EsSalud
Humanizando el Seguro Social

EsSalud 80 años
Unidos para ti
1936 - 2016

OIT
Organización Internacional del Trabajo

ESTUDIO FINANCIERO ACTUARIAL

2015

Estudio financiero actuarial de EsSalud 2015

Febrero 2016

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 hombres y mujeres

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2016
Primera edición 2016

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

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

Grushka, Carlos
Estudio financiero actuarial de Essalud 2015. Lima, OIT, Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2016.
174 p.

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

02.13.2

ISBN: 978-92-2-330991-6 (print)
978-92-2-330992-3 (web pdf)
978-92-2-330993-0 (CD-ROM)

Datos de catalogación de la OIT

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.
La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las sancione.
Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.
Las publicaciones y los productos digitales de la OIT pueden obtenerse en las principales librerías y redes de distribución digital, u ordenándose a: ilo@turpin-distribution.com. Para más información, visite nuestro sitio web: ilo.org/publns o escríbanos a: ilopubs@ilo.org.

Impreso en Perú

Impreso en Talleres Gráficos:
Industrias Herbio S.A.C.
Av. Del Aire Nº 673 - Urb. Sta. Catalina
La Victoria Lima - Perú

Tiraje:
500 ejemplares

Impresión:
Febrero de 2016

Teléfonos:
RPC.: 997 895 077
Telf.: 224-2874

Índice

Introducción ..... *Pag. 9*
Resumen ejecutivo ..... *Pag. 12*

Capítulo 1. Panorama demográfico, marco macro-económico y socio-laboral del Perú *Pag. 29*
1.1. El panorama demográfico peruano..... *Pag. 31*
1.1.1. Tendencias y perspectivas de la población peruana ..... *Pag. 31*
1.1.2. Evolución de las variables demográficas determinantes en Perú ..... *Pag. 33*
1.1.2.1. Evolución y tendencias de la mortalidad ..... *Pag. 33*
1.1.2.2. Evolución y tendencias de la fecundidad ..... *Pag. 36*
1.1.2.3. Evolución y tendencias de la migración internacional ..... *Pag. 37*
1.2. El contexto económico del Perú ..... *Pag. 38*
1.3. Mercado laboral y situación social en el Perú ..... *Pag. 43*
1.4. Disparidades en el territorio ..... *Pag. 50*

Capítulo 2. El sistema de salud, caracterización y diferenciales ..... *Pag. 53*
2.1. El sistema de salud peruano..... *Pag. 55*
2.1.1. Instituciones y alcance..... *Pag. 55*
2.1.2. Diagnóstico y desafíos..... *Pag. 58*
2.2. La carga de enfermedad en el Perú..... *Pag. 71*

Capítulo 3. Diagnóstico de EsSalud: análisis de evolución reciente y situación en el año 2014 *Pag. 75*
3.1. Antecedentes institucionales ..... *Pag. 77*
3.1.1. El Seguro Regular ..... *Pag. 77*
3.1.2. El Seguro de Salud Agrario..... *Pag. 79*
3.2. Marco operativo y normativo..... *Pag. 81*
3.3. Las prestaciones de EsSalud ..... *Pag. 85*
3.4. Cobertura poblacional ..... *Pag. 88*
3.5. Información económico-financiera y presupuestal ..... *Pag. 91*
3.6. La carga de enfermedad en EsSalud ..... *Pag. 94*

Capítulo 4. Modelo de proyección actuarial, bases técnicas, supuestos y escenarios alternativos *Pag. 97*
4.1. La población de EsSalud ..... *Pag. 99*
4.2. Las prestaciones de EsSalud y su costo ..... *Pag. 101*
4.3. Las prestaciones médicas según edad, sexo y tipo de seguro..... *Pag. 102*
4.3.1. Consultas médica..... *Pag. 102*
4.3.2. Hospitalizaciones ..... *Pag. 103*
4.3.3. Emergencias ..... *Pag. 105*

4.3.4. Intervenciones Quirúrgicas ..... *Pag. 107*
4.3.5. Hemodiálisis ..... *Pag. 109*
4.4. Los costos médicos agregados según tipo de seguro ..... *Pag. 111*
4.5. Las prestaciones económicas según edad, sexo y tipo de seguro ..... *Pag. 112*
4.5.1. Subsidios por incapacidad temporal ..... *Pag. 112*
4.5.2. Subsidios por maternidad ..... *Pag. 114*
4.5.3. Subsidios por lactancia ..... *Pag. 114*
4.5.4. Subsidios por sepelio ..... *Pag. 116*
4.6. Los costos de las prestaciones económicas según tipo de seguro ..... *Pag. 117*
4.7. Los cotizantes y sus ingresos según edad, sexo y tipo de seguro ..... *Pag. 118*
4.8. Escenario base y alternativas a considerar ..... *Pag. 121*
4.8.1. Escenario base: La demografía y los costos del "envejecimiento" ..... *Pag. 122*
4.8.2. Escenario alternativos ..... *Pag. 122*

Capítulo 5. Proyección actuarial: Resultados y principales hallazgos ..... *Pag. 123*
5.1. Escenario base ..... *Pag. 125*
5.1.1. Los ingresos de EsSalud ..... *Pag. 125*
5.1.2. Los ingresos del Seguro de Salud Agrario ..... *Pag. 127*
5.1.3. Los egresos de EsSalud ..... *Pag. 130*
5.1.4. Los gastos del SSA ..... *Pag. 133*
5.1.5. Los resultados de EsSalud ..... *Pag. 136*
5.2. Los costos de mantener la innovación tecnológica médica ..... *Pag. 138*
5.3. Los costos de mejorar servicios (camas por asegurado) ..... *Pag. 139*
5.4. Mejoras en la formalidad laboral ..... *Pag. 140*
5.5. Mejoras en el ingreso afecto a EsSalud ..... *Pag. 141*
5.6. Escenario integrado ..... *Pag. 142*
5.7. Principales hallazgos ..... *Pag. 143*

Capítulo 6. Conclusiones y recomendaciones ..... *Pag. 147*
6.1. Valuación actuarial y perspectivas de EsSalud ..... *Pag. 149*
6.2. Cobertura de salud en el Perú (fragmentaria e insuficiente) ..... *Pag. 150*
6.3. Gestión de EsSalud ..... *Pag. 152*
6.4. Prácticas inequitativas en el financiamiento ..... *Pag. 154*
6.5. Información al público e información para la gestión ..... *Pag. 155*

Anexo ..... *Pag. 157*

Bibliografía ..... *Pag. 172*

Introducción

El objetivo principal del estudio financiero actuarial es evaluar la sostenibilidad financiera de corto y mediano plazo del Seguro Regular y del Seguro de Salud Agrario administrados por EsSalud. Este estudio permite analizar las principales variables relacionadas con el desarrollo de los seguros administrados por EsSalud, incluyendo la legislación actual, los cambios demográficos, la transición epidemiológica, el desempeño económico del país y aquellas que inciden en el financiamiento de la Institución.

La realización periódica de estudios financieros y actuariales es una herramienta de monitoreo constante ante un entorno dinámico, que permite la toma de decisiones oportunas para asegurar una mejor gestión, tomando como referencia los principios de la seguridad social desde su perspectiva como derecho humano.

Dentro de los criterios de análisis que se utilizan a lo largo del estudio, se toman como referencia los principios de la Seguridad Social contenidos en las normas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), tales como solidaridad, equidad, universalidad y sostenibilidad.

El Convenio Núm. 102 de la OIT, Convenio relativo a la norma mínima de la Seguridad Social, ratificado por Perú en el año 1961, estipuló que el Estado debe "*…garantizar cuando fuere oportuno, que los estudios y cálculos actuariales necesarios relativos al equilibrio se establezcan periódicamente y, en todo caso, previamente a cualquier modificación a las prestaciones, de la tasa de las cotizaciones del seguro o de los impuestos destinados a cubrir las contingencias en cuestión".*

El Decreto Legislativo Nº 1171[1] establece la obligación de realizar estudios actuariales previamente a la incorporación de trabajadores independientes al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, a la creación de un Seguro de Salud específico o a la aplicación de exoneraciones, incentivos, beneficios o exclusiones de la base imponible respecto de las aportaciones a EsSalud. Dicha norma dispuso que EsSalud realice estudios actuariales bianuales, con la finalidad de garantizar la sostenibilidad financiera del fondo de la Seguridad Social en Salud y de propiciar una atención oportuna y de calidad a los asegurados.

---

[1] Publicado en el Diario Oficial el Peruano el 07 de diciembre de 2013. Este DL modificó la Ley Nº 26790 (de Modernización de la Seguridad Social en Salud) y establece la realización de estudios actuariales en el régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud.

