se destacan cuatro componentes principales: i) el Ministerio de Salud; ii) otras entidades del gobierno central; iii) el SIS; y iv) los Gobiernos regionales y locales. Desde 2002, el SIS comenzó a operar como organismo público descentralizado del MINSA y se inició un proceso de descentralización, conocido como regionalización. Esto originó una gran transferencia de recursos del nivel central al regional, lo que produjo modificaciones en la estructura de financiamiento.

Tomando en consideración el agregado de gasto corriente gubernamental y contributivo obligatorio, se observa que entre 2002 y 2022 se incrementó la participación gubernamental, pasando del 41,1 por ciento al 62,4 por ciento. Por el proceso de regionalización, el MINSA, incluyendo el SIS, disminuyó su gasto del 32,7 por ciento al 29,9 por ciento, mientras que las regiones pasaron a recibir el 30,1 por ciento. En el nivel de esquema de seguro obligatorio, cayó la participación de EsSalud en el total, al pasar de 51,1 por ciento a 29,1 por ciento entre 2002 y 2022 (cuadro 8). En las siguientes secciones de este capítulo se presentarán las características salientes del financiamiento del sistema, comenzando por los esquemas de aseguramiento y el gasto privado, para completar con el gasto gubernamental y la fragmentación regional.

► Cuadro 7. Gasto corriente en salud según esquemas de financiamiento, 2002-2022. Estructura porcentual

Esquemas de financiamiento (HF)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
HF.1 Esquemas gubernamentales y contributivos obligatorios	51,4	52,4	53,1	56,1	50,5	48,7	48,1	51,4	52,1	51,2	52,6	56,3	59,9	61,3	62,2	62,8	62,0	63,3	68,6	66,9	64,2
HF.1.1 Esquemas gubernamentales	21,1	21,8	22,7	26,1	24,4	23,8	22,7	25,9	26,4	25,4	27,8	28,7	32,8	33,5	34,0	34,6	34,9	34,8	40,5	42,7	40,1
HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios contributivos	30,3	30,6	30,4	30,0	26,2	24,9	25,4	25,5	25,8	25,8	24,9	27,6	27,1	27,8	28,1	28,2	27,1	28,4	28,1	24,1	24,1
HF.2 Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud	8,7	10,1	10,2	9,8	9,1	8,8	8,6	8,4	8,3	8,5	8,5	8,5	8,3	8,6	8,3	8,3	8,2	8,4	9,0	8,0	8,8
HF.2.1 Esquemas de seguros voluntarios	7,1	8,5	8,3	8,1	7,2	6,6	6,3	6,4	6,4	6,6	6,5	6,7	6,7	7,0	6,8	6,8	6,7	6,9	7,8	6,9	7,6
<i>Potestativo EsSalud</i>	0,8	0,8	0,8	0,8	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
<i>Potestativo EPS</i>	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4
<i>Planes potestativos de las IAFAS de las Fuerzas Armadas y Policiales</i>																			0,1	0,1	0,1
<i>Seguros privados</i>	4,2	5,2	5,0	4,9	4,6	4,2	4,1	4,3	4,3	4,3	4,3	4,6	4,5	4,7	4,5	4,5	4,6	4,8	4,2	3,7	4,0
<i>Autoseguros</i>	2,1	2,3	2,3	2,2	2,2	2,1	2,1	1,9	2,0	2,1	2,0	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	1,7	1,7	1,4	1,3	1,5
<i>IAFAS Entidades Prestadoras de Servicios de Salud Prepagadas</i>																			1,7	1,4	1,6
HF.2.2 Esquemas de instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (organizaciones no gubernamentales + agencias de desarrollo)	1,5	1,6	1,9	1,8	2,0	2,2	2,2	2,0	2,0	1,9	2,0	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,4	1,2	1,1	1,2
HF.3 Gasto directo de los hogares («gasto de bolsillo»)	39,9	37,5	36,7	34,0	40,3	42,5	43,4	40,3	39,5	40,3	38,9	35,3	31,8	30,1	29,6	28,9	29,7	28,3	22,5	25,1	27,0
Gasto corriente total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Ministerio de Salud (2024).

► **Cuadro 8. Gasto corriente en esquemas gubernamentales y contributivos obligatorios, 2002 y 2022. En millones de soles de 2007 y estructura porcentual**

Esquemas de financiamiento	2002		2022	
	soles de 2007	%	soles de 2007	%
Esquemas gubernamentales, contributivos obligatorios	5 890,6	100,0 %	22 408,9	100,0 %
HF.1.1 Esquemas gubernamentales	2 421,2	41,1 %	13 985,1	62,4 %
HF.1.1.1 Esquemas del gobierno central	2 421,2	41,1 %	7 230,8	32,3 %
Del Ministerio de Salud	1 926,2	32,7 %	6 483,6	28,9 %
Seguro Integral de Salud - SIS	2,5	0,0 %	206,6	0,9 %
Otros ministerios y unidades públicas	492,6	8,4 %	540,6	2,4 %
HF.1.1.2 Esquemas del gobierno regional y local	-	0,0 %	6 754,3	30,1 %
HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios contributivos	3 469,3	58,9 %	8 423,8	37,6 %
HF.1.2.1 Esquemas de seguros sociales de salud	3 469,3	58,9 %	8 423,8	37,6 %
EsSalud, menos potestativo EsSalud	3 012,0	51,1 %	6 531,3	29,1 %
EPS, menos potestativo EPS	457,3	7,8 %	1 674,4	7,5 %
IAFAS de las Fuerzas Armadas y policiales, menos potestativo	-		218,1	1,0 %

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud (2024).

Para finalizar esta sección resulta de utilidad presentar el nivel de gasto en salud en el Perú y otros países de la región a los fines de tener una mirada comparada. Como se desprende del gráfico 17, según datos de la OMS, el Perú se encuentra entre los países con menor proporción de gasto en salud en relación con su producto y con el menor valor valuado en dólares ajustados por paridad de poder adquisitivo. En América del Sur, junto con Venezuela, se registran los valores más reducidos. Dicho nivel se encuentra por debajo del promedio de los países de la región de América Latina (6,9 por ciento), siendo inferior a los registros de países como Costa Rica (7,2 por ciento del PIB), Colombia (7,6 por ciento del PIB), Argentina (9,9 por ciento del PIB) y Chile (10,1 por ciento del PIB). Asimismo, resulta inferior al promedio de los países de la Unión Europea (8,9 por ciento) y se ubica entre los más bajos de los países de la OCDE.

Ello da cuenta de la persistencia de un rezago del sistema de salud peruano frente a otros países de la región en términos de recursos asignados al sector, que, como veremos más adelante, también presenta problemas relativos a una mala distribución en el territorio y la ausencia de equidad en su asignación. En este sentido, el Plan Estratégico Multisectorial de la Política Nacional Multisectorial de Salud del Perú para el periodo 2025-2030, en concordancia con las recomendaciones de la OCDE, reconoce la importancia de incrementar significativamente la inversión en el sector con el fin de fortalecer la infraestructura, los servicios y la capacidad de atención para acercarse a valores similares al promedio de los países de la OCDE.

► **Gráfico 17. Gasto corriente en salud en el Perú, otros países de la región, América Latina y Europa, 2022**

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Global Health Expenditure Database – OMS.

5.2. Financiamiento de los diferentes regímenes de aseguramiento

Como se ha mencionado, el financiamiento del aseguramiento de la salud en el Perú es gestionado por las IAFAS que administran de manera independiente el régimen subsidiado, el régimen semicontributivo y el régimen contributivo.

El régimen subsidiado se financia con recursos públicos a través de transferencias del Ministerio de Economía y Finanzas. Si bien la Ley N° 29761 establece que para su financiamiento debe tomarse como referencia el valor de la prima de salud del PEAS y la cantidad de afiliados, en la práctica esta ley todavía no ha sido reglamentada y el financiamiento se realiza principalmente basado en presupuestos históricos (Jumpa-Armas 2019).

Para el caso del régimen semicontributivo, además del financiamiento por parte del Estado, mencionado anteriormente, se le agrega un aporte adicional a cargo del asegurado o su empleador, según corresponda (cuadro 9). De esta manera, la persona que desee afiliarse de manera voluntaria al SIS Independiente deberá hacerse cargo del pago total de dicho aporte. Si, en cambio, de acuerdo con la normativa vigente³³, le corresponde afiliarse al SIS Microempresas, el aporte lo realiza su empleador y es subsidiado parcialmente por el Estado. Si el asegurado es contribuyente del Nuevo Régimen Único Simplificado³⁴ (NRUS), su afiliación es automática al SIS Emprendedor luego del pago de los tres periodos tributarios anteriores a la fecha de afiliación según la categoría del NRUS que le corresponda y no requiere realizar un aporte adicional.

³³ Directiva Administrativa N° 001-2020-SIS/GA - V.01.

³⁴ Régimen tributario creado para los pequeños comerciantes y productores.

► **Cuadro 9. Monto de los planes correspondientes al SIS del régimen semicontributivo, 2024. En soles**

Planes	Modalidad	Monto
SIS Independiente	Individual	S/39,0
	Familiar: titular + 1 derechohabiente	S/78,0
	Familiar: titular + 2 derechohabientes	S/94,0
	Familiar: titular + 3 o más derechohabientes	S/115,0
	Afiliación menor dependiente	S/39,0
	Afiliación +60 años, titular continuador	S/44,0
	Afiliación +60 años, titular nuevo contrato	S/58,0
SIS Emprendedor		Gratuito sujeto a afiliación al NRUS
SIS Microempresas	Por cada trabajador inscripto. Sin costo adicional por derechohabiente inscripto	S/15,0

Fuente: Elaboración propia en base a la información publicada por la Plataforma Digital Única del Estado Peruano³⁵.

El financiamiento del régimen contributivo depende del tipo de asegurado. En el caso de que los asegurados sean trabajadores activos en relación de dependencia o sean socios de cooperativas, el aporte equivale al 9 por ciento de la remuneración o ingreso (art. 6, Ley N° 26790) y corresponde a la entidad empleadora declararlos y pagarlos a EsSalud. Si el asegurado es pensionista, el aporte equivale al 4 por ciento del monto de la pensión y corre a cargo del pensionista³⁶. Por último, los trabajadores independientes y las demás personas que no estén afiliadas al SIS pueden afiliarse a EsSalud de forma voluntaria a través del pago de un aporte (o cuota) mensual (cuadro 10).

► **Cuadro 10. Monto de cuota para afiliados voluntarios (potestativos) a EsSalud, 2024. En soles**

Edad	Afiliación individual/por dependiente
0 a 17	S/137,0
18 a 29	S/132,0
30 a 59	S/138,0
+ 60	S/215,0

Fuente: Elaboración propia en base a la información publicada por la Plataforma Digital Única del Estado Peruano³⁷.

Además, el financiamiento al régimen contributivo por parte de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional corresponde a aportes obligatorios del Estado, equivalentes al 6 por ciento de la remuneración o pensión, y son adicionales al presupuesto asignado para atender la salud de sus afiliados. Existen también aportes voluntarios (facultativos) del personal titular para coberturas adicionales al PEAS. El cuadro 11 presenta un resumen de las fuentes de financiamiento por tipo de seguro y régimen.

³⁵ Ver <https://www.gob.pe/institucion/sis/tema/planes-del-seguro-integral-de-salud-sis>

³⁶ Existen ciertos grupos para los cuales hay un salario máximo cotizable que funciona como tope al 9 por ciento de la contribución. En el caso del personal con contrato administrativo de servicio, la base imponible es del 55 por ciento de la Unidad Impositiva Tributaria vigente (Decreto de Urgencia N° 028-2019), para los trabajadores de Magisterio es del 65 por ciento de la Remuneración Integral Mensual (artículo único de la Ley N° 30002) y para el personal de salud del MINSA del 65 por ciento de la remuneración (Décima Segunda Disposición Complementaria y Final del Decreto Ley N° 1153).