[2] La Defensoría del Pueblo en su Informe Defensorial No. 161 "Camino al Aseguramiento Universal en Salud - AUS", observa que en los últimos años se incrementó la dilación para el otorgamiento de citas y la programación de cirugías en los establecimientos de EsSalud. También, el "Informe Final Encuesta Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud" señala que sólo el 50.9% de asegurados (titulares y derechohabientes) tiene confianza en EsSalud, principalmente debido a las esperas (82.4%).

[3] Un ejemplo es el programa Plan Confianza implementado a partir del año 2013, por el que (hasta noviembre 2014) se intervinieron 19 mil pacientes asegurados en hospitales de EsSalud y clínicas privadas.

Por otro lado, la actual administración preocupada por la percepción de la población usuaria, respecto del deterioro gradual de la calidad de las prestaciones[2], ha impulsado con buen resultado políticas orientadas a mejorar los servicios[3], y considera los estudios actuariales como instrumentos de gran utilidad para orientar sus decisiones e impulsar iniciativas que corrijan y reviertan gradualmente esta tendencia.

Respondiendo a estas necesidades, y bajo el Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional suscrito el 08 de julio de 2011, el Seguro Social de Salud y la OIT suscribieron un Convenio Específico para la ejecución, entre otros, de un estudio financiero actuarial respecto del Seguro Regular y el Seguro de Salud Agrario

Seguro de Salud Agrario cuyo objetivo principal era evaluar la sostenibilidad financiera de ambos seguros contributivos administrados por EsSalud, sobre la base de una serie de aspectos específicos desarrollados a lo largo del trabajo.

La elaboración del estudio financiero actuarial estuvo a cargo del actuario Carlos Grushka, colaborador externo de la OIT. El trabajo fue coordinado inicialmente por Pablo Casalí, y posteriormente por Sergio Velasco, ambos Especialistas en Seguridad Social de la OIT.

La revisión de la metodología utilizada y los resultados obtenidos, estuvo a cargo de Fabio Durán Especialista en Seguridad Social para las Américas y Andrés Acuña, funcionario del Servicio Financiero y Actuarial (ILO/PFACTS) del Departamento de Protección Social de la OIT en Ginebra. Esto garantizó que el trabajo cumpla con los estándares de la OIT y que las conclusiones y recomendaciones presentadas por el colaborador externo estén en línea con los principios de la seguridad social contemplados en las normas internacionales de la OIT.

El presente documento está estructurado en seis Capítulos. En el Capítulo 1 se realiza una exposición general del contexto demográfico, macro económico y socio laboral de Perú, con el fin de proporcionar un marco general de referencia que sustenta los elementos presentados en los capítulos siguientes. El Capítulo 2 comprende una descripción general del sistema de salud y la caracterización de los elementos que los integran, que se complementa con el estudio de carga de enfermedad cuyo perfil mixto de enfermedades plantea importantes retos y tiene significativas implicancias en el sistema de salud. En el Capítulo 3, se abordan diversos aspectos relacionados con la gestión de EsSalud en términos de su marco operativo, la configuración de su cobertura, la población protegida, información económica financiera y el estudio de carga de enfermedad, información relevante para el diseño de estrategias de intervención sanitaria que permitan mejorar el estado de salud de la población asegurada. En el Capítulo 4 se desarrolla el modelo de proyección actuarial, sus bases técnicas, y se describen los supuestos y se presentan seis escenarios, uno base y cinco alternativos: i) Escenario base: La demografía y los costos del “envejecimiento”, ii) Los costos de la inflación médica, iii) Los costos de mejorar servicios (camas por asegurado), iv) Mejorar la cobertura poblacional; v) Aumento de ingresos por mejoras en la base de cotización, vi) Escenario integrado que combina los escenarios i), ii), iv) y v). En el Capítulo 5 se realiza el análisis de la

proyección actuarial de los escenarios desarrollados en el capítulo anterior. En el Capítulo 6 se presentan las conclusiones y recomendaciones que surgen de la información analizada, de las proyecciones actuariales realizadas y de las entrevistas con funcionarios de las diversas áreas de EsSalud involucradas.

La Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas de EsSalud atendió con oportunidad las solicitudes de información formuladas por el Actuario. Se detectó la necesidad de mejorar la calidad de la información en cuanto a su grado de desagregación y consistencia que permita un análisis más minucioso en la construcción de estudios actuariales.

Los resultados preliminares del estudio, fueron presentados a las autoridades de EsSalud en agosto de 2015, quienes brindaron sugerencias y comentarios que permitieron mejorar el producto final. Adicionalmente al análisis cuantitativo, el consultor sostuvo reuniones con funcionarios de diversas instituciones, con objeto de contar con los elementos necesarios para comprender en forma integral la problemática existente y estar en condiciones de elaborar recomendaciones de política cuya observancia conduzca a un mejoramiento en el desempeño y objetivos de la Institución. El Actuario también agradece la asistencia brindada por su colega Laura Lacasta.

Es importante destacar la colaboración técnica aportada durante todo el proceso por las diversas dependencias de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas a cargo del Dr. Felipe Chu Wong y en especial el apoyo de la Oficina de Estudios y Gestión de Riesgos a cargo de Econ. Nicke Flores y de los funcionarios Dr. Jaime Muñoz León, Gerente de Gestión de Seguros, Ing. Jorge Grández, Subgerente de Regulación y Gestión de Seguros e Ing. Dennis Vera, Director de la Oficina de Estudios y Gestión de Riesgos.

La coordinación del Estudio Financiero Actuarial expresa su agradecimiento a la señora Presidenta Ejecutiva de EsSalud, Dra. Virginia Baffigo, y a los distintos Gerentes y funcionarios que de una u otra forma colaboraron con la realización del estudio.

En el ámbito de la OIT, se agradece a José Manuel Salazar, Director de la Oficina Subregional de OIT para los Países de la Región Andina, así como a María Arteta, Directora Adjunta de dicha Oficina, por el apoyo brindado a la iniciativa y por sus actividades de coordinación del estudio; al personal del Servicio Actuarial y Financiero y del Servicio de Políticas de Seguridad Social y Desarrollo de OIT Ginebra, quienes con sus excelentes aportaciones enriquecieron este informe.

Resumen ejecutivo

Los responsables de las políticas y de la gestión de las instituciones de seguridad social necesitan disponer oportunamente de instrumentos que les permitan conocer la evolución previsible de sus variables más importantes y que les proporcionen las pautas necesarias para la toma de decisiones apropiadas, tanto a nivel de elaboración de políticas, como de planificación estratégica. En particular, en materia de financiamiento y gestión financiera, se requiere desarrollar estudios e investigaciones específicos para monitorear el desempeño presente y futuro de la Institución.

A pesar del crecimiento económico de los últimos años, se reporta un severo déficit en los principales indicadores del empleo e ingresos en el Perú. La extrema heterogeneidad productiva se manifiesta en diferencias muy marcadas en la productividad por sectores de actividad y, en consecuencia, su capacidad de generar empleos (Casalí et al., 2014). Cualquier política de reforma que intente ampliar los alcances de la seguridad social y reducir las desigualdades en Perú no puede ofrecer soluciones idénticas para todos los ámbitos territoriales y requiere iniciativas para reducir las disparidades.

En ese marco, el planeamiento a largo plazo de diversas políticas públicas debe tener como punto de partida las proyecciones de la población, su estructura por edad y sexo y sus variables determinantes (fecundidad, mortalidad y migraciones).

La población peruana era de 29 millones en el año 2010, alcanzaría 39 millones en 2040 y 42 millones en 2070, para luego descender a 40 millones en 2100. Con el transcurrir del tiempo, la población va gradualmente modificando su estructura por edad ya que distintos grupos crecen a distinto ritmo: en el período 2010/2100 la tasa de crecimiento sería negativa (-0,5%) para los menores de 15 años, 0,2% para 15 a 64 y 2,2% para mayores de 65 años.

El mayor peso que va adquiriendo el grupo de adultos mayores (más de 65 años) es conocido como proceso de envejecimiento poblacional; esta proporción alcanzaría 18% en 2050 y 32% en 2100. El envejecimiento es producto principalmente del significativo descenso de la fecundidad y en menor medida de la mortalidad. A futuro, la relevancia de estos factores se revertiría.

Al proceso que consiste en la disminución gradual de las tasas de fecundidad y de mortalidad se le conoce como transición demográfica. Este fenómeno presenta un reto para el sistema de salud, los perfiles epidemiológicos cambian y con ellos la frecuencia en el uso de los tratamientos, lo cual explica el incremento previsible de los costos por efecto del envejecimiento de la población.

Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), la cobertura de salud a nivel nacional, viene aumentando desde 2005 cuando sólo un 36% de la población peruana tenía un seguro de salud, pasando a un 69% en 2014, gracias a las políticas expansivas del Sistema de Aseguramiento Universal en Salud (AUS).

Existen dos sectores del sistema de salud: el público y el privado. El sector público se divide en régimen subsidiado (o contributivo indirecto) y semicontributivo a cargo del Seguro Integral de Salud (SIS), y el régimen contributivo directo que es el que corresponde al Seguro Social de Salud (EsSalud). Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2015), 80% de la población peruana ya cuenta con cobertura de salud (49% SIS, 29% EsSalud y 2% otros).

La provisión de servicios de salud para los afiliados al régimen contributivo tiene dos actores: EsSalud con provisión integral y, como proveedores privados, las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), quienes como mínimo deben proveer el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

EsSalud ofrece servicios de salud a la población asalariada y sus familias, y desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud en 1997, el sector privado ha venido participando en la provisión de servicios a través de las EPS. Los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP).

Es importante mencionar la relevancia que cada vez más van adquiriendo en el mundo los estudios de carga de enfermedad (CDE), como uno de los principales insumos en el proceso de determinación de prioridades sanitarias. En tal sentido son crecientes los esfuerzos internacionales para obtener estimaciones cada vez más desagregadas para los diversos países; sin embargo, estas estimaciones dependerán de la producción científica que se desarrolla en cada país (MINSA, 2014). Es conveniente profundizar y coordinar los esfuerzos que actualmente realiza la Institución para implementar los estudios CDE.

El presente estudio actuarial considera los dos regímenes a cargo de EsSalud, el Seguro Regular (SR) y el Seguro de Salud Agrario (SSA). Ambos seguros se rigen por procedimientos propios de su naturaleza relacionados con la inscripción, declaración-pago y acreditación. Además de los titulares del SR y del SSA, están cubiertos sus derechohabientes: cónyuge o concubino(a); hijos(as) menores de edad; e hijos(as) mayores de edad incapacitados total y permanentemente para el trabajo.

Las prestaciones que otorga EsSalud son las siguientes, las prestaciones de salud (preventivas, promocionales, recuperativas y de rehabilitación), las prestaciones económicas (subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y sepelio), y las prestaciones sociales (bienestar y promoción social).

EsSalud brinda tratamientos de alto costo a sus asegurados, que se han incrementado durante los últimos años. Los cinco procedimientos más significativos por los montos involucrados durante 2014 fueron: tratamiento para VIH/SIDA, tratamiento de quimioterapia, soporte nutricional artificial, tratamiento para pacientes con insuficiencia renal crónica, e inmunoterapia para trasplante.

Se estima que la población total del Perú ascendía a 30.8 millones en el año 2014. La población de asegurados de EsSalud a diciembre 2014 totalizaba 10.6 millones, que representa el 34% de la población total, siendo titulares el 54% y derechohabientes el restante 46%. La distribución de asegurados de EsSalud es la siguiente: SR 94.3%, SSA 5.2% y Potestativos 0.5%. Las tres redes asistenciales de Lima concentran casi la mitad de los asegurados y las seis redes más grandes concentran las dos terceras partes.

Para efectos del análisis financiero es conveniente presentar la población clasificada por población acreditada y población cotizante. Los cotizantes del año 2014, estimados a partir de la Base de Datos de EsSalud, eran 6.5 millones; en el SR era 6.2 millones, y en el SSA 0.3 millones, con un 61.0% de hombres y edad media de 43 años. Estas cifras se presentan en el Cuadro A, junto a las de la población acreditada.

Cuadro A. Población acreditada y cotizante (Total y SSA). EsSalud, 2014

Concepto	Población acreditada		Población cotizante	
	Total	SSA	Total	SSA
Cantidad en millones	10.8	0.6	6.5	0.3
Edad media	35	29	43	34
Proporción hombres	51%	52%	61%	61%

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos EsSalud .

Cabe señalar que la población del SR tiene una distribución muy similar al total (al constituir el 95%), mientras que la del SSA es notoriamente más joven.

Adicionalmente a la información demográfica y de cobertura, es necesario el análisis de los costos de las prestaciones que brinda EsSalud. Estos están disponibles solo a nivel agregado para cinco tipos de atención (consultas médicas, hospitalizaciones, emergencias, intervenciones quirúrgicas y hemodiálisis). En ausencia de costos específicos resulta razonable aplicar los costos medios a todos los subgrupos de acreditados (por edad, sexo y tipo de seguro). Los costos de cada seguro varían según la tasa global de utilización que depende a su vez de las tasas específicas (variables según edad y sexo) y de la estructura poblacional.

Para atenciones en salud, el cálculo de costos para cada seguro, requiere adicionar a los costos de las cinco atenciones consideradas, los de otras prestaciones de salud menos significativas y otras asignaciones presupuestarias.

El costo anual global del seguro de salud se estima en S/. 526 por acreditado. El SR tiene un costo parecido de S/. 529 por acreditado, 34% superior al del SSA (S/. 394 por acreditado). Los asegurados

potestativos presentan altas tasas de utilización de todas las prestaciones (atribuibles a una estructura etaria más envejecida) por lo que su costo específico resulta significativamente elevado (S/. 1,335 por asegurado).

Para prestaciones económicas, el cálculo de costos para cada tipo de seguro, requiere adicionar los cuatro subsidios considerados (incapacidad temporal, maternidad, lactancia y sepelio). Como se detalla el Cuadro B, el costo global se estima en S/. 52 por acreditado. El SR tiene un costo (obviamente parecido) de S/. 53 por asegurado, 39% superior al del SSA (S/. 38 por acreditado).

Cuadro B. Costos globales y por tipo de seguro, según utilización de prestaciones de la población acreditada. EsSalud, 2014

Concepto	*Prestaciones médicas*				*Prestaciones económicas*		
	Tipo de seguro			Total	Tipo de seguro		Total
	Regular	Agrario	Otros	EsSalud	Regular *	Agrario	EsSalud
Costo estimado (millones S./)	5 417	215	68	**5 700**	544	21	**564**
Aseg. acreditados (millones)	10.23	0.54	0.05	**10.83**	10.28	0.54	**10.83**
Costo por acreditado (S./)	**529**	**394**	**1 335**	**526**	**53**	**38**	**52**

Nota: El SR incluye valores no significativos correspondientes a convenios y seguros potestativos.
Fuente: Elaboración propia, a partir de datos EsSalud.

Respecto a los ingresos, el análisis de los cotizantes permite constatar las diferencias de ingresos afectos a EsSalud (y EPS) según tipo de seguro y otras variables relevantes.

Es importante destacar que en el año 2009 se exonera de la aportación a EsSalud a las gratificaciones de julio y diciembre. Este estímulo, que fue introducido con una intención temporal, adquirió carácter permanente en 2015. Por otra parte, desde el año 2013, se establece que el 65% de la Remuneración Integra Magisterial (RIM) está afecto a las cargas sociales, al igual que las remuneraciones del sector salud, convalidando distintas prácticas que reducían la aportación de EsSalud. Asimismo, existen situaciones o tratamientos particulares a otros grupos (Contrato Administrativo de Servicios-CAS, SSA, Pensionistas del Sistema Privado de Pensiones, entre otros).

En el año 2014, la tasa de cotización (TDC) a EsSalud promedió 8.84%, ponderando 8.86% del SR y 4.00% del SSA. La TDC promedia 8.95% hasta los 60 años y a partir de ahí disminuye gradualmente al incorporarse de manera creciente los pensionistas (que sólo contribuyen 4%).

El Ingreso Mensual Afecto a EsSalud (IMA) del año 2014 promedió S/. 1,700, pero varía significativamente según tipo de seguro, de S/. 1,700 para el SR a S/. 800 para el SSA. Asimismo, la mediana de ingresos está por debajo de S/. 1,000.

En el año 2014 la base anual afecta a EsSalud promedió en S/. 14,300, con claras diferencias según

sexo: las mujeres (S/. 8,500) perciben 42% menos que los hombres (S/. 14,700). El comportamiento por edad responde a estándares internacionales con una forma acampanada y valores máximos entre los 25 y los 40 años, algo antes para mujeres que para hombres.

El análisis actuarial debe considerar el contexto y el marco legal vigente y/o propuesto como referencias ineludibles, así como reconocer el rol preponderante que juega el tiempo. Al considerar el financiamiento de un seguro de salud surgen los conceptos de equilibrio, superávit o déficit y el horizonte temporal (corto, mediano o largo plazo). El equilibrio corriente se mide comparando ingresos y gastos de un determinado período, mientras que la idea de sustentabilidad suele ser asociada al equilibrio actuarial, aunque también debe evaluarse la evolución en la calidad de las prestaciones.