³⁷ Ver <https://www.gob.pe/225-seguro-potestativo-de-essalud-salud-afiliacion-individual>

► Cuadro 11. Aportes y cuotas según régimen de financiamiento e IAFAS

Régimen	IAFAS/Nombre del seguro	Financiamiento
Subsidiado	SIS	Presupuesto del Gobierno exclusivamente
Semicontributivo	SIS – SIS Independiente	A cargo de la persona o familia afiliada de acuerdo con primas determinadas por el SIS
	SIS – SIS Emprendedor NRUS	Gratuito sujeto a afiliación al NRUS
	SIS – SIS Microempresas	A cargo del empleador: S/15,0 por trabajador inscripto
Contributivo	EsSalud	A cargo del empleador: 9 % de la remuneración o ingreso mensual
	EsSalud (pensionados)	A cargo del pensionista: 4 % del monto de la pensión
	EsSalud potestativo (+Salud)	Cuotas fijadas por EsSalud según edad del afiliado y grupo familiar
	Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad de la Policía Nacional	Aportes del Estado: 6 % de la remuneración o pensión

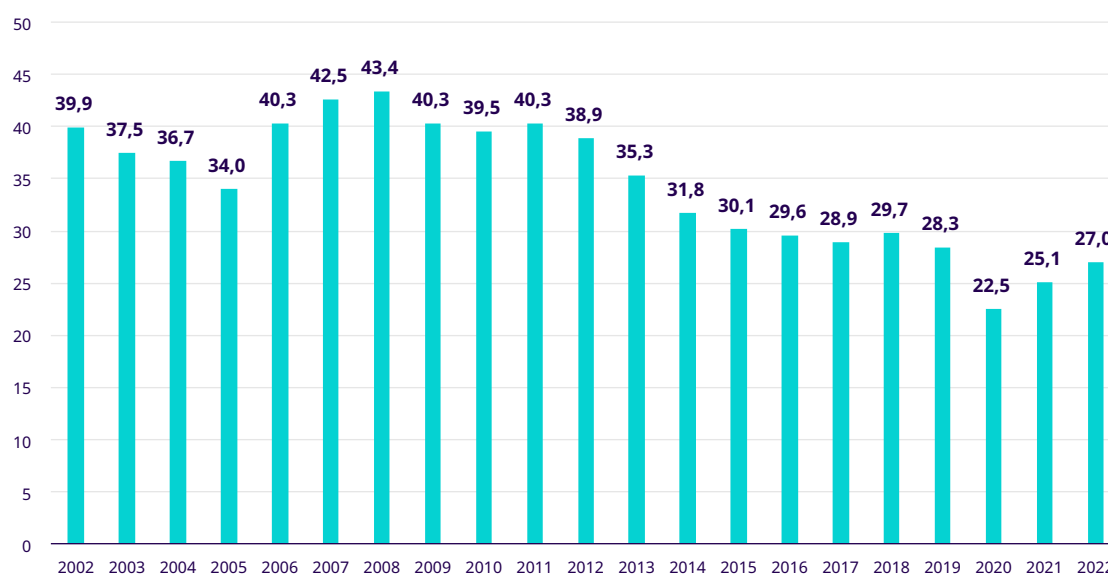
Fuente: Elaboración propia.

5.3. Gasto privado en salud

En 2019, el 77,0 por ciento del gasto de los hogares en servicios de salud se efectuó mediante el gasto de bolsillo, dado que el gasto en mecanismos de aseguramiento voluntario fue reducido. Esto genera inequidades debido a que el acceso a los servicios de salud está asociado con la posibilidad que tengan los individuos de pagar por ellos (OMS 2010).

Durante el periodo 2002-2022, el gasto de bolsillo en salud en el Perú se incrementó 105,7 por ciento, al pasar de S/4 579,9 millones a S/9 420,7 millones, medido en soles de 2007. Este agregado representó en 2022 el 27,0 por ciento del gasto corriente en salud, mostrando una tendencia decreciente en la última década (gráfico 18). La menor participación en el financiamiento se condice con el aumento de la participación del gasto público que se ha mencionado más arriba.

► Gráfico 18. Evolución del gasto privado de bolsillo en salud, 2002-2022. En % del gasto corriente en salud

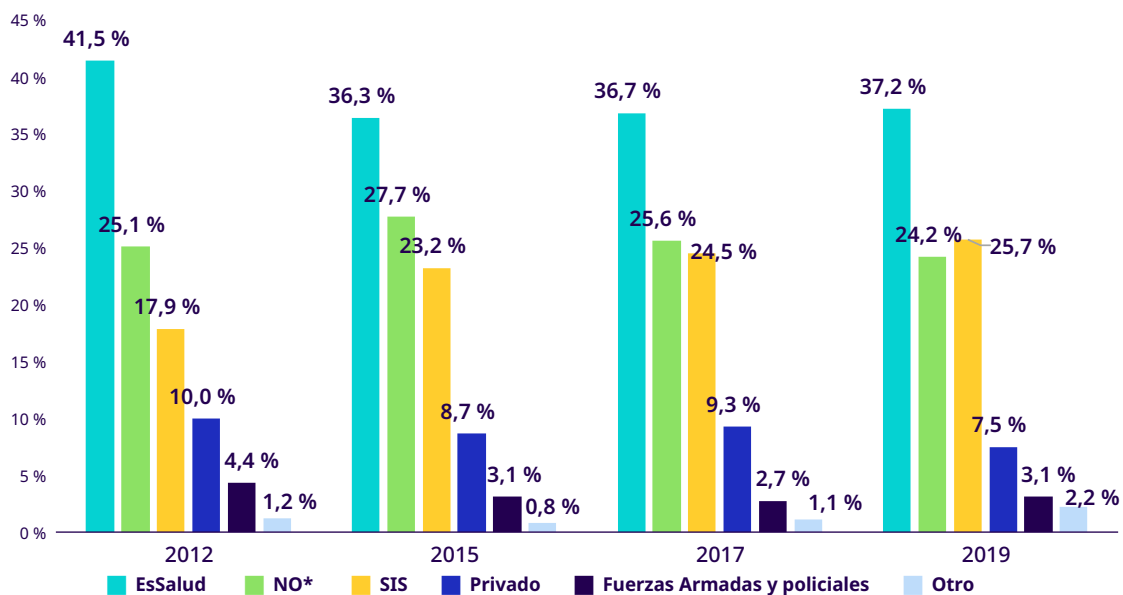


Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud (2021a).

De acuerdo con un informe en base a la ENAHO realizado por el MINSA, el principal gasto de bolsillo en salud para los años 2012 a 2019 ha sido la compra de medicamentos, seguido por gastos de servicio dental, los cuales representaron el 40 por ciento y el 16 por ciento, respectivamente, para 2019 (Ministerio de Salud 2021b). La proporción de recursos destinada al pago de consultas médicas fue de 6,3 por ciento y a controles del embarazo y atención del parto 0,2 por ciento en ambos casos. Una posible explicación al gran peso de medicamentos dentro del gasto en salud es que el principal lugar al que acuden las personas cuando presentan un problema de salud son las farmacias o boticas. Desde el año 2012 al año 2019, ha disminuido en 3,6 puntos porcentuales la proporción del gasto en medicamentos, siendo su valor mínimo en el año 2018, con un 38,8 por ciento (Ministerio de Salud 2021b).

El gasto de bolsillo es un indicador básico que refleja la equidad del sistema y, de manera especial, los problemas de cobertura de los esquemas de aseguramiento. Es así como, al analizar la información en relación con la cobertura de las personas, la tendencia muestra que desde 2012 son los afiliados a EsSalud los que realizan el mayor gasto de bolsillo, seguidos por los afiliados al SIS y el sector privado. Sin embargo, la tendencia muestra una disminución de la participación de EsSalud y un aumento del gasto de bolsillo de quienes están afiliados al SIS y una merma de la participación del sector privado (gráfico 19). Este indicador es un reflejo de los pagos directos que se ven compelidos a realizar los individuos ante la existencia de barreras de acceso y problemas en la oferta de los servicios de los establecimientos de salud (tanto del sector público, EsSalud o sector privado), a pesar de estar incluidos en el PEAS, lo que explica en parte el alto nivel de pagos de bolsillo.

► **Gráfico 19. Distribución del gasto de bolsillo en salud según tipo de afiliación. En porcentajes**



* La categoría "NO" agrupa a quienes pagan de su bolsillo sin estar afiliados a EsSalud, SIS, seguro privado, Fuerzas Armadas y policiales u otro esquema de aseguramiento.

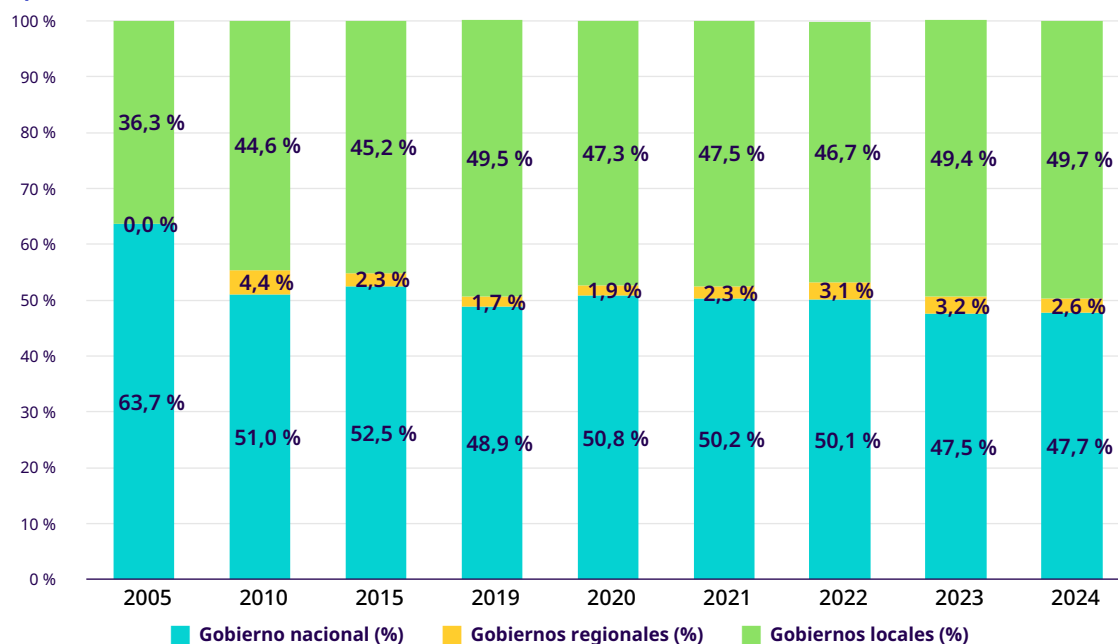
Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud (2021b).

Por su parte, la distribución territorial del gasto de bolsillo también refleja disparidades. Más del 40 por ciento del gasto de bolsillo se concentra en Lima Metropolitana, seguido por Costa Norte y, en último lugar, Costa Sur. El gasto de bolsillo en salud que se realizó en Lima Metropolitana fue aproximadamente tres veces el gasto efectuado en Costa Norte (Ministerio de Salud 2021b).

5.4. Gasto público, financiamiento y descentralización

El gasto público en salud se vincula con los recursos aportados por los diferentes niveles de gobierno al sistema de salud para subsidiar, total o parcialmente, sus servicios. Sin embargo, con el avance del proceso de descentralización, ha ido en aumento el peso del gasto de los Gobiernos regionales. De este modo, mientras que en 2005 el gasto del MINSA representaba un 63,7 por ciento del gasto en salud del sector gobierno, en 2024, se observó que el Gobierno nacional participó con 47,7 por ciento del total, los Gobiernos regionales lo hicieron con una proporción de 49,7 por ciento y los Gobiernos locales con 2,6 por ciento del gasto en salud implementado desde el sector gobierno (gráfico 20).

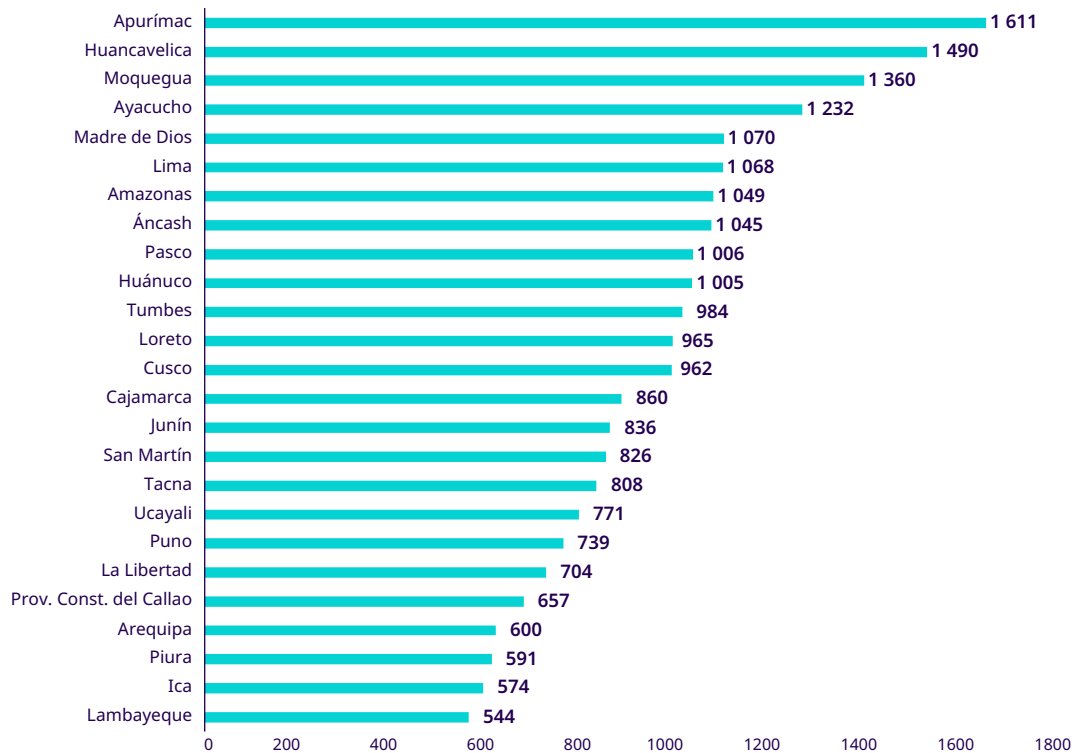
► **Gráfico 20. Gasto público en salud según nivel de gobierno. Años seleccionados. Estructura porcentual**



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Economía y Finanzas.