Las proyecciones actuariales no son pronósticos para "acertar el futuro", sino que permiten evaluar sus perspectivas, dadas ciertas hipótesis razonables sobre la evolución a mediano plazo de algunas variables determinantes. Además, las proyecciones permiten evaluar el impacto sobre la cobertura y el financiamiento de hipótesis alternativas y/o de reformas a la normativa vigente.

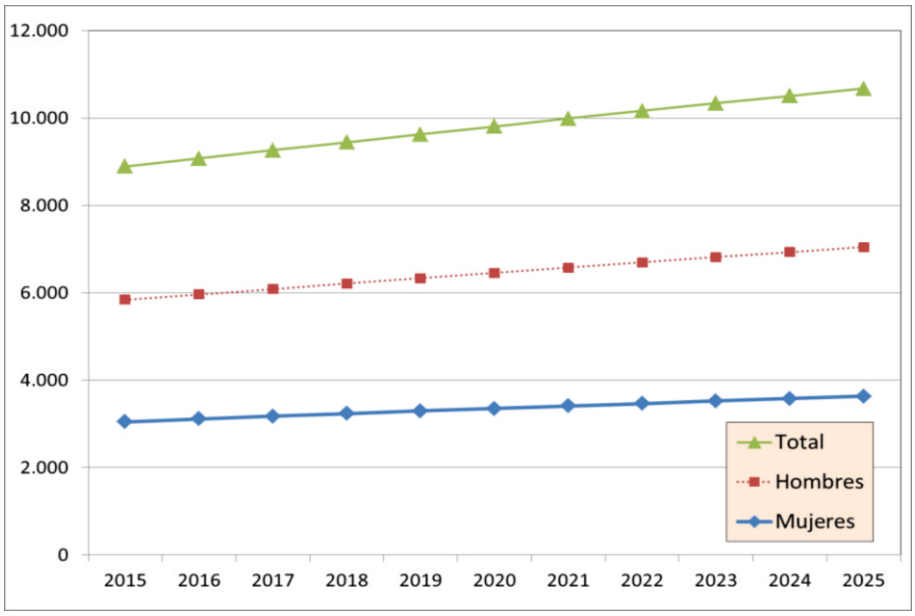
Para el escenario base se optó por simular sólo el efecto del crecimiento y cambio de estructura de la población. Así, se mantienen constantes (por edad y sexo) las proporciones de población cotizante y acreditada, el IMA y la cantidad de aportes mensuales que realicen en el año (MAP), la TDC aplicada, las tasas de utilización de cinco prestaciones de salud y de las cuatro Prestaciones Económicas, los costos medios unitarios de cada una de ellas y las proporciones de otras prestaciones médicas y gastos de administración.
A continuación analizaremos por separado ingresos, egresos y resultados esperados.

Desde el lado de los ingresos, tres son los componentes que determinan las aportaciones: número de cotizantes, monto sobre el que contribuyen (función de IMA y MAP, diferenciado por edad y sexo) y TDC aplicada.

En primer lugar, se supone constante la proporción cotizante por sexo y grupos de edad estimada para el año 2014. Entre 2015 y 2025 los cotizantes totales aumentarían de 6.5 a 8.0 millones, o 20.3% (equivalente a una tasa anual de 1.9%), casi igual para hombres y mujeres, por efecto del aumento de la población y su cambio en la estructura por edad.

En segundo lugar, se supone que los IMA y los MAP se mantienen constantes por edad y sexo; todas las cifras proyectadas del estudio se presentan a precios constantes del año 2014. Sin embargo, dado el cambio composicional entre 2015 y 2025, se produce un incremento global de 9.4% en el IMA y de 2.4% en los MAP. Por último, la TDC se supone constante en 8.5% hasta los 65 años y en 4.0% a partir de entonces. En consecuencia, las aportaciones totales aumentarían de S/. 8,891 a 10,673 millones, o 20.0% (equivalente a una tasa anual de 1.8%), algo más para hombres que para mujeres.

Gráfico A. Evolución de la recaudación por aportaciones a EsSalud, 2015-2025 (en millones de S/.)



Fuente: Elaboración propia, a partir de Tabla A.5.3 del Anexo.

En resumen, la situación y perspectivas de EsSalud respecto a sus ingresos, la del SSA y la del SR (por diferencia) dependen de algunos factores como el IMA por edad y sexo y otros resumidos en el cuadro C.

Cuadro C. Indicadores y principales componentes de los ingresos de EsSalud, según tipo de seguro (agrario y regular), 2015-2025

Concepto	EsSalud			SSA			SR		
	2015	2020	2025	2015	2020	2025	2015	2020	2025
Número de cotizantes (en miles)	6 664	7 350	8 020	337	360	380	6 328	6 990	7 640
Edad media (en años)	42,9	43,9	45,0	34,4	34,9	35,5	43,4	44,4	45,5
Proporción > 65 años (en %)	13,1%	14,3%	16,0%	1,0%	1,1%	1,3%	13,7%	15,0%	16,7%
Proporción de mujeres (en %)	39,0%	39,0%	38,9%	38,9%	38,6%	38,3%	39,0%	39,0%	39,0%
Ingreso mensual afecto (IMA) a EsSalud (Soles)	1645	1642	1634	916	927	938	1684	1678	1669
Promedio de meses con aportes en el año	9,9	10,1	10,1	8,0	8,1	8,1	10,0	10,2	10,2
Alícuota estimada (en términos del IMA)	8,2%	8,1%	8,1%	4,0%	4,0%	4,0%	8,2%	8,1%	8,1%
Aportaciones estimadas (en millones de Soles)	8 891	9 809	10 673	100	108	116	8 792	9 701	10 557

Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto.

Con respecto a los egresos, cinco son los componentes que los determinan: la población acreditada, las tasas de utilización (sólo disponibles para las principales cinco prestaciones) por edad y sexo, el costo unitario (y agregado) de dichas prestaciones, el acceso a prestaciones económicas por edad y sexo, su costo unitario (y agregado), otros egresos no vinculados a salud propiamente dicha.

En primer lugar, se supone constante la proporción de población acreditada por sexo y grupos de edad del año 2014. Sin embargo, el efecto del aumento de la población y su cambio en la estructura por edad llevaría a que la población acreditada se incremente 15% entre 2015 y 2025.

El efecto es aún mayor en la utilización de las prestaciones: en el mismo período, las consultas aumentarían 26%, los egresos hospitalarios 22%, las atenciones por emergencia 17%, las intervenciones quirúrgicas 23%, y las sesiones de hemodiálisis 35%.

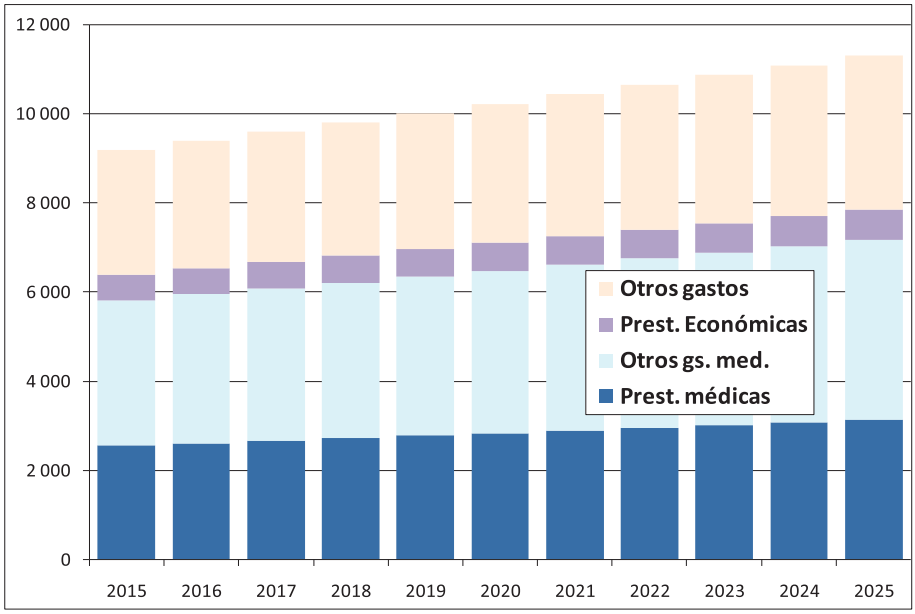
Aún bajo el supuesto de que los costos unitarios permanecen constantes, a nivel agregado las prestaciones incrementarían sus costos en igual porcentaje. Considerando la participación de cada tipo de prestación, el incremento promediaría 23%.

A falta de datos consistentes que permitan su desagregación por edad y sexo se considera que las otras prestaciones de salud mantendrán un peso proporcional al registrado en el año 2014. Así, entre 2015 y 2025, los costos médicos de EsSalud crecerían, por el sólo efecto demográfico, 23%, mientras que los costos per cápita aumentarían 7%.