La distribución del gasto por región también revela que un 39,3 por ciento se concentra en Lima, mientras que el resto de las localidades tiene participaciones inferiores al 5,0 por ciento. Si a la vez este gasto se mide en términos per cápita, queda en evidencia una desigual distribución de las erogaciones por región (gráfico 21). En efecto, la brecha entre la región con mayor gasto per cápita (Apurímac) y la de menor gasto per cápita (Lambayeque) alcanza una magnitud de 196 por ciento.

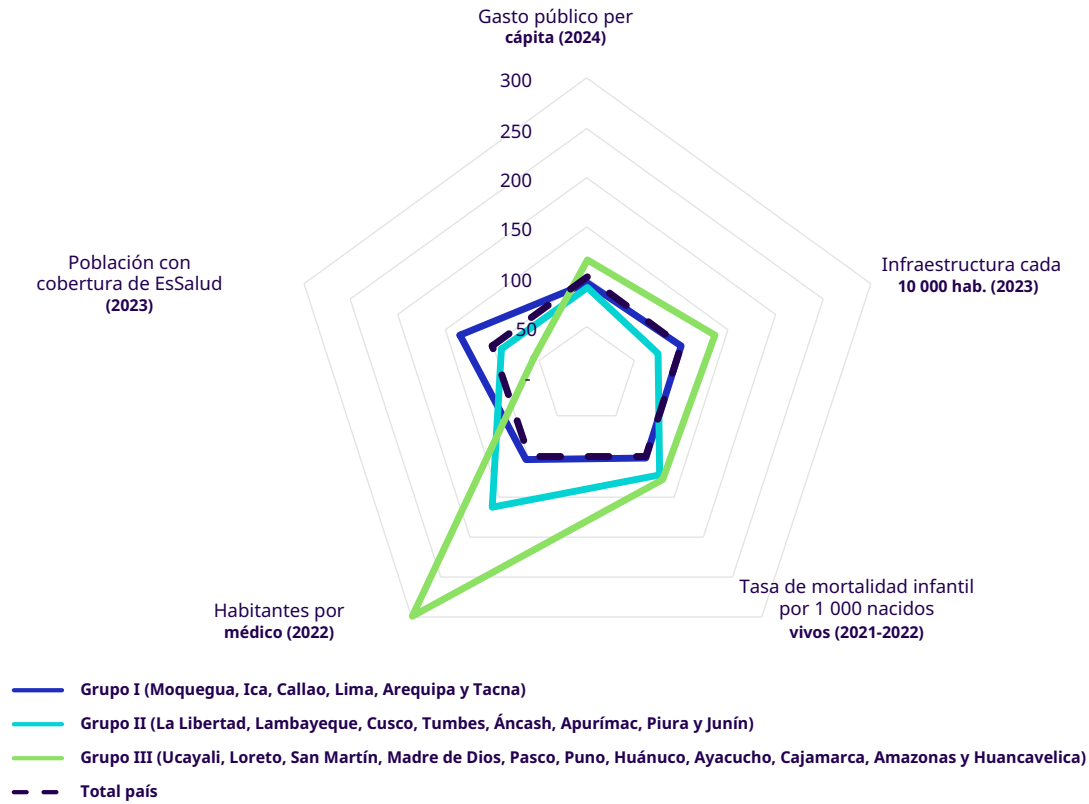
La heterogeneidad regional observada tanto en las condiciones sociales como en algunos resultados sanitarios (por ejemplo, en la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida), presentada en los capítulos 2 y 4, también es aplicable a los recursos financieros del sistema sanitario. En el gráfico 22 puede apreciarse cómo las regiones de mayor índice de desarrollo humano –que son las que concentran la mayor parte del valor agregado de producción y muestran mejores indicadores sociales entre su población– también se constituyen como las que poseen mayor nivel de cobertura del sistema contributivo (EsSalud). Esto remite a una de las características más complejas de los esquemas descentralizados de provisión de servicios sociales. En este tipo de sistemas, las fuertes disparidades regionales representan una importante restricción al logro de sistemas equitativos, teniendo en cuenta que las regiones más desarrolladas de cada país suelen tener mayor cobertura de la seguridad social, menor informalidad, mayores bases tributarias para financiar los servicios públicos y, consecuentemente, mejor infraestructura y mejores resultados sanitarios. De hecho, el gráfico 22 denota que la principal disparidad se verifica en la brecha de habitantes por médico. Así, mientras que en el grupo I el ratio de habitantes por médico es de 103, en los grupos II y III alcanzan un promedio de 163 y 299, respectivamente.

► **Gráfico 21. Gasto público per cápita en salud según región, 2024. En soles corrientes**

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Economía y Finanzas y proyecciones poblacionales según el INEI.

Debe notarse que la política de salud ha sido básicamente del tipo centralizada hasta principios de la década de 1990. Pero ya en la Constitución de 1993 se estableció que si bien es el Estado el que determina la política de salud, este debe diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizada con el fin de facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud. Sin embargo, solo bajo el marco de las Leyes N° 27783, de 2002 (Bases de la descentralización), y N° 29124, de 2009, el MINSA comenzó a transferir a los Gobiernos regionales algunas competencias en salud (Cetrángolo *et al.* 2013).

►Gráfico 22. Agrupamiento de regiones según indicadores seleccionados



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Economía y Finanzas, el INEI e Indicadores Básicos de Salud.

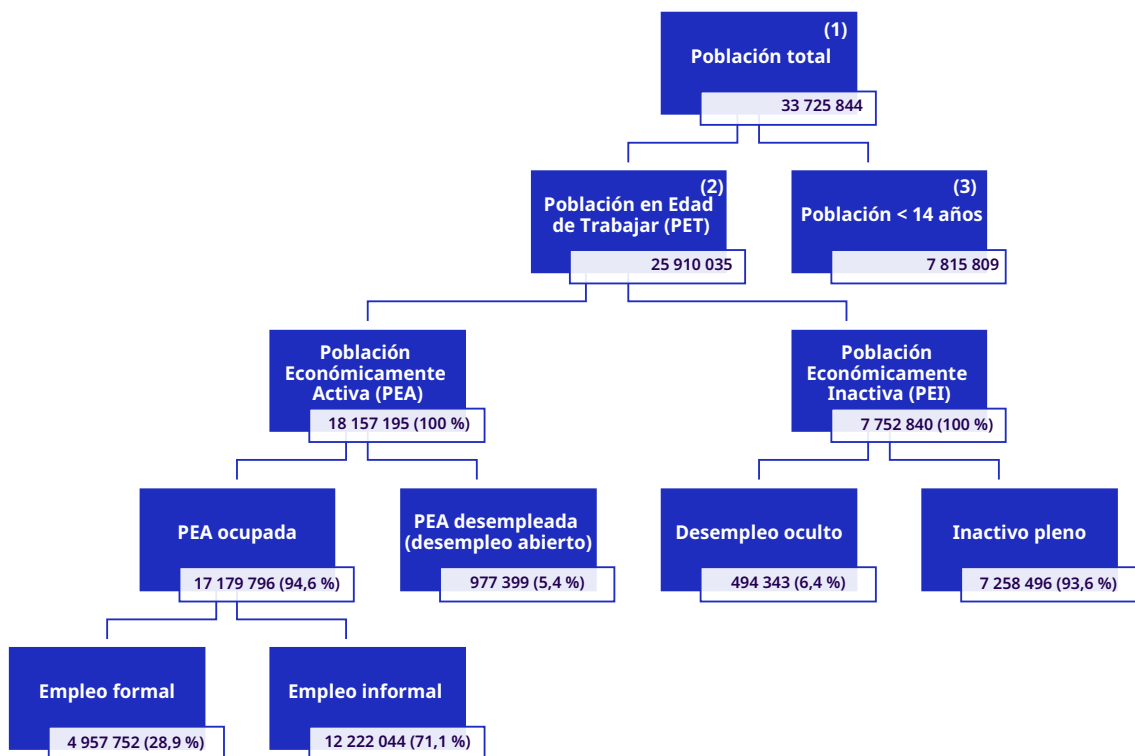
► 6. Mercado de trabajo y aseguramiento en salud

Teniendo en cuenta que históricamente la consolidación del aseguramiento social en salud ha guardado una estrecha relación con el trabajo formal y que uno de los desafíos más importantes para ampliar la cobertura de la protección social en países de América Latina proviene del predominio de trabajo informal, resulta imprescindible introducir aquí información básica sobre el mercado de trabajo y su relación con el aseguramiento social.

6.1. Evolución y estructura del mercado de trabajo³⁸

En el Perú, de acuerdo con el *Informe Anual del Empleo 2023* del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE 2024), la Población en Edad de Trabajar³⁹ (PET) fue de 25,9 millones de personas en 2023. Dentro de ellas, 18,2 millones formaban parte de la Población Económicamente Activa (PEA), dentro de la cual se encontraba ocupada el 94,6 por ciento (17,2 millones). A su vez, el 71,1 por ciento de las personas trabajaron en empleos informales durante 2023. También es interesante resaltar que la población inactiva (personas menores de 14 años y económicamente inactivas) representó aproximadamente el 46 por ciento de la población del país. Si esto se lo relaciona con la población ocupada, se observa que, por cada persona con trabajo, hubo 0,60 que no estuvieron en condiciones de trabajar (gráfico 23).

► Gráfico 23. Distribución de la población en edad de trabajar, 2023



(1) INEI - Estimaciones y Proyecciones de la Población Nacional, por años Calendario y Edades Simples, 1950-2050, Boletín especial N° 24.

(2) *Informe Anual del Empleo 2023* en base a la ENAHO (MTPE 2024).

(3) Estimado como la diferencia entre la población total y la PET.

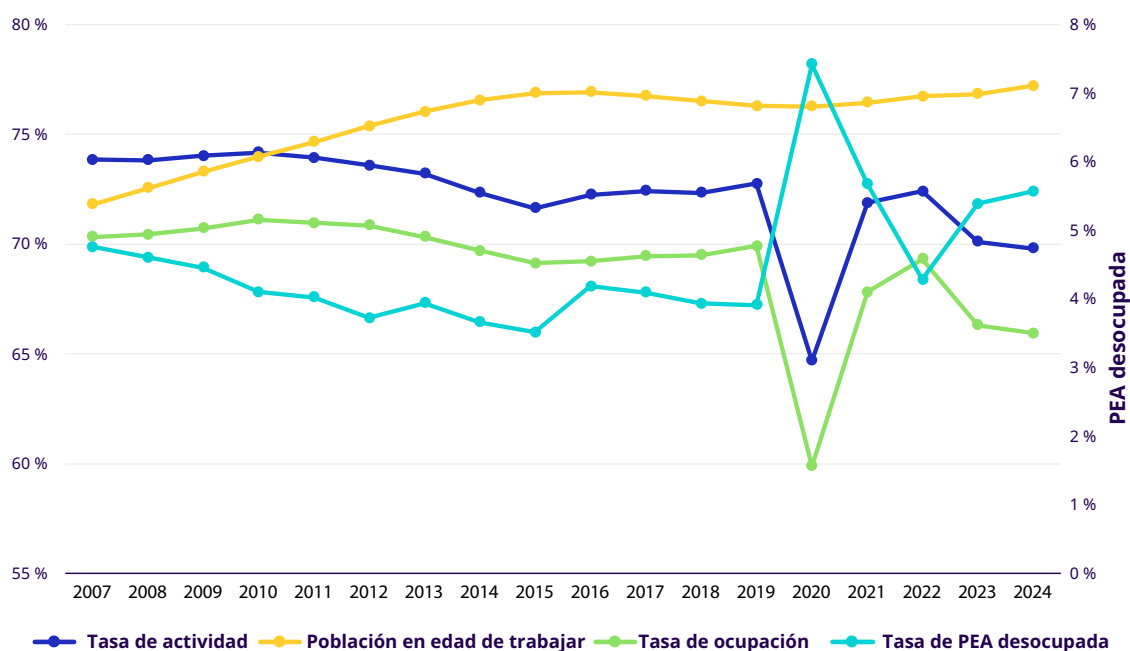
38 Los datos presentados en este apartado corresponden al *Informe Anual del Empleo 2022* (MTPE 2023), excepto que se mencione lo contrario.

39 Es el conjunto de personas que están aptas en cuanto a edad para el ejercicio de funciones productivas. En el Perú, se considera a toda la población de 14 años y más como población en edad activa o Población en Edad de Trabajar (MTPE 2023).

Fuente: Elaboración propia en base al INEI – Series Nacionales e Informe Anual del Empleo 2023 en base a la ENAHO (MTPE 2024).

La tendencia de los últimos años muestra un crecimiento continuo de la PET, que coincide con una leve disminución tanto de la tasa de actividad como de la tasa de ocupación. Esto se corresponde con la etapa de «bono demográfico» en la que entró el Perú desde hace algunos años, evidenciando tasas de dependencia históricamente bajas, tal como se muestra en el segundo capítulo de este informe. En este sentido, mientras que la PET se incrementó en 5,4 puntos porcentuales entre 2007 y 2024, la tasa de actividad disminuyó 4,0 puntos porcentuales y la tasa de ocupación 4,4 puntos porcentuales. Es decir, la velocidad de crecimiento de la PET superó a la velocidad de crecimiento de la PEA y de la población ocupada. En tanto, el desempleo (tasa de PEA desocupada) se mantuvo estable (gráfico 24).

► Gráfico 24. Población en edad de trabajar, tasa de actividad, tasa de ocupación y tasa de desempleo, 2007-2024



Fuente: Elaboración propia en base al INEI – Series Estadísticas Nacionales en base a Encuesta Nacional de Hogares y MTPE.

En relación con el periodo prepandemia se observa una recuperación de los niveles de la tasa de actividad y de ocupación en 2024, pero todavía existe un mayor nivel de desocupación en comparación con 2019 (3,9 por ciento vs. 5,6 por ciento). La tasa de actividad en 2023 a nivel rural fue mayor que en áreas urbanas (80,8 por ciento vs. 68,0 por ciento) y más elevada en el grupo etario de 30 a 59 años (84,7 por ciento). A su vez, existen algunas diferencias territoriales dado que la población que participa en el mercado de trabajo en regiones como Arequipa (61,5 por ciento), Lima (66,4 por ciento), Tacna (67,2 por ciento), Ica (67,4 por ciento), Moquegua (67,6 por ciento) y Lambayeque (68,0 por ciento) se encuentra por debajo del promedio nacional (70,1 por ciento).

Algo similar ocurre con el desempleo, donde la cantidad de personas que han buscado trabajo sin conseguirlo en el área urbana resulta mayor que en el área rural (6,3 por ciento vs. 1,6 por ciento) y en ambos casos los valores no han vuelto a los registrados en la prepandemia (4,8 por ciento y 0,7 por ciento, respectivamente). A su vez, el desempleo en las mujeres fue 1,4 veces mayor al de los hombres (6,4 por ciento vs. 4,5 por ciento) y, si bien en el caso de los hombres no se modificó luego de la pandemia, la tasa para las mujeres aumentó casi 2 puntos porcentuales entre 2019 y 2023.

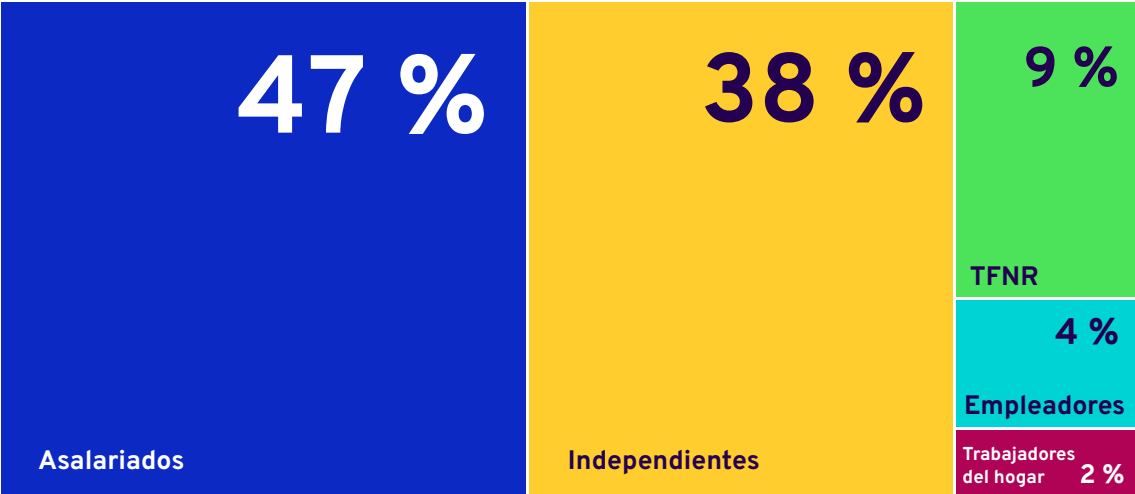
Estos indicadores ponen en evidencia dos características que distinguen al mercado de trabajo peruano: la baja tasa de desempleo y los altos niveles de informalidad. Una mirada complementaria a la situación de

desempleo la constituye la tasa de déficit de empleos⁴⁰, que contempla tanto a la población desempleada como a aquellas personas que, aun teniendo una necesidad insatisfecha de empleo, no forman parte de la población activa al no cumplir los criterios para inscribirse en la categoría de desempleados. En este sentido, para 2023, la tasa de déficit de empleos en el Perú fue de 16,6 por ciento, por encima de la tasa a nivel mundial de 11,1 por ciento. En el caso de los países de ingresos bajos y medianos-bajos, la incidencia de déficit de empleos se ubicó entre el 20,5 por ciento y el 11,5 por ciento, para los países de ingresos medios-altos rondó el 10,4 por ciento, mientras que en el caso de países de ingresos altos fue de solo 8,2 por ciento (OIT 2024b).

Un examen de este indicador muestra que la incidencia de déficit de empleo fue peor para las mujeres (22,2 por ciento vs. 11,65 por ciento para los hombres) y superior en áreas urbanas que rurales (18,5 por ciento y 8,0 por ciento, respectivamente). En cuanto a las edades, afecta más a las personas de 15 a 29 años (24,1 por ciento) y a las mayores de 60 años (19,9 por ciento) que a quienes se encuentran en el centro de la pirámide poblacional (30 a 59 años), con 11,8 por ciento.

Por su parte, con relación a la caracterización de la población ocupada, debe señalarse que en 2023 el 47 por ciento de la PEA ocupada era asalariada, 37,8 por ciento trabajó de manera independiente⁴¹ y un 4,1 por ciento lo hizo como empleador⁴². En el mismo año, los Trabajadores Familiares No Remunerados (TFNR)⁴³ representaron el 9,4 por ciento de la PEA ocupada, mientras que el 2,2 por ciento fueron personas trabajadoras del hogar⁴⁴. Estas últimas registraron una participación más elevada para las mujeres que para los hombres (gráfico 25).

► Gráfico 25. PEA ocupada según categoría ocupacional, 2023



Fuente: Elaboración propia en base a *Informe Anual del Empleo 2023* (MTPE 2024).

40 La tasa de déficit de empleos (μd) mide la proporción de personas que buscan un empleo (PEA desempleada) y la población que desea tener un empleo –es decir, la Población Económicamente Inactiva (PEI) con deseos de trabajar– respecto del conjunto de población que conforma la fuerza laboral potencial, es decir, la oferta laboral (PEA) y la PEI que desea encontrar un empleo. Este indicador se expresa del modo siguiente:

$$\mu d = \frac{\text{PEA desempleada} + \text{PEI que desea un empleo}}{\text{PEA ocupada} + \text{PEA desempleada} + \text{PEI que desea un empleo}} \times 100$$

41 La definición de trabajador independiente corresponde a la utilizada por el país para resultados de la ENAHO. En este sentido, trabajador independiente es aquella persona que trabaja en forma individual o asociada, explotando una empresa, negocio o profesión, y que no tiene trabajadores remunerados a su cargo (MTPE, s. f.).

42 Se entiende por empleador o patrono a aquella persona que es titular o director en la explotación de una empresa, negocio o profesión y tiene trabajadores remunerados a su cargo (MTPE, s. f.).

43 Trabajador Familiar No Remunerado (TFNR): Es la persona que presta sus servicios en una empresa o negocio, con cuyo patrón o dueño tiene lazos de parentesco, sin percibir remuneración. En algunos casos recibe propina u otras formas de pago diferentes a sueldo, salario o comisiones (OIT, Octava Conferencia Internacional de Estadígrafos del Trabajo) (MTPE, s. f.).

44 Trabajador del hogar: Es la persona que presta servicios en una vivienda particular y recibe una remuneración mensual por sus servicios, y generalmente recibe alimentos. El trabajador que presta servicios domésticos (lavado, cocina, limpieza, etc.) para una empresa o establecimiento público o privado, y no para una familia particular, debe ser considerado obrero y no trabajador del hogar (MTPE, s. f.).

Dentro de los asalariados, en 2022, el 81,3 por ciento correspondió al sector privado y el 97,0 por ciento de los trabajadores independientes realizaron trabajos no profesionales y no técnicos, lo que representa el 35,8 por ciento de la PEA ocupada. Dentro de los cambios ocurridos en la estructura ocupacional entre 2007-2022, se destaca un crecimiento de la participación del empleo asalariado de 5,8 puntos porcentuales y una disminución en la categoría de empleador (2,4 puntos porcentuales) y de los TFNR (4,6 puntos porcentuales). En tanto, los trabajadores independientes crecieron en 2,9 puntos porcentuales.

En el ámbito rural, la inserción laboral por categoría ocupacional difiere de la observada en el área urbana. Allí, los trabajadores asalariados representaron el 25,4 por ciento de la población ocupada, mientras que los trabajadores independientes representaron el 47,4 por ciento. A su vez, los TFNR ocuparon al 24,0 por ciento, mientras que en áreas urbanas representaron el 5,8 por ciento.

En términos generales, la participación en el empleo asalariado fue inferior en el caso de las mujeres (40,7 por ciento y 51,3 por ciento para los hombres), y superior para las edades de 15 a 29 años (59,9 por ciento), seguida por las personas de 30 a 59 años (46,3 por ciento). Las personas mayores de 60 años representaron el 24,1 por ciento de las personas asalariadas.

Durante el año 2023, el empleo fue absorbido principalmente por la rama de actividad económica de los servicios, al representar el 41,5 por ciento de la PEA ocupada, seguida por la rama extractiva, con el 24,3 por ciento, el comercio, con el 19,2 por ciento, la manufactura, con el 8,5 por ciento, y la construcción, con el 6,6 por ciento.

En línea con lo anterior, el principal grupo ocupacional fue vendedor (12,1 por ciento de la población ocupada), seguida por el agricultor, ganadero y pescador calificado (12,0 por ciento), mientras que peón agropecuario, pesquero y forestal representó al 10,6 por ciento de la PEA ocupada.

Algunas de las características aquí presentadas, junto con otras (como el nivel educativo de la población empleada), redundan en elevados niveles de informalidad⁴⁵. Como se mencionó, en el Perú, la informalidad en 2023 alcanzó, según datos de la Encuesta Permanente de Empleo Nacional, al 71,1 por ciento de las personas, pero resultó diferente en el interior de las categorías ocupacionales. En este sentido, mientras que la proporción de asalariados informales fue de 52,8 por ciento, en el caso de los trabajadores independientes la informalidad alcanzó al 87,9 por ciento. A su vez, fue más alta en mujeres (73,4 por ciento vs. 69,3 por ciento para los hombres) y afectó en gran medida al grupo etario mayor de 60 años (77,7 por ciento) y al área rural (94,1 por ciento). En general, se puede observar que los niveles de informalidad laboral en el país son elevados incluso para los estándares regionales: según datos del Sistema de Información y Análisis Laboral de América Latina y el Caribe (SIALC) de la OIT, el Perú es el segundo país con mayor prevalencia de informalidad laboral en Sudamérica, presentando cifras considerablemente más elevadas que países como Chile (26,5 por ciento de empleo informal), Uruguay (23,5 por ciento) e incluso Colombia (54,5 por ciento).