El impacto demográfico es menor en el acceso a las prestaciones económicas: en el mismo período, los subsidios por incapacidad temporal aumentarían 20%, por maternidad 11%, por lactancia 12% y por sepelio 47%. Aún bajo el supuesto que los costos unitarios permanecen constantes, a nivel agregado las prestaciones económicas incrementarían sus costos en igual porcentaje. El incremento ponderado promediaría 18%, mientras que los costos per cápita aumentarían 3%.

Por último, a falta de datos consistentes que permitan desagregar los otros costos y gastos de administración (servicios médicos encargados a terceros, provisiones, pagos de pensionistas Decretos Leyes Nº 20530 y 18846, comisiones SUNAT) por edad y sexo, se considera que impactan de manera proporcional a las prestaciones de salud y mantendrían el peso de 48% registrado en el año 2014. En consecuencia, entre 2015 y 2025, los costos totales de EsSalud crecerían, por el sólo efecto demográfico, 23%, mientras que los costos per cápita aumentarían 7%.

Gráfico B. Proyección de los gastos operativos de EsSalud, 2015-2025 (en millones de S/.)



Fuente: Elaboración propia, a partir de Tabla A.5.9 del Anexo.

En la medida que nueva información esté disponible, con el grado de desagregación y consistencia deseable, ella podrá ser utilizada en futuros estudios actuariales para un mejor análisis.

El impacto demográfico en sólo una década, tanto para EsSalud en su conjunto como para el SSA puede apreciarse a través de algunos indicadores que se resumen en el cuadro D. En todos los casos, partiendo de situaciones diferentes, las poblaciones crecen, envejecen (aumentan su edad media y su proporción mayor de 65 años) y se reduce levemente la participación femenina.

Cuadro D. Indicadores demográficos de la población acreditada en EsSalud, según tipo de seguro (agrario y regular), 2015-2025

Concepto	EsSalud			SSA			SR		
	2015	2020	2025	2015	2020	2025	2015	2020	2025
Número de acreditados (en miles)	10 964	11 788	12 589	555	586	613	10 410	11 202	11 976
Edad media (en años)	33,4	34,8	36,3	28,1	29,1	30,2	33,7	35,1	36,6
Proporción > 65 años (en %)	9,1%	10,3%	11,7%	2,6%	3,0%	3,4%	9,5%	10,6%	12,1%
Proporción de mujeres (en %)	51,2%	48,0%	47,9%	51,2%	48,0%	47,9%	51,2%	48,0%	47,9%

Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto.

En resumen, las perspectivas de EsSalud respecto a sus costos médicos y a las prestaciones económicas, la del SSA y la del SR (por diferencia) se presentan en el cuadro E.

Cuadro E.

Escenario base. Costos de EsSalud, 2015-25, en moneda constante de 2014

Concepto	*2015*			*2025*		
	Tipo de seguro		Total	Tipo de seguro		Total
	Regular	Agrario	EsSalud	Regular	Agrario	EsSalud
Aseg. acreditados (millones)	10.4	0.6	**11.0**	12.0	0.6	**12.6**
Prestaciones médicas						
Costo estimado (millones S./)	2 451	96	**2 547**	3 028	112	**3 140**
Costo por acreditado (S./)	**235**	**174**	**232**	**252**	**184**	**249**
Prestaciones económicas						
Costo estimado (millones S./)	553	21	**575**	655	23	**678**
Costo por acreditado (S./)	**53**	**38**	**52**	**54**	**38**	**54**

Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto.

Ya analizados Ingresos y Gastos por separado, en el cuadro F se resumen los principales resultados. EsSalud arrojaría en el año 2015 pérdidas que representarían cerca de S/. 315 millones o 3% de las aportaciones esperadas; para el año 2025, las pérdidas aumentarían a S/. 648 millones o 6% de las aportaciones.

Cuadro F.

Escenario base "demográfico". Resultado de EsSalud, 2015-25, en moneda constante de 2014

Concepto	Unidad	Año 2015			Año 2025			Dif. relativas 2015-2025		
		Total EsSalud	Tipo de seguro		Total EsSalud	Tipo de seguro		Total EsSalud	Tipo de seguro	
			SSA	SR		SSA	SR		SSA	SR
Ingreso total estimado	Millones de Soles	**8 891**	100	8 792	**10 673**	116	10 557	**20.0%**	17.0%	20.1%
Total gastos salud y admin.		**9 206**	346	8 860	**11 321**	403	10 918	**23.0%**	16.5%	23.2%
Resultado estimado		**- 315**	- 246	- 68	**- 648**	- 287	- 361	**105.8%**	16.3%	429.3%
Resultado estimado	sobre ingresos	**-3.5%**	-248%	-1%	**-6.1%**	-246%	-3%	**71.5%**	-0.5%	340.8%
Ingreso por cotizante	Soles per cápita	**1 334**	296	1 389	**1 331**	306	1 382	**-0.3%**	3.7%	-0.6%
Ingreso por acreditado		**809**	181	842	**845**	192	878	**4.5%**	6.0%	4.3%
Costos por acreditado		**838**	628	849	**896**	664	908	**7.0%**	5.6%	7.0%
Resultado por acreditado		**-29**	-448	-7	**-51**	-472	-30	**79.1%**	5.4%	359.6%

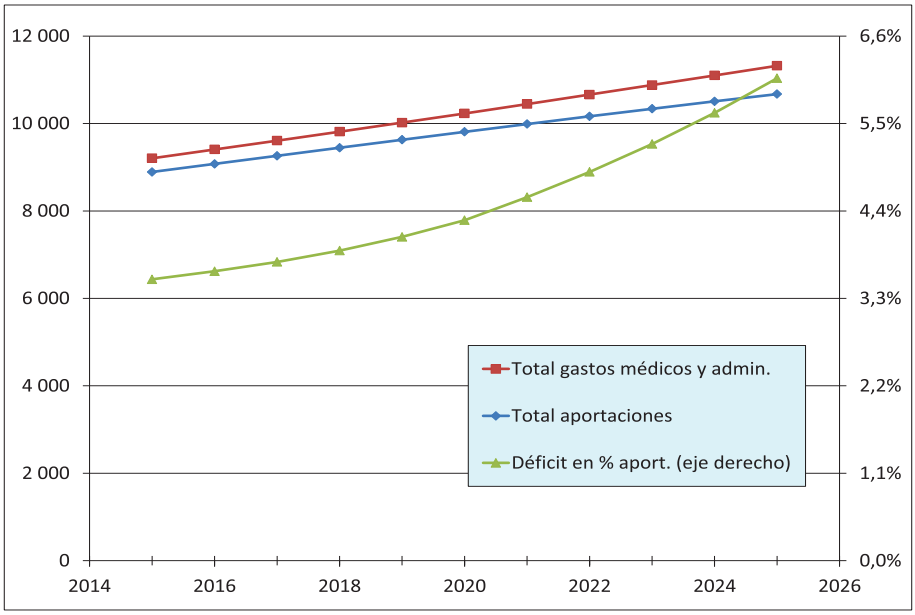
Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto.

Claramente, el SSA no es autosustentable y se beneficia de la solidaridad del sistema, a pesar de tener menos gasto por acreditado, presenta niveles muy reducidos de ingresos (por la menor tasa de cotización y el menor IMA de sus trabajadores). La participación del SSA en el resultado total se

reduciría de 78% en 2015 a 44% en 2025. El resultado negativo en 2015 equivale a S/. 29 por acreditado y aumentaría leve y gradualmente con el paso del tiempo.

La similar evolución de ingresos y gastos, a lo largo de la década, y el creciente deterioro de los resultados se presenta en el gráfico C.

Gráfico C. Evolución de las variables financieras de EsSalud, 2015-2025 (en millones de soles y en % de las aportaciones)



Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto.

En un segundo escenario se incorporan los cambios demográficos del escenario base y el impacto financiero de reconocer los costos crecientes en tecnología médica también llamada inflación médica, cuya incorporación incrementaría la necesidad de recursos. En ausencia de restricción presupuestaria y/o manteniendo la calidad de servicios constante, este escenario es el más realista.

El supuesto adoptado se basa en registros históricos y valores usados para proyecciones correspondientes a Canadá (entre otras), donde los gastos reales per cápita aumentan alrededor del 3% anual. Dado que en este escenario no se incluyen aumentos salariales reales, se adoptó un crecimiento anual de costos del 2%, suponiendo que no se producen cambios en las cantidades de atenciones ni cómo se brindan cuidados de salud, mientras que los pacientes no aumentarían ni disminuirían su "consumo" de servicios sanitarios.