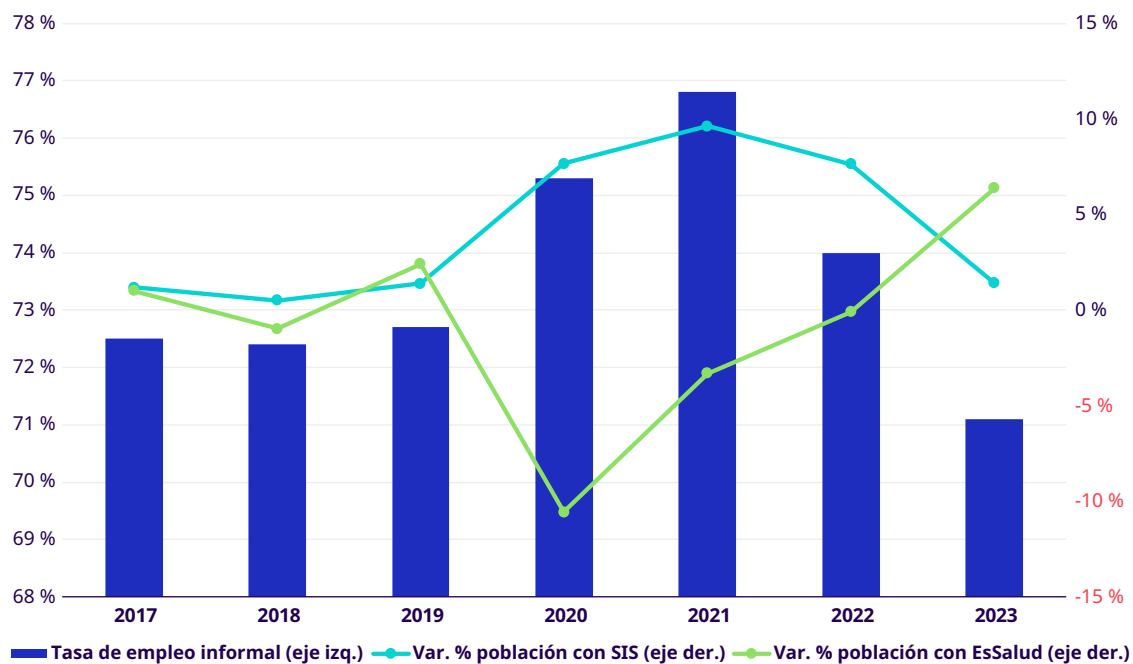
Además de la informalidad, otro factor para tomar en cuenta es la inestabilidad laboral. En el Perú, las últimas décadas se han caracterizado por el predominio de los contratos a plazo fijo, lo que provoca un tránsito continuo entre el empleo formal y el empleo informal. En el 2023, tomando datos de la Encuesta Permanente de Empleo Nacional, se supo que el 56 por ciento de los trabajadores asalariados con contrato contaron con un contrato a plazo fijo. Sumado a ello, un 11 por ciento estuvo contratado bajo la modalidad de locación de servicios, lo que da un total de 67 por ciento de trabajadores dependientes formales que se encontraban bajo un contrato o acuerdo laboral inestable. Esta situación se traduce en el hecho de que, incluso entre los trabajadores formales, se dificulta la realización de aportes continuos a la seguridad social. Esto se confirma al observar que el 49,3 por ciento de los trabajadores con un contrato a plazo fijo mantuvieron el vínculo laboral durante menos de un año, mientras que el 69,5 por ciento de los trabajadores contratados bajo locación de servicios estuvieron en la misma situación (Larco y Fernández-Maldonado 2024).

⁴⁵ El empleo informal se calcula en base a la metodología de la OIT, que comprende a aquellos trabajadores que laboran en unidades productivas no registradas en la administración tributaria, aquellos asalariados que no cuentan con seguro de salud pagado por el empleador y los trabajadores familiares no remunerados.

6.2. Inserción laboral y aseguramiento en salud

La configuración de la seguridad social en la región ha estado basada en la lógica contributiva. Esto implica que toda cobertura depende de la inserción laboral de las personas. En particular, en el Perú, el mercado laboral no ha logrado transformarse en una auténtica puerta de entrada universal a la protección social (CEPAL 2006). Tanto es así que, desde la aprobación de la Ley del AUS en 2009, el mayor aumento de la cobertura en salud ha estado a cargo del SIS, mientras que el Seguro Social ha mantenido una cobertura estable entre el 21 por ciento y 25 por ciento de la población desde 2009 a 2022. Incluso, en los últimos años se observa que, con el aumento de la informalidad entre 2019-2022, la proporción de población afiliada a EsSalud cayó y aumentó la proporción de afiliados al SIS. Esto último principalmente motivado por el decreto de gratuidad aprobado en 2019. No obstante, en 2023, se observa un comportamiento diferente, con una variación positiva de la población afiliada a EsSalud y una merma de la proporción de afiliados al SIS (gráfico 26).

► **Gráfico 26. Tasa de informalidad vs. variación del porcentaje de población afiliada al SIS y EsSalud, 2017-2023**



Fuente: Elaboración propia en base al INEI y al *Informe Anual del Empleo 2022* (MTPE 2023).

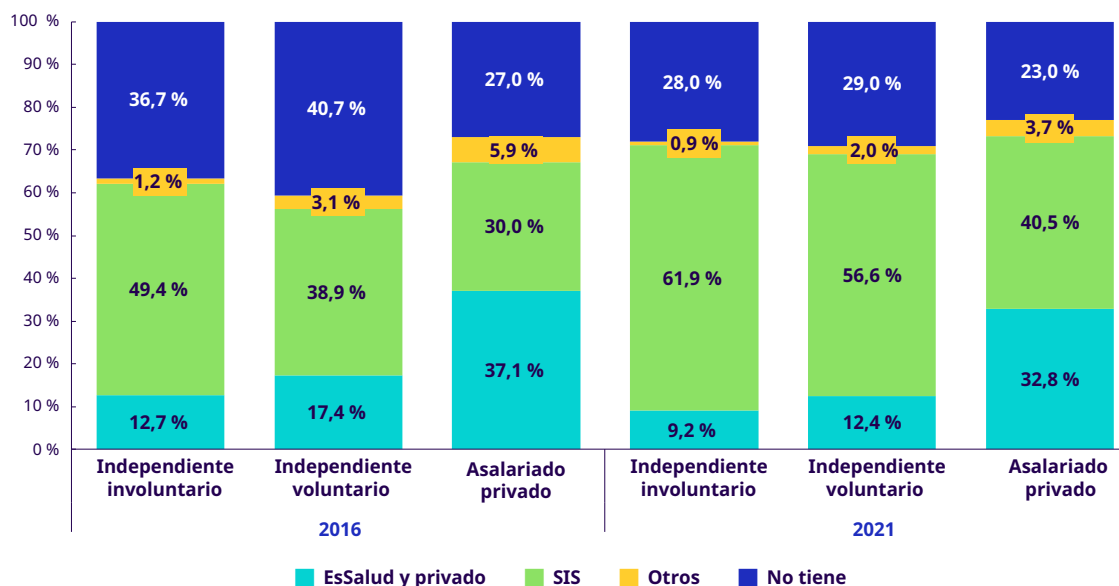
En línea con lo anterior, si bien la tenencia de un seguro de salud dentro de la PEA ocupada fue de 92,7 por ciento en 2023, existen diferencias significativas en la modalidad de acceso. En este sentido, cuando se analiza por tipo de aportante se observa que 22,3 por ciento accedió al seguro a partir del aporte del empleador, mientras que el 70,5 por ciento restante corresponde a personas que reportaron estar afiliadas a algún seguro de salud pagado únicamente por aporte propio, familiar, jubilación o con acceso gratuito al SIS otorgado por el Estado (MTPE 2024).

Al examinar la información según categoría ocupacional, de acuerdo con el *Boletín de Economía Laboral* N° 52 del MTPE (2022), con datos para 2021, los trabajadores independientes involuntarios, es decir, aquellos que se desempeñaron como independientes ante la necesidad de generar ingresos y/o no encontrar un empleo como asalariados, contaban en su mayoría con cobertura del SIS (61,9 por ciento) o no contaban con seguro de salud (28,0 por ciento). En el caso de los trabajadores independientes voluntarios⁴⁶, el aseguramiento por parte del SIS representó al 56,6 por ciento y 29,0 por ciento declaró no tener seguro de salud. En ambos grupos, la cobertura por parte de EsSalud y el sector privado fue de 9,2 por ciento

⁴⁶ Son quienes eligen el empleo independiente para generar mayores ingresos, querer ser independientes o por tradición familiar (MTPE 2022).

y 12,4 por ciento, respectivamente. En cambio, para los asalariados del sector privado, la cobertura de EsSalud y privados ascendía al 32,8 por ciento, mientras que el 40,5 por ciento de ellos se encontraba asegurado por el SIS y 23 por ciento declararon no tener seguro. Si se contrasta dicha información con el año 2016, se observa que la participación en el aseguramiento por parte del SIS se incrementó en todos los grupos, incluso entre los asalariados del sector privado (MTPE 2022) (gráfico 27).

► **Gráfico 27. Trabajadores independientes y asalariados privados según condición de afiliación a seguro de salud, 2016 y 2021**



Nota: No se incluyen i) los trabajadores independientes agropecuarios; ii) los independientes registrados como persona jurídica, y i) ii) los independientes de quienes se desconoce el motivo por el cual decidieron desempeñar dicha categoría.

Fuente: Boletín de Economía Laboral, junio de 2022, en base al INEI - Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza, 2016-2021, MTPE.

Esto último guarda especial relación con la condición de formalidad de los trabajadores mencionada en el apartado anterior, teniendo en cuenta que el 87,9 por ciento de los trabajadores independientes son informales. Al respecto, la OIT (2024a) elaboró el estudio *Los trabajadores independientes y la protección social en salud en el Perú*, en donde realizó una caracterización de los trabajadores independientes en relación con su situación de aseguramiento en salud. Se halló que, en 2022, un 82 por ciento de los trabajadores por cuenta propia y un 78 por ciento de los empleadores respondieron que contaban con un seguro de salud. Si bien son cifras elevadas, la mayoría de ellos, en ambos casos, contaba con el SIS. De hecho, únicamente un 12 por ciento de los trabajadores por cuenta propia y un 22 por ciento de los empleadores estaban afiliados a EsSalud. Incluso entre quienes estaban afiliados al SIS, la mayoría se encontraba en el régimen no contributivo, pues, como mostró el estudio en mención, un 86 por ciento de los trabajadores por cuenta propia y un 72 por ciento de los empleadores no pagaban ningún seguro de salud. Sumado a ello, debe tenerse en cuenta que la gran mayoría (76,5 por ciento) de los trabajadores independientes eran «de oficio», es decir, se dedicaban a profesiones medianamente calificadas (servicios personales, vendedores, servicios de protección, etc.). Este tipo de trabajadores presentaba niveles especialmente bajos de afiliación a EsSalud (únicamente 10 por ciento) y el 88 por ciento no pagaba ningún seguro. Por último, debe tomarse en cuenta que la gran mayoría de los trabajadores independientes se suelen mantener en esta condición, es decir, no es común que transiten hacia empleos dependientes que aumenten sus probabilidades de afiliarse a EsSalud. Así, por ejemplo, entre 2021 y 2022, 73,4 por ciento de los trabajadores independientes se mantuvieron en esta condición.

Los datos permiten observar que existen bajos niveles de cobertura contributiva no solo entre los trabajadores informales, sino también entre los trabajadores independientes en general. Esto representa un importante reto para EsSalud, que enfrenta el desafío de ampliar la cobertura del seguro potestativo en un contexto de afiliación automática de los no asegurados por el SIS Para Todos. Como se muestra en el estudio de OIT (2024a), únicamente un 0,3 por ciento de los trabajadores independientes en 2022

estaba afiliado al seguro potestativo de EsSalud. Incluso, los regímenes semicontributivos del SIS dirigidos a los trabajadores independientes presentaron bajos niveles de cobertura, ya que, como se observó, la mayoría de los trabajadores declaró no pagar ningún tipo de seguro. De hecho, según los propios datos del SIS, en 2024, el SIS Independiente y el SIS Emprendedor solo alcanzaron a 1 770 y 16 614 afiliados titulares, respectivamente. Tomando en cuenta que, según datos de la Encuesta Nacional de Empleo, en 2024 existían un total de 6 505 157 trabajadores independientes en el Perú, se evidencia que la mayor parte de esta población está cubierta por el régimen no contributivo (SIS Para Todos y SIS Gratuito), lo que puede generar presiones sobre la sostenibilidad financiera del SIS. Es necesario, por lo tanto, implementar medidas dirigidas a ampliar la cobertura contributiva entre trabajadores independientes y entre trabajadores dependientes informales.

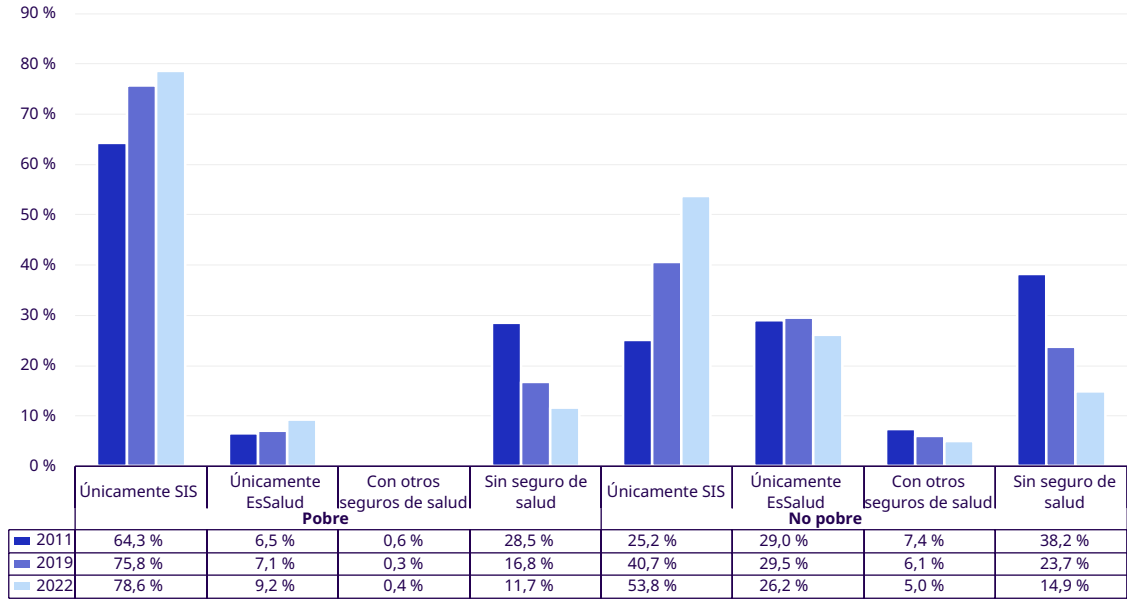
En suma, se observa que la alta prevalencia del empleo informal tanto entre trabajadores dependientes como independientes actúa como una barrera importante para la expansión del aseguramiento contributivo en salud. Si bien el país continúa atravesando una etapa de «bono demográfico» (aunque en su última fase), que generó una ventana de oportunidad para aumentar la base contributiva, el empleo formal no creció lo suficiente durante estos años. Por lo tanto, es probable que, de mantenerse los niveles elevados de empleo informal, las mayores tasas de dependencia que se observarán en los años siguientes reduzcan la base contributiva de EsSalud. En este sentido, resulta importante implementar medidas que permitan ampliar la cobertura de trabajadores en el sector informal. La OIT (2021) recogió una serie de lecciones de política a nivel internacional sobre este punto, entre las que destacan la simplificación de los procedimientos administrativos y la introducción de mecanismos de financiación adaptados a la capacidad contributiva de los trabajadores.

6.3. Capacidad contributiva de los trabajadores

Como se ha mencionado en el capítulo 2, si bien la incidencia de la pobreza monetaria en el Perú se redujo entre 2011 y 2019, la llegada de la pandemia de COVID-19 en 2020 revirtió esta tendencia y, aunque en 2024 se morigeró la pobreza, estos valores se encuentran más cercanos al valor de una década atrás que a los inmediatos prepandemia. Esto supone una dificultad para quienes deben hacer frente a diversos gastos de salud, ya sea por necesidad de atención, compra de medicamentos o pago de cuotas de seguros. Más aún teniendo en cuenta que el gasto de bolsillo en salud ha sido históricamente alto en el país, representando en 2022 el 27,0 por ciento del gasto corriente en salud.

Esta situación intentó morigerarse a partir del establecimiento de la cobertura gratuita con cargo al régimen subsidiado aprobada en 2019. Dicha norma incrementó la proporción de población con cobertura del SIS mediante el establecimiento del plan SIS Para Todos, con independencia de su situación de pobreza. Incluso, teniendo en cuenta que hasta ese momento el SIS subsidiado cubría gran parte de la población bajo condición de pobreza, el mayor aumento se vio reflejado en la cobertura de la población no pobre. En este sentido, entre 2019 y 2022, mientras que la población bajo condición de pobreza incrementó su cobertura al SIS en 2,8 puntos porcentuales, la población no pobre aumentó su cobertura en 13,1 puntos porcentuales (gráfico 28).

► **Gráfico 28. Tenencia de un seguro de salud según condición de pobreza por tipo de seguro, 2011, 2019 y 2022**



Fuente: Elaboración propia en base al INEI (2023a).

De la mano del análisis de la situación de pobreza y la tenencia de un determinado seguro de salud, el estudio de la capacidad contributiva de los trabajadores informales permite identificar el tipo de seguro de salud que podría tener esta población, si tuviese o quisiese pagar por él. Sin embargo, a partir de 2019, la cobertura por parte del SIS en el Perú se ha vuelto gratuita, lo cual constituye un desincentivo para aquellos individuos que, teniendo capacidad de pago, decidan contratar un aseguramiento diferente al gratuito (SIS Independiente, EsSalud potestativo o aseguradoras privadas). Como ya fue mencionado, los afiliados al SIS del régimen subsidiado representaban a diciembre de 2023 el 99,8 por ciento del total de afiliados al SIS, de los cuales, 56,0 por ciento pertenecían al plan SIS Gratuito y el 44,0 por ciento al SIS Para Todos. Por su parte, los afiliados de EsSalud eran casi en su totalidad asegurados regulares (89 por ciento) y asegurados del seguro agrario (6,6 por ciento). Esta distribución pone de manifiesto que los trabajadores informales se encuentran casi en su totalidad asegurados por el SIS o no poseen seguro.

Asimismo, en base a la información detallada en el *Informe Anual del Empleo 2023* (MTPE 2024), la remuneración percibida por los trabajadores formales e informales según categoría de empleo permite ilustrar las posibilidades que tienen estos últimos si desean otro tipo de aseguramiento diferente al gratuito. En el caso de los asalariados privados informales, su remuneración promedio para 2023 fue levemente superior a la Remuneración Mínima Vital (RMV) (s/1 314), totalizando 1,3 RMV. En cambio, en la misma categoría para trabajadores formales, la tasa fue de 2,8 RMV. En el caso de los trabajadores independientes, la remuneración promedio en el caso de los informales fue inferior a una RMV, alcanzando 0,8, mientras que en el caso de los independientes formales fue de 1,9 RMV (MTPE 2024).

► **Cuadro 12. Ingreso laboral promedio mensual de la PEA según empleo formal e informal y categoría ocupacional. En soles y proporción de la RMV, 2023**

Cat. ocupacional	Informales		Formales	
	En soles	Sobre RMV	En soles	Sobre RMV
Asalariados privados	1 314	1,3	2 854	2,8
Asalariados públicos	1 952	1,9	2 944	2,9
Independientes	856	0,8	1 965	1,9
Empleadores	1 900	1,9	4 075	4,0
Trabajadores del hogar	1 128	1,1	2 205	2,2

Fuente: *Informe Anual del Empleo 2023* (MTPE 2024).

► 7. Reflexiones finales

A lo largo de las diferentes secciones de este informe se han presentado las características centrales del sistema de salud en el Perú, su reciente evolución y las restricciones más importantes que limitan el avance en el aseguramiento en salud efectivo para la totalidad de su población. Se trata de una situación que debe ser puesta en el contexto de un país que atraviesa acelerados procesos de transición demográfica y epidemiológica.

La tasa de crecimiento poblacional muestra una constante disminución en línea con los cambios que caracterizan a la región, y se espera que este proceso se prolongue en el tiempo. Ello ha implicado una reconfiguración de la estructura etaria de la población, aunque aún se encuentra en las primeras etapas de la transición demográfica, caracterizada por una tasa de dependencia de niños y niñas elevada y una tasa de dependencia baja de las personas mayores. En lo que refiere a la transición epidemiológica, la evolución de la mortalidad durante los últimos años en el Perú condujo a una disminución en la participación de las enfermedades infecciosas y parasitarias, que habían dejado de ser la principal causa de muerte en el país, y a un aumento de la participación relativa de las enfermedades neoplásicas. Esto implica que el país se encuentra en una etapa de postransición epidemiológica, donde predominan las muertes por enfermedades no transmisibles, aunque persisten diferencias territoriales. Por su parte, la tasa de mortalidad infantil tuvo un marcado descenso entre los años 1983 y 2003, cuando se redujo de 66 a 21 muertes cada 1 000 nacidos vivos, para luego mantenerse estable entre 2010 y 2021, con tasas de 17 y 15, respectivamente.

Considerando esos rasgos del entorno en el que debe desarrollarse e incidir el sistema de salud, a continuación, se presentarán los diez rasgos estilizados que servirán para identificar los desafíos más importantes que deberán ser enfrentados para mejorar su eficiencia, el impacto distributivo y, en definitiva, para alcanzar la cobertura universal. El informe se completará con un grupo de recomendaciones de política para hacer frente a esos desafíos.

7.1. Diez rasgos estilizados del sistema de salud en el Perú

I. La cobertura de salud se ha incrementado en términos legales a partir del Aseguramiento Universal: Si se analiza la afiliación a algún seguro con base en registros administrativos, según datos de SUSALUD para el cuarto trimestre de 2024, las personas que tenían al menos un seguro de salud ascendían al 99,7 por ciento de la población. No obstante, más allá de la cobertura de cada seguro que muestran las estadísticas y encuestas, en ningún caso aparece como una cobertura efectiva y plena.

II. Persiste la segmentación del sistema y diferencias en las coberturas: La afiliación a cada IAFAS depende de la capacidad económica de los individuos o familias y de su situación laboral. De esta forma, los criterios de elegibilidad varían en cada uno de los regímenes existentes e incluso en su interior. Los trabajadores activos en relación de dependencia, socios de cooperativas, pensionistas de cualquier régimen público y personas trabajadoras de la Administración pública se encuentran obligados a afiliarse a EsSalud. Para esta IAFAS existe una opción de afiliación voluntaria para personas cuya capacidad de pago les permita afrontar el valor de las cuotas, afiliación que se denomina «potestativa». Los miembros de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú (PNP) se encuentran afiliados de manera obligatoria a las IAFAS de las Fuerzas Armadas y a la IAFAS-SALUDPOL, respectivamente. Por su parte, la afiliación al SIS puede ser voluntaria o automática. Las personas pobres o pobres extremas son afiliadas automáticamente al régimen subsidiado del SIS, y, a partir del Decreto de Urgencia N° 017-2019, que establece medidas para la cobertura universal de salud, se aprobó la afiliación al SIS Para Todos a toda persona residente que no cuente con ningún seguro de salud. Además, dentro de los afiliados al SIS pero con cargo al régimen semicontributivo, se encuentran las personas inscriptas en el NRUS y las personas vinculadas a una microempresa. A su vez, el régimen semicontributivo cuenta con un plan de afiliación voluntario denominado «SIS Independiente», cuyo requisito de afiliación es no contar con otro seguro de salud con cobertura del PEAS.

III. El mercado de trabajo, dominado por la informalidad, no es la puerta de entrada principal al aseguramiento en salud:

El mercado de trabajo en el Perú se caracteriza por bajas tasas de desempleo junto con altos niveles de informalidad. Las tres cuartas partes de las personas trabajan en empleos informales. Con relación al desempleo, resulta mayor en áreas urbanas que en rurales y es 1,4 mayor en las mujeres que en los hombres. Como consecuencia, el mercado laboral no ha logrado transformarse en una auténtica puerta de entrada universal a la protección social. Si bien la tenencia de un seguro de salud dentro de la PEA ocupada fue de 92,7 por ciento en 2023, existen diferencias significativas en la modalidad de acceso. El 70,5 por ciento del total corresponde a personas que reportaron estar afiliadas a algún seguro de salud pagado únicamente por aporte propio, familiar, jubilación o con acceso gratuito al SIS otorgado por el Estado. En este sentido, una población especialmente vulnerable la representan los trabajadores independientes, para quienes la tasa de informalidad alcanza al 87,9 por ciento y, en consecuencia, la mayor parte se encuentran cubiertos por el SIS. Para esta población, la cobertura de EsSalud y los seguros privados se ubica en 9,2 por ciento en el caso de trabajadores independientes voluntarios y 12,4 por ciento en el caso de los involuntarios.

IV. El aseguramiento no es la solución a los problemas de salud de una parte importante de la sociedad:

En lo que refiere al acceso a las atenciones de salud, según datos de la ENAHO para el cuarto trimestre de 2024, del total de personas que presentaron algún problema de salud, el 53,8 por ciento no buscó atención (53,5 por ciento en zonas urbanas y 55,6 por ciento en el área rural). Dentro de quienes lo hicieron (46,2 por ciento), el principal lugar de consulta o atención fueron la farmacias o boticas (21,5 por ciento) y el segundo lugar fueron los establecimientos del MINSA (13,9 por ciento). Siguió, según orden de relevancia, establecimientos de EsSalud (4,8 por ciento), el consultorio particular (4,7 por ciento), otros (1,0 por ciento) y establecimientos de las Fuerzas Armadas o la Policía Nacional (0,2 por ciento) (INEI 2024b).

V. El gasto de bolsillo sigue siendo elevado y representa una fuente importante de inequidad:

En 2019, el 77,0 por ciento del gasto de los hogares en servicios de salud se efectuó mediante el gasto de bolsillo, dado que el gasto en mecanismos de aseguramiento voluntario fue reducido. Esto genera inequidades debido a que el acceso a los servicios de salud está asociado con la posibilidad que tengan los individuos de pagar por ellos limitando el cumplimiento del PEAS. Durante el periodo 2002-2022, el gasto de bolsillo en salud en el Perú se incrementó 105,7 por ciento en moneda constante. El principal gasto de bolsillo en salud para los años 2012 a 2019 ha sido la compra de medicamentos, seguido por gastos de servicio dental, los cuales representaron el 40 por ciento y el 16 por ciento, respectivamente, para 2019. La proporción de recursos destinada al pago de consultas médicas fue de 6,3 por ciento y a controles del embarazo y atención del parto 0,2 por ciento en ambos casos.