Los resultados de incorporar (o mantener) nuevas tecnologías generarían la necesidad gradual de contar con recursos adicionales. A lo largo de la década, las aportaciones debieran incrementarse en promedio 18%, lo que es equivalente a 1.4% del IMA: todos los cotizantes tendrían que incrementar su tasa de cotización 1.4 pp., de 8.2% a 9.6%.

En un tercer escenario se contemplan los costos de mejorar servicios. EsSalud identifica necesidades de inversión a partir de la brecha que surge de comparar indicadores internacionales

de camas hospitalarias por cada diez mil habitantes (Cuba 51, EEUU 30, Brasil 23, México 17, Perú 15 y Bolivia 11) con la oferta de 9 por parte de EsSalud.

Para alcanzar el valor de Perú, la brecha estimada es de 8 mil camas en 2015 y 13 mil en 2021. La inversión necesaria demandaría un total de S/. 16,289 millones (que a efectos ilustrativos se supone amortizables en once años), a los que debe sumarse S/. 5,176 millones anuales por costos de operación y mantenimiento.

En consecuencia, resulta conveniente mostrar el gradual impacto que generaría extender la oferta de camas disponibles. A lo largo de la década, las aportaciones (o los IMA) debieran incrementarse en promedio 73%, lo que es equivalente a 5.9% del ingreso afecto a EsSalud: todos los cotizantes tendrían que incrementar su TDC 5.9 pp., por lo que la TDC promedio efectiva de 2014 (8.2%) debería elevarse a 14.0%.

En un cuarto escenario se estiman los resultados esperados incorporando un aumento de los contribuyentes de EsSalud a partir de mejoras en la formalidad laboral y una política clara de extensión de cobertura hacia la población excluida.

Cabe destacar que al considerar 2% anual de nuevas afiliaciones, éstas también incrementan costos por su atención y la de sus derechohabientes. Se supone que los nuevos cotizantes mantienen las mismas características que los vigentes en 2014 (distribución por edad, sexo, tipo de seguro, IMA y MAP), y con el mismo promedio registrado de carga de familia (0.26 cónyuges y 0.55 hijos). Adoptar este supuesto implica que ingresos y gastos crecen en forma proporcional. A lo largo de la década, las aportaciones se incrementarían en promedio alrededor del 13% y los costos otro tanto; para permanecer en equilibrio, las aportaciones (o los IMA) debieran incrementarse en promedio 4.3%, lo que es equivalente a 0.3% del ingreso afecto a EsSalud: todos los cotizantes tendrían que incrementar su TDC 0.3 pp., por lo que la TDC promedio efectiva de 2014 (8.2%) debería elevarse a 8.4%.

En un quinto escenario se estiman los resultados esperados incorporando la posibilidad de recuperar la pérdida generada por la exoneración de las gratificaciones y/o reducir algunas de las exoneraciones vigentes (que reducen el ingreso afecto a EsSalud respecto al ingreso real de los trabajadores sobre los cuales cotiza el empleador), incrementando los recursos disponibles.
Cabe mencionar por ejemplo, que docentes y profesionales de la salud sólo aportan por el 65% de su salario, por lo que sus IMA podrían crecer 54% sin cambios en su salario nominal. Suponiendo mejoras del 2% anual en el IMA promedio, a lo largo de la década, las aportaciones se incrementarían en promedio alrededor del 13%, lo que permitiría reducir la TDC promedio 0.6 p.p., de 8.2% a 7.6%.

Un sexto escenario considera el efecto conjunto suponiendo incrementos adicionales del 2% anual de cobertura (cotizantes / población), los mayores costos de atención que se generan, un

incremento del 2% anual del IMA, así como los efectos de la inflación médica. Este escenario se presenta a manera de ejemplo de aplicación de una estrategia integral con objeto de mostrar su potencial resultado.

A lo largo de la década, las aportaciones y los costos se incrementarían en promedio alrededor del 29%, lo que requerirá incrementar alrededor de 0.3% la TDC promedio, de 8.2% a 8.4%. Puede observarse que los resultados anuales, aunque son negativos, están muy cercanos al punto de equilibrio (cercanos también al escenario base).

Tras analizar diversas variables que componen y afectan la evolución de los resultados esperados de EsSalud es conveniente resumir los distintos escenarios considerados. En el escenario demográfico base los resultados se mantendrían muy cerca del equilibrio dado la restricción de presupuestar los gastos de acuerdo con los recursos esperados. El crecimiento poblacional tendería a compensar mayores ingresos y mayores gastos, con tendencia decreciente muy leve dado el proceso de envejecimiento. Su comparación con los restantes escenarios se presenta en el Cuadro G.

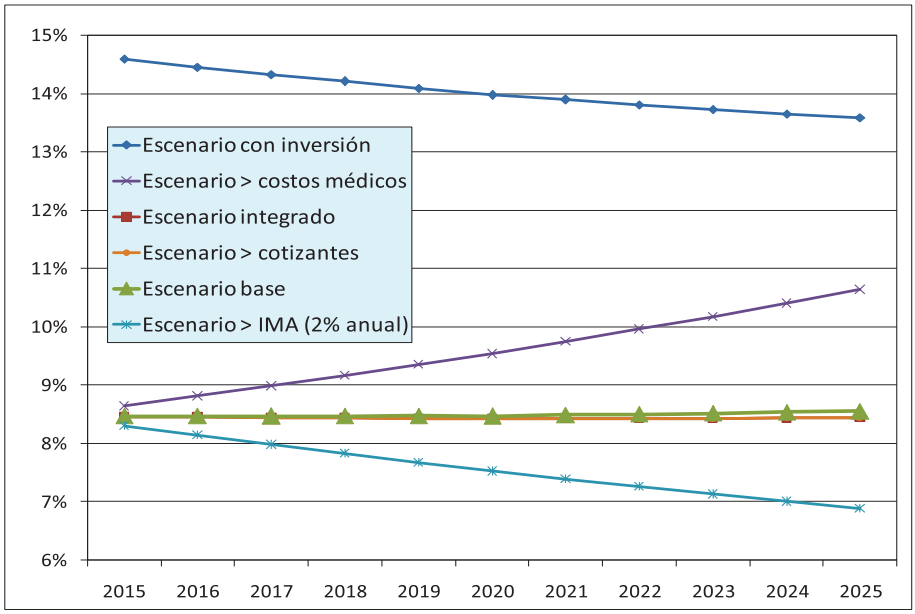
Cuadro G. Resumen de escenarios 2015-25, millones de S/. de 2014

Concepto	2015	2020	2025	Promedio 2015-25	Aumento IMA necesario	TDC necesaria
Escenario base						
Aportaciones (1)	8 891	9 809	10 673	**9 798**		
Costo total (2)	9 206	10 229	11 321	**10 245**		
Resultado (1)+(2)	**- 315**	**- 420**	**- 648**	**- 446**	4.6%	8.5%
Escenario 2 (inflación médica)						
> costos médicos (3)	- 184	- 1 291	- 2 755	- 1 362		
Resultado (1)+(2)+(3)	**- 499**	**- 1 711**	**- 3 403**	**- 1 809**	18.0%	9.6%
Escenario 3 (mayor inversión)						
> camas, inversión y operación (4)	- 6 657	- 6 657	- 6 657	- 6 657		
Resultado (1)+(2)+(4)	**- 6 972**	**- 7 077**	**- 7 305**	**- 7 360**	72.7%	14.0%
Escenario 4 (mayor cobertura)						
Aportaciones adicionales (5)	178	1 238	2 598	**1 298**		
Atención nuevos acreditados (6)	- 175	- 1 221	- 2 569	**- 1 281**		
Resultado (1)+(2)+(5)+(6)	**- 312**	**- 403**	**- 619**	**- 430**	4.3%	8.4%
Escenario 5 (mayor IMA)						
> salario y/o < exoneración (7)	178	1 238	2 598	**1 298**		
Resultado (1)+(2)+(7)	**- 137**	**817**	**1 950**	**855**	-8.3%	7.6%
Escenario 6 (integrado)						
Aportaciones adicionales (>IMA y > cob.) (8)	359	2 631	5 827	**2 816**		
Atención nuevos acred. y > costos méd. (9)	- 363	- 2 665	- 5 949	**- 2 862**		
Resultado (1)+(2)+(8)+(9)	**- 319**	**- 454**	**- 770**	**- 492**	5.0%	8.4%

Fuente: Cuadros 5.5 a 5.10.

Otra manera de considerar los resultados es en términos de la TDC que permitiría equilibrar gastos y recursos en los distintos escenarios, tal como se presenta en el gráfico D. En el escenario base la TDC debería promediar, a lo largo de la proyección, 8.5%; en el escenario con las inversiones identificadas como necesarias sería 14%; lograr graduales aumentos de la cobertura y del IMA implicaría poder reducirla a 7.6%, en los tres casos con tendencia decreciente. Por su parte, el escenario con mayores costos que acompañen el mantenimiento de las innovaciones médicas requeriría una TDC promedio de 9.6%, con tendencia creciente y en el escenario integrado se requiere una TDC promedio de 8.4%.