VI. El gasto en salud se ubica por debajo del promedio de América Latina: En 2022, el Perú destinó 6,2 puntos del PIB al financiamiento del gasto corriente en servicios de salud. A pesar del incremento registrado en los últimos años, el Perú se encuentra entre los países con menor proporción de gasto en salud en relación con su producto y con el menor valor en dólares ajustados por paridad de poder adquisitivo. En América del Sur, junto con Venezuela, se registran los valores más reducidos. Dicho nivel se encuentra por debajo del promedio de los países de la región de América Latina (6,9 por ciento), siendo inferior a los registros de países como Costa Rica (7,2 por ciento del PIB), Colombia (7,6 por ciento del PIB), Argentina (9,9 por ciento del PIB) y Chile (10,1 por ciento del PIB). Asimismo, resulta inferior al promedio de los países de la Unión Europea (8,9 por ciento) y se ubica entre los más bajos de los países de la OCDE. El gasto gubernamental se ubicaba en 2022 en 2,46 por ciento del PIB (40,1 por ciento del total del gasto corriente), mientras que los aportes obligatorios a la seguridad social en salud se mantienen estancados desde principios del siglo en torno a 1,5 por ciento del PIB.

VII. En un país desigual, las disparidades a nivel regional constituyen un obstáculo para la cobertura universal y homogénea en todo el territorio:

Las heterogeneidades en las condiciones sociales, productivas y en los recursos destinados a la salud y los resultados sanitarios limitan el alcance de la cobertura universal. Se ha podido observar que las regiones con mejores indicadores de desarrollo humano (las que, a la vez, concentran la mayor parte del valor agregado de producción y

presentan mejores indicadores sociales entre su población) son las que tienen mayor nivel de cobertura del sistema contributivo (EsSalud) y poseen mayor nivel de gasto público en salud per cápita. La distribución del gasto por región revela que un 39,3 por ciento se concentra en Lima, mientras que el resto de las localidades tiene participaciones inferiores al 5,0 por ciento. Si a la vez este gasto se mide en términos per cápita, la brecha entre la región con mayor gasto per cápita (Apurímac) y la de menor gasto per cápita (Lambayeque) alcanza una magnitud de 196 por ciento. Esto remite a una de las características más complejas de los esquemas descentralizados de provisión de servicios sociales ya que las regiones más desarrolladas de cada país suelen tener mayor cobertura de la seguridad social, menor informalidad, mayores bases tributarias para financiar los servicios públicos y, consecuentemente, mejor infraestructura y mejores resultados sanitarios, lo que limita el desarrollo de sistemas equitativos.

VIII. Con relación a la disponibilidad de recursos físicos, entre los años 2003 y 2021 el número total de camas hospitalarias se incrementó en 29,3 por ciento, al pasar de 41 824 a 54 080; sin embargo, la razón cada 10 000 habitantes se mantuvo en niveles similares pasando de 15,5 a 16,3 en esos mismos años. Los recursos humanos en salud se han fortalecido, pero se encuentran dispersos en el territorio:

La distribución de recursos humanos en el sector se corresponde con la heterogeneidad regional mencionada en el párrafo previo. En 2021, la Densidad de Profesionales de Salud (DPS) en el Perú se ubicó en 43,5 cada 10 000 habitantes, correspondiendo 20,3 cada 10 000 habitantes a personal de enfermería, seguido por personal médico (16,8 cada 10 000 habitantes) y obstetras (6,4 cada 10 000 habitantes). Del total de profesionales de la salud, la mayor proporción se encontraba en el Ministerio de Salud y los Gobiernos regionales (69,4 por ciento), seguido por EsSalud (21,4 por ciento) y el sector privado (4,9 por ciento). La DPS a nivel nacional aumentó de 28,5 por 10 000 en 2013 a 43,5 por 10 000 en 2021, especialmente durante los años 2020 y 2021 y a expensas de enfermeros y médicos. Ello da cuenta de un esfuerzo importante realizado para la incorporación de profesionales al sistema. Los recursos disponibles en el sistema de salud del Perú se han fortalecido en los últimos diez años, aunque se encuentran desigualmente distribuidos a nivel regional, tanto entre los diferentes subsectores que lo componen como a nivel territorial. Esta situación condiciona el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.

IX. Existe una débil rectoría del sector que restringe las posibilidades de articulación entre los diferentes segmentos que lo componen:

El Ministerio de Salud ejerce una débil rectoría sobre el sistema tanto por la escasa articulación con los Gobiernos regionales como por la nula coordinación entre segmentos (SIS y EsSalud fundamentalmente). Ello se traduce en problemas de eficiencia en la provisión que limitan el acceso al Aseguramiento Universal en Salud en todo el territorio. En este sentido, debe promoverse la complementariedad e interoperabilidad de los diversos prestadores de servicios de salud públicos, privados y públicos-privados, en función de la necesidad de los usuarios, para lograr la cobertura de atenciones de salud de manera oportuna, equitativa y eficiente, así como asegurar la continuidad del cuidado y aprovechar la infraestructura disponible en algunos segmentos.

X. El sistema de seguros presenta problemas para mejorar su eficiencia:

Como se ha visto, el sistema de salud del Perú se encuentra organizado alrededor de las IAFAS, que administran de manera independiente los fondos de los distintos regímenes que financian al sistema (subsidiado, semicontributivo y contributivo), y son las responsables de asegurar a la población. A su vez, la prestación del servicio se hace a través de las IPRESS, que pueden ser propias de las IAFAS o contratadas. Esta organización da lugar a un sistema donde no existe separación entre financiamiento, administración y gestión y provisión de los servicios de salud, lo que origina diversos problemas de eficiencia en la cobertura territorial y la provisión de servicios de calidad, que se manifiesta en peores indicadores de satisfacción y QALY, en particular en las IAFAS e IPRESS públicas.

7.2. Algunas recomendaciones para la construcción de un sistema de salud con cobertura y acceso universal

La definición de la mejor política de salud es uno de los más difíciles y complejos desafíos de la agenda pública. A ello colaboran, entre otros factores, las dificultades en lograr mejoras en la eficiencia a través de los mecanismos de mercado; las diferentes posiciones acerca de los objetivos de equidad que debe perseguir la política sectorial y los modos de lograrlo; la magnitud de los recursos involucrados, y las oportunidades que brinda para lograr importantes rentas innovadoras. Y, con relación a la provisión de servicios públicos, las dificultades para determinar el mejor balance entre políticas centralizadas y descentralizadas, y un sinnúmero de rasgos institucionales que operan de diferente manera en cada país. En consecuencia, se requiere de una aproximación que considere los diferentes aspectos críticos del sector.

En el Perú —como en la mayor parte de los países de América Latina—, ha predominado el desarrollo de un sistema organizado a través de diferentes segmentos que, por lo general, han tenido grandes dificultades en alcanzar cobertura universal de servicios de salud de cierta calidad y homogéneos entre los diferentes grupos poblacionales. La falta de coordinación y articulación entre los diferentes segmentos que componen el sistema atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad, si bien la ley de intercambio de prestaciones permite que haya coordinación entre IAFAS e IPRESS. Además, deben propiciarse la integración e interoperabilidad de los sistemas de información.

Si bien existen numerosos desafíos por delante, que implican atacar las problemáticas estructurales del sistema de salud, no pueden dejar de reconocerse los avances alcanzados en los últimos años. El incremento de la población asegurada a partir de la incorporación al SIS Para Todos, el aumento del gasto en salud traccionado fundamentalmente por el componente del Tesoro Público, que, como correlato, implicó una baja del gasto de bolsillo (aunque aún resulta elevado), y los mayores recursos tanto de infraestructura como de recursos humanos son logros alcanzados por el sistema. Los desafíos involucran diversos frentes. Por un lado, continuar fortaleciendo la presencia del sector público, ya que, mientras más importante sea el subsistema público, mayor será la redistribución implícita en el funcionamiento del sistema de salud y, en principio, más homogénea y solidaria será la cobertura. Por el contrario, el mayor peso del financiamiento de bolsillo estará acompañado de una menor redistribución y mayor inequidad. En cambio, cuanto más desarrollada esté la seguridad social en la provisión y el financiamiento de la salud, en principio, mayor será la brecha de cobertura entre los trabajadores formales y el resto de la población que solo tenga acceso al sector público, siempre y cuando no se avance en la homogeneización de las coberturas. Por ello, es de vital importancia avanzar en la articulación entre la seguridad social (involucrando no solo a EsSalud, sino también a las IAFAS PNP y FFAA) y la provisión pública, así como fortalecer el rol de rectoría del MINSA.

Ello obliga a trabajar de manera balanceada en dos sentidos: la expansión de los sistemas de aseguramiento y el fortalecimiento de la salud pública tradicional, a partir de sistemas de salud mixtos —que combinen contribuciones obligatorias y subsidios del Estado—. Sin embargo, en la medida en que los eventos en salud son aleatorios y estadísticamente independientes, los esquemas de aseguramiento parecen ser una forma eficiente de organización del financiamiento. No obstante, las asimetrías de información propias del sector salud, las dificultades en la medición de los riesgos en salud, junto con la necesidad de incorporar mecanismos de solidaridad, hacen que la introducción de esquemas de seguros de riesgo sea más compleja que en otros sectores de la economía. La efectiva mejora en la cobertura de servicios de salud para toda la población requiere políticas de salud pública, entre las que se destacan el fortalecimiento de políticas de promoción y prevención y la expansión de la atención primaria⁴⁷.

⁴⁷ Se destaca, por ejemplo, la aprobación del Plan de implementación de la visita domiciliaria con enfoque de cuidado integral de salud por curso de vida – EsSalud en Casa para el período 2026-2027, en el Seguro Social de Salud (EsSalud), mediante la Resolución de Gerencia General N.º 2307-GG-ESSALUD-2025, de fecha 3 de noviembre de 2025. Esta medida está orientada a fortalecer las acciones de promoción y prevención de la salud, así como a ampliar la atención primaria como una estrategia más costo-efectiva y sostenible para enfrentar las enfermedades no transmisibles.

De manera adicional, la existencia de sistemas de salud a nivel subnacional con coberturas dispares de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de cada lugar agrega un factor adicional de inequidad, donde los habitantes cuentan con niveles diferentes de cobertura del sector público en función de su localización geográfica. En consecuencia, ello demanda una adecuada coordinación de los servicios descentralizados que incluya la compensación de brechas entre regiones y un gobierno central con fortaleza para coordinar el sector.

Frente a este panorama dominado por la segmentación institucional y la fragmentación de la cobertura, así como la nula coordinación entre instituciones, no logra percibirse una idea clara y consensuada dentro del Gobierno acerca de cómo organizar el sistema de salud en su conjunto. Resulta necesario definir el modo en que se garantizará la cobertura del PEAS en las diferentes IAFAS, qué tipo de cobertura debe asegurarse a cada grupo poblacional más allá del PEAS, cuáles van a ser las fuentes de financiamiento y cómo introducir mecanismos de solidaridad entre segmentos. Todo ello remite a la necesidad de definir cuál es el papel esperado de cada institución y como se espera coordinar los diferentes segmentos, con una función de rectoría del sistema fortalecida por parte del MINSA. Una prueba palpable de esa ausencia de coordinación resulta del hecho de que, a pesar de que es el Ministerio de Salud el que está a cargo de la regulación del sector, EsSalud tiene dependencia institucional del Ministerio de Trabajo, lo que provoca algunas importantes diferencias de criterios que se manifiestan, por ejemplo, en la definición de cambios legislativos.

Si bien la normativa determina una cobertura legal para la totalidad de la población, no es posible afirmar que la cobertura en riesgos de la salud sea de tipo universal, ya que presenta serios problemas de equidad y acceso efectivo a las prestaciones. Además, ello se conjuga con un sistema fuertemente segmentado donde la protección financiera de la población resulta desigual en función de la capacidad de ingreso, de la situación en el mercado laboral y de la ubicación geográfica de las personas y la ausencia de coordinación institucional. A esto se suma una débil rectoría que no brinda incentivos adecuados para la cobertura, fundamentalmente en los casos en que se requeriría aportes voluntarios.

Las complejidades del problema, la heterogeneidad de situaciones y la necesaria búsqueda de consensos para que una eventual reforma sea efectiva y sostenible en el tiempo impiden pensarla como un cambio simple e instantáneo. En su lugar, este tipo de políticas requiere la puesta en marcha de un sendero de reformas que permita corregir errores en la trayectoria e ir sumando adhesiones a medida que se avanza con los cambios.

7.3. La necesaria reformulación del papel de EsSalud⁴⁸

Con independencia de las decisiones del resto de los organismos del Gobierno del país, EsSalud puede (y debe) encarar una serie de reformas para mejorar su funcionamiento y sostenibilidad. En primer lugar, existe un importante espacio para mejoras administrativas y la toma de decisiones dentro de EsSalud, según lo han manifestado casi todas las personas referentes consultadas durante este proyecto. Se trata de intentar desburocratizar el organismo y fortalecer la gobernanza de la institución, al tiempo de consolidar un esquema de toma de decisiones sustentado en conocimiento técnico y procurando resistir a las demandas de políticas que afectan su sostenibilidad financiera.

En este sentido, y con relación a la necesidad de asegurar la sostenibilidad financiera de EsSalud, se debe fortalecer la predictibilidad de gasto de la entidad. Además de modificar algunas normas que están afectando el gasto, resulta necesario reforzar al equipo a cargo de los futuros estudios actuariales para que brinden su opinión técnica frente a propuestas que puedan perjudicar la sostenibilidad financiera, lo cual favorecería la transparencia y rendición de cuentas de la entidad⁴⁹.