Gráfico D. Tasa de cotización necesaria para mantener el equilibrio financiero (en % del IMA), escenarios alternativos 2015-2025



Fuente: Cuadros 5.5 a 5.10.

Como ya se dijera, las proyecciones actuariales permiten evaluar el impacto sobre la cobertura y el financiamiento de hipótesis alternativas y/o de reformas a la normativa vigente y constituyen un primer paso para un debate sustentado y de mayor profundidad.

Principales Conclusiones y Recomendaciones

1) De la proyección demográfica financiera, surge que si las condiciones en que viene operando EsSalud (inercia pasada) continúan en el futuro, se observarán crecientes resultados financieros deficitarios. Dado el estricto manejo presupuestal que ha adoptado la Institución y que se ha reflejado en un forzado equilibrio financiero, estos déficits se manifestarán a través de un deterioro creciente de la calidad y oportunidad de los servicios prestados. Si esta situación continua, se verá sin duda afectada la confianza que la población asegurada tiene con EsSalud.

En el escenario con mayores costos que acompañe el mantenimiento de la tecnología médica requeriría, para equilibrar gastos y recursos, un aumento promedio de 18% del IMA o una TDC promedio de 9.6% con tendencia creciente. En el escenario con las inversiones identificadas como

necesarias, el IMA debería aumentar 73% o la TDC elevarse a 14.0%.

Con objeto de asegurar una situación de equilibrio financiero y avanzar gradualmente hacia un esquema de prestaciones con calidad y oportunidad, es necesario actuar simultáneamente abordando los diversos aspectos que inciden en el desempeño del sistema de seguridad social en salud: incremento de cobertura tanto horizontal como vertical, mejorar la gestión (procesos de afiliación, acreditación, recaudación, inspección, inteligencia de información), estandarizar el ingreso afecto (base imponible), entre otros.

Para contener y eventualmente revertir la tendencia deficitaria estimada, es necesario adoptar una estrategia integral, con planes de acción coherentes y coordinados en varios ámbitos: evaluación y ajuste constante de políticas y prácticas de recaudación, cobertura, control y afiliación, inversión en sistemas de información, modelo de gestión administrativo y prestacional, coordinación con organizaciones externas, fomento de cambios normativos, etc.

Estos planes deberán contener metas específicas, responsables de su implementación, indicadores de avance y mecanismos de seguimiento. Las organizaciones de trabajadores, de empleadores, y el mismo gobierno deberían participar activamente en este proceso a través del Consejo Directivo de EsSalud.

Es altamente recomendable la realización de un diálogo nacional informado con participación pluri-institucional, incluido el Congreso de la República y de los actores sociales, con objeto de lograr la voluntad política y el compromiso para asegurar el cumplimiento de los objetivos planteados en los planes de acción.

2) Se han detectado debilidades de gestión que están incidiendo en forma significativa en una disminución de los ingresos y en un incremento sustancial de los gastos. Destacan en este análisis las áreas de afiliación, acreditación, control de recaudación, y otros seguros administrados por EsSalud:

- Dispersión de funciones y bajo nivel de coordinación entre EsSalud y otros entes públicos que le brindan apoyo en las funciones de afiliación, acreditación, recaudación, inteligencia de información y fiscalización laboral.
- Existe un mandato legal para constituir una reserva “técnica” cuyo uso no está definido con suficiente detalle y cuya cuantía podría reducirse gradualmente acorde con el propósito de prever fluctuaciones inesperadas tanto en ingresos como en gastos.
- La falta de controles y de información tanto en la recaudación como en la operatividad de otros seguros administrados por EsSalud merecen un análisis y un eventual rediseño. En el caso del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR), se identifica una normativa desactualizada, y un nivel desconocido de subsidio cruzado con otros seguros (regular y pensiones).

Es necesario efectuar cambios sustanciales relacionados con la gestión de EsSalud, en la que otros organismos (MTPE, SUNAT, SUNAFIL, RENIEC, MINSA, SUSALUD, entre otros) juegan un papel relevante:

- Cruce de bases de información (inteligencia de información) para detectar casos de incumplimiento (evasión, sub declaración), actividad de control combinada y conjunta.
- Impulsar cambios normativos que permitan que la actual "reserva técnica" adopte un carácter de contingencia y por lo tanto pueda gradualmente reducirse a un nivel razonable, de alrededor del 15% de los gastos asistenciales anuales, de acuerdo al uso previsto.
- Transparentar la operación del SCTR para evaluar técnicamente la suficiencia de su prima y estar en mejor posibilidad de incidir en mejorar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo. Fortalecer el área de prevención de riesgos laborales de EsSalud.

3) Existe la tendencia, que se ha acentuado recientemente, de aprobar esquemas especiales de aportación para grupos específicos, que resultan en una reducción significativa de los ingresos de EsSalud. Estos grupos reciben el mismo perfil de beneficios que el resto de asegurados y su aportación correspondiente es menor en términos porcentuales. Estas prácticas, si bien están respaldadas por la aprobación de nueva legislación, no han sido sustentadas con un análisis técnico y atentan contra los principios de equidad y de sostenibilidad.

- Hay un margen importante entre los niveles de los ingresos afectos considerados para el cálculo de las aportaciones a EsSalud y los ingresos totales realmente percibidos por los trabajadores. Este fenómeno se da principalmente en el sector público, aunque también en el sector privado pero con menor intensidad, debido a la exclusión de la base de cotización de un buen número de retribuciones. Ejemplo de lo anterior, es el tratamiento especial que reciben los sectores de Salud y Educación, los que cotizan sólo sobre el 65% de su salario total.
- Los cada vez más utilizados Contratos Administrativos de Servicios – CAS cuya base imponible máxima es del 30% de la Unidad Impositiva Tributaria – UIT.
- La exoneración del aporte a EsSalud por las gratificaciones de julio y diciembre.
- No existe una base imponible mínima para el cálculo de las aportaciones a EsSalud de los pensionistas de AFPs, el 46% de ellos aporta por debajo de la pensión mínima establecida para el Sistema Nacional de Pensiones.
- El SSA está siendo subsidiado por el fondo del SR. Aunque parte de este subsidio puede ser de tipo solidario e ir orientado hacia los sectores más pobres, habría que analizar si algunos tipos de actividad y ámbitos geográficos que se benefician de este tratamiento especial, están en condiciones de justificarlo. En caso contrario la TDC debería gradualmente incrementarse al 9%.

Estas prácticas y nuevos esquemas de aportación son discriminatorias y atentan contra los principios de equidad, solidaridad y sostenibilidad de la Seguridad Social, privilegiando a sectores que no se encuentran en situación de vulnerabilidad.

Los poderes públicos en su libertad de configuración normativa deberían velar por la sostenibilidad

financiera y política de las instituciones de la Seguridad Social. En ese sentido, es necesario impulsar los cambios necesarios para avanzar progresivamente hacia la estandarización de las tasas de aportación y de las bases imponibles, en atención a los principios de equidad y sostenibilidad.

En consecuencia se recomienda elaborar e implementar una estrategia de incidencia política que contemple la socialización del presente estudio actuarial en el ámbito de los organismos vinculados a la seguridad social, entre ellos el Consejo Nacional de Trabajo (órgano tripartito de diálogo), Congreso de la República, la agenda política del nuevo gobierno desde el proceso electoral, y otras acciones que se identifiquen necesarias a fin de alcanzar los consensos y voluntad política para lograr este objetivo.

4) EsSalud no cuenta con sistemas de información suficientemente desarrollados, por ejemplo, las bases de datos de prestaciones asistenciales otorgadas son locales y no registran todos los consumos de los asegurados, lo que ocasiona que al momento de practicar las liquidaciones por prestaciones otorgadas a personas sin derecho, sea difícil determinar el monto completo del reclamo. Tampoco cuenta con información oportuna e íntegra de empleadores morosos, a fin de iniciar la gestión de reembolso del costo de las prestaciones brindadas.

EsSalud no cuenta con herramientas de gestión eficientes, insuficientes indicadores de atención que muestren la calidad y oportunidad de las prestaciones (listas de espera quirúrgica, otros diferimientos, acceso efectivo) y sistemas de costos integrados. Esto dificulta controlar adecuadamente la gestión asistencial y mejorar la asignación de recursos.

Así, se recomienda modernizar los procedimientos y sistemas de información para que respondan a las necesidades actuales, lo que requerirá recursos adicionales; mejorar los sistemas de contabilidad de costos y de información en los centros asistenciales, como herramienta de gestión para la toma de decisiones sobre las redes y los costos de servicios de salud.