En relación con la necesidad de mejorar la oferta de servicios y que la afiliación les resulte más atractiva a los trabajadores independientes, EsSalud debe hacer esfuerzos para renovar la infraestructura, la disponibilidad de insumos y la contratación y selección de recursos humanos e insumos. Todo ello debe ser parte de programas plurianuales de inversión y estar en línea con las recomendaciones de los estudios actuariales. De todos modos, los incentivos de los trabajadores independientes a cotizar son escasos ante la existencia gratuita del SIS Para Todos.

⁴⁸ Parte de los argumentos y las recomendaciones presentadas en esta sección surgen del análisis realizado en OIT (2024c)

⁴⁹ Véase OIT (2023).

Asimismo, un aspecto central para captar a los trabajadores independientes es mejorar el modelo prestacional a partir del fortalecimiento de la atención primaria en salud. Un ejemplo de estas políticas en la región se encuentra en las renovaciones propiciadas en Brasil luego de la reforma constitucional de fines de los años ochenta, con la creación del Sistema Único de Salud. Otra experiencia regional para tener en cuenta en ese mismo sentido es la de Costa Rica, que, sin tener el nivel de gasto más alto de la región, mantiene indicadores de estado de salud de la población que son comparables con países desarrollados. En parte, esto puede estar relacionado con su enfoque en la atención primaria de la salud y el desarrollo de una fuerte red de servicios de primer nivel de atención que inició en los años noventa y que está altamente consolidada. Costa Rica tiene un sistema de aseguramiento universal único desde hace décadas, que se ha ido fortaleciendo con los años. Ello alecciona sobre la necesidad de contar con esfuerzos sostenidos y de largo plazo para la implementación y consolidación de los procesos de reforma en salud, así como de disponer de resultados favorables en términos de cobertura y acceso a los servicios de salud.

Se trata, entonces, de senderos de reformas que de manera paulatina afectan la organización institucional y requieren ser mantenidas y fortalecidas a lo largo del tiempo. Volviendo al caso de EsSalud en el Perú, un camino posible (tal vez el más conveniente para mejorar la oferta de servicios) sea comenzar por la realización de convenios y contratos con otras entidades públicas y privadas del sector salud. Ello requerirá de mejoras en los procesos administrativos, como ya fuera señalado. La articulación de EsSalud con las EPS y el sector privado podría contribuir a satisfacer la demanda prestacional de los afiliados garantizando la provisión de las prestaciones del PEAS de forma oportuna y de calidad.

Otro incentivo para la incorporación de los trabajadores independientes a EsSalud podría ser la inclusión de un plan potestativo convergente con el plan regular de EsSalud integrando también las prestaciones económicas allí consideradas. Ello posibilitaría, a su vez, mejorar el fondo de riesgo dentro de la institución y la solidaridad, y hacer más sustentable la ecuación financiera de dicha institución.

Alternativamente, puede evaluarse la posibilidad de diseñar un plan potestativo complementario, que brinde cobertura de las prestaciones de alto costo o mayor complejidad, cuidando la ecuación prima-beneficios, y que permita absorber los casos de beneficiarios que se afilian exclusivamente para resolver intervenciones complejas, pero que luego dejan de aportar al seguro.

Pero tal vez la reforma más compleja e imprescindible para avanzar en las líneas de reforma antes señaladas sea la separación de funciones. Entre otras cuestiones, ello permitiría asegurar que se cumpla con el PEAS y, asimismo, que se pueda fortalecer la atención primaria. La separación de funciones facilitaría introducir incentivos orientados a racionalizar y mejorar la capacidad y gestión de la compra de servicios de salud por parte de las instituciones encargadas de administrar los recursos financieros. En este sentido, una experiencia relevante de ser mencionada es la implementación en México entre 2003 y 2019 del Sistema de Protección Social en Salud, que organizó la cobertura y el financiamiento a partir de la creación del Seguro Popular, un seguro de salud para la población sin aseguramiento. El Sistema fue instrumentado mediante una arquitectura financiera que procuró separar el financiamiento de la prestación de servicios de salud (González Block *et al.* 2016).

En concreto, los cambios mencionados son algunos de los requeridos para avanzar en una alternativa de reforma que consiste en lograr la cobertura de los diferentes grupos de trabajadores independientes mediante el aseguramiento. Esto sería parte de una reforma estructural que tienda paulatinamente a asegurar la cobertura efectiva de la totalidad de la población y permita luego contemplar nuevas formas de empleo aún no consideradas, asegurando prestaciones de calidad, oportunas y continuas, junto con una protección financiera adecuada para toda la población.

► Bibliografía

- Alcalde-Rabanal, J. E., O. Lazo-González y G. Nigenda.** 2011. «Sistema de salud de Perú». *Salud Pública de México* 53: s243-s254.
- Asociación Peruana de Entidades Prestadoras de Salud.** 2025. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios Adultos de Servicios de Salud.
- Banco Mundial.** 2016. *Financiamiento de la salud en el Perú. Análisis de la situación actual y desafíos de política al 2021*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/441041481748303633/pdf/106736-WP-P151238-SPANISH-OUO-9-For-IDU-Action-Analytical-document-has-been-approved-P151238.pdf>
- Casalí, P., O. Cetrángolo y A. Goldschmit.** 2015. *Análisis integral de la protección social en el Perú*. Lima: Oficina de la OIT para los Países Andinos. <https://www.ilo.org/es/publications/analisis-integral-de-la-proteccion-social-en-el-peru>
- CEPAL.** 2006. *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad. Síntesis*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/2808-la-proteccion-social-cara-al-futuro-acceso-financiamiento-solidaridad-sintesis>
- . 2021. *La transición demográfica: oportunidades y desafíos en la senda hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe*.
- . 2023. *Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe*. <https://www.cepal.org/es/enfoques/panorama-envejecimiento-tendencias-demograficas-america-latina-caribe>
- Cetrángolo, O., F. Betranou, L. Casanova y P. Casalí.** 2013. *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Lima: Oficina de la OIT para los Países Andinos. <https://www.ilo.org/es/publications/el-sistema-de-salud-del-peru-situacion-actual-y-estrategias-para-orientar>
- EsSalud.** 2021. *Historia de la seguridad social en el Perú. 1936-2021*. http://www.essalud.gob.pe/downloads/archivo_central/hist_del_seg_socia_SSE.pdf
- González Block, M. Á., A. Figueroa, I. García-Téllez y J. Alarcón.** 2016. «Asignación financiera en el Sistema de Protección Social en Salud de México: retos para la compra estratégica». *Salud Pública de México* 58 (5). <https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8242>
- INEI.** 2023a. *Perú: Evolución de la Pobreza Monetaria 2011-2022. Informe Técnico*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/pobreza2022/Pobreza2022.pdf
- . 2023b. *PERÚ: Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2023*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1941/libro.pdf
- . 2024a. *Acceso a los servicios básicos en el Perú, 2024*. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/6847826-acceso-a-los-servicios-basicos-en-el-peru-2024>
- . 2024b. *Condiciones de vida en el Perú: Trimestre octubre-noviembre-diciembre 2023*. <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin-condiciones-de-vida-oct-nov-dic2023.pdf>
- . 2024c. *Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2024*. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/6258234-peru-linea-base-de-los-principales-indicadores-disponibles-de-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible-ods-2024>
- . 2024d. *Informe Técnico de Condiciones de Vida en el Perú. Trimestre: octubre-noviembre-diciembre 2023*. <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin-condiciones-de-vida-oct-nov-dic2023.pdf>

- . 2024e. *Perú: Perfil de la pobreza por dominios geográficos, 2013-2023*. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/6256563-peru-perfil-de-pobreza-por-dominios-geograficos-2013-2023>
- . 2025a. *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2024*. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/6813623-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-2024>
- . 2025b. *Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2024*. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/6813669-peru-enfermedades-no-transmisibles-y-transmisibles-2024>
- . 2025c. *Perú: Evolución de la Pobreza Monetaria, 2015-2024*. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/6763186-peru-evolucion-de-la-pobreza-monetaria-2015-2024>
- Jumpa-Armas, D. V.** 2019. «Aseguramiento universal en salud en el Perú: Una aproximación a 10 años de su implementación». *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19 (3): 75-80. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v19i3.2158>
- Larco, G. y E. Fernández-Maldonado.** 2024. *Informe: Trabajo decente en el Perú 2019-2023*. Lima: Programa Laboral de Desarrollo.
- Londoño, J-L y J. Frenk.** 1997. «Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America». *Health Policy* 41 (1): 1-36.
- Ministerio de Salud.** 2021a. *Cuentas de Salud Perú 2002-2019*. Lima: Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3505842-cuentas-de-salud-peru-2002-2019>
- . 2021b. *Gasto de bolsillo en salud y medicamentos. Periodo 2012-2019*. https://www.digemid.minsa.gob.pe/Archivos/Estudios/GASTO_BOLSILLO_2012-2019.pdf
- . 2021c. *Tiempos de pandemia 2020-2021*. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5485.pdf>
- . 2023a. *Análisis de situación de salud del Perú, 2021*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6279.pdf>
- . 2023b. *Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos, 2019*. Lima: Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6280.pdf>
- . 2023c. *Indicadores Básicos 2022*. <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/publicaciones/indicadores-basicos/>
- . 2024. *Cuentas de Salud (SHA-2011)—Estimaciones preliminares del gasto corriente en salud 2002-2022*.
- MTPE.** 2022. *La dinámica del trabajador independiente en el Perú, 2016-2021*. *Boletín de Economía Laboral* N° 52. <https://www.gob.pe/institucion/mtpe/informes-publicaciones/3464746-boletin-de-economia-laboral-n-52-la-dinamica-del-trabajador-independiente-en-el-peru-2016-2021>
- . 2023. *Informe Anual del Empleo 2022*. <https://www.gob.pe/institucion/mtpe/informes-publicaciones/4790054-informe-anual-del-empleo-en-el-peru-enaho-2022>
- . 2024. *Informe Anual del Empleo 2023*. <https://www.gob.pe/institucion/mtpe/informes-publicaciones/6561596-informe-anual-de-empleo-2023>
- . s. f. *Glosario de términos de temas de empleo*. <https://www.trabajo.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/estadisticas/terminologia.pdf>
- OCDE.** 2025. *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Perú 2025*. París: OECD Publishing. https://www.oecd.org/es/publications/estudios-de-la-ocde-sobre-los-sistemas-de-salud-peru-2025_262a739e-es.html

- OIT.** 2021. *Extending social security to workers in the informal economy. Lessons from international experience*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- . 2023. *Valuación actuarial EsSalud. Estudio financiero actuarial al 2022*. Lima: Oficina Internacional del Trabajo. <https://www.ilo.org/es/publications/estudio-financiero-actuarial-essalud-2022>
- . 2024a. *Los trabajadores independientes y la protección social en salud en el Perú: caracterización, nivel de cobertura y el rol del seguro social de salud (EsSalud)*. Lima: Oficina Internacional del Trabajo. <https://www.ilo.org/es/publications/los-trabajadores-independientes-y-la-proteccion-social-en-salud-en-peru>
- . 2024b. *Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo: Tendencias 2024*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo. <https://www.ilo.org/es/publications/flagship-reports/perspectivas-sociales-y-del-empleo-en-el-mundo-tendencias-2024>
- . 2024c. *Políticas para la ampliación de la cobertura de los trabajadores independientes al seguro social de salud*. Lima: Oficina Internacional del Trabajo. <https://www.ilo.org/es/publications/politicas-para-la-ampliacion-de-la-cobertura-de-los-trabajadores>
- OMS.** 2010. *Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/44373>
- . 2021. *Elaboración de una hoja de ruta para aplicar, en el periodo 2023-2030, el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las ENT 2013-2030*. <https://www.who.int/es/publications/m/item/implementation-roadmap-2023-2030-for-the-who-global-action-plan-for-the-prevention-and-control-of-ncds-2023-2030>
- OPS.** 2021. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles y los trastornos mentales en el Perú: El caso a favor de la inversión*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54419>
- . 2025. *Envejecimiento saludable*. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
- Ramos, M. y R. Choque.** 2007. *La educación como determinante social de la salud en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/322210-la-educacion-como-determinante-social-de-la-salud-en-el-peru>
- SIS.** 2021. *Memoria anual del Seguro Integral de Salud 2020*. MINSA. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1973096/ANEXO%20RJ%20077-2021-SIS%20Memoria%20Anual%202020.pdf.pdf>
- SUSALUD.** 2023. *Anuario Estadístico 2022*. Lima: Intendencia de Investigación y Desarrollo de la Superintendencia de Salud. <https://www.gob.pe/institucion/susalud/informes-publicaciones/4443829-anuario-estadistico-2022>
- UNDESA.** 2024. *World Population Prospects 2024*. United Nations Department of Economic and Social Affairs. <https://population.un.org/wpp/>



Organización
Internacional
del Trabajo

Oficina de la OIT para los Países Andinos

Calle Las Flores 275
San Isidro
Lima - Perú

(511) 615 0300

www.ilo.org/peru

-  OITAndina
-  OIT_Americas
-  OITAmericas
-  OITAmericas