CAPÍTULO 1.

PANORAMA DEMOGRÁFICO, MARCO MACRO-ECONÓMICO Y SOCIO-LABORAL DEL PERÚ

1.1. El panorama demográfico peruano

El planeamiento a largo plazo de diversas políticas públicas debe(ría) tener como punto de partida las proyecciones de población, su estructura por edad y sexo y sus variables determinantes (fecundidad, mortalidad y migraciones). En general, esta información está disponible en los organismos oficiales de estadísticas, aunque en este documento se elige presentar las proyecciones más recientes de Naciones Unidas (2013), extendiendo el período de análisis hasta el año 2100.

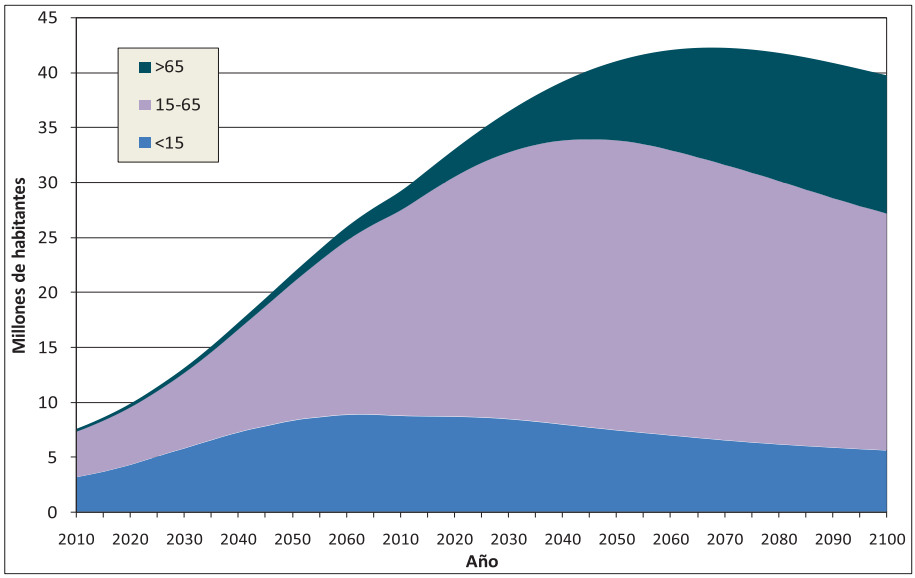
Esta sección cuenta con dos apartados: (1) tendencias (1950-2010) y perspectivas (2010-2100) de la población de Perú, enfatizando su composición por grandes grupos de edad; (2) evolución de las variables demográficas determinantes (fecundidad, mortalidad y, en menor medida por su bajo impacto, migraciones).

1.1.1. Tendencias y perspectivas de la población peruana

La población total pasó de 8 millones en el año 1950 a 17 millones en 1980 y a 29 millones en 2010, con un crecimiento anual promedio de 2,2% que se va desacelerando (la tasa de crecimiento disminuyó de 2,7% en las tres primeras décadas a 1,7% en las últimas tres). La población alcanzaría 39 millones en el año 2040 y 42 millones en 2070, para luego descender a 40 millones en 2100, con tasas decrecientes de 1,0%, 0,3% y -0,2% para cada período de tres décadas considerado.

Con el correr del tiempo, la población va gradualmente modificando su estructura por edad ya que distintos grupos crecen a distinto ritmo: en el período 2010/2100 la tasa de crecimiento sería negativa (-0,5%) para los menores de 15 años, 0,2% para las edades de 15 a 64 y 2,2% para los mayores de 65 años.

Gráfico 1.1. Perspectivas de población según grandes grupos de edad, Perú, 1950-2100



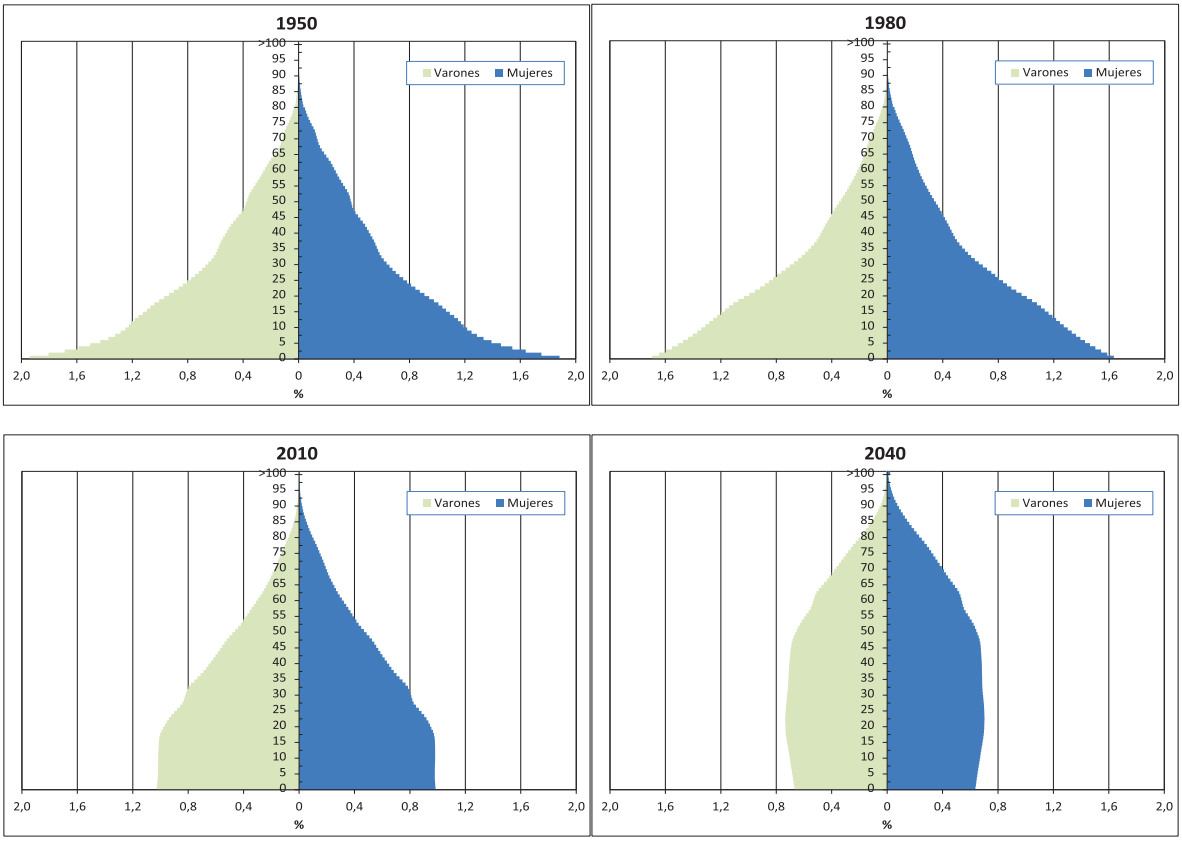
Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto.

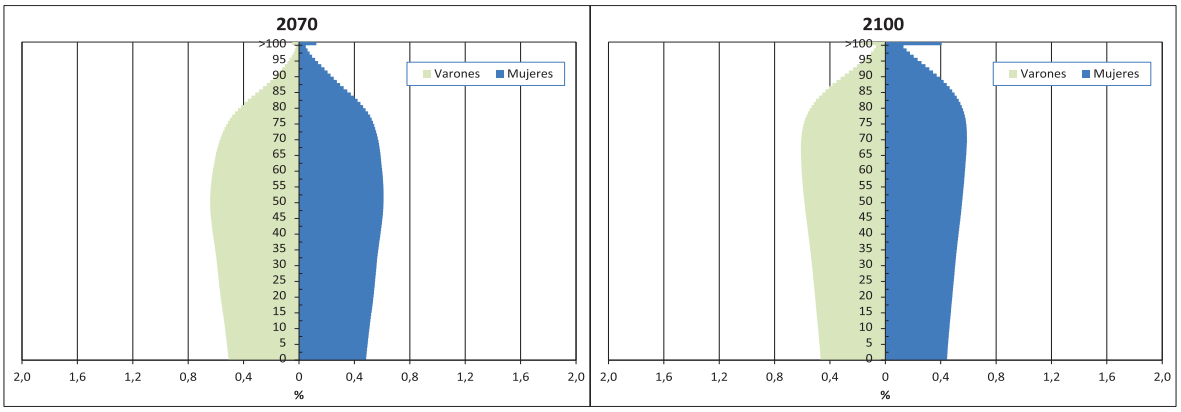
El mayor peso que va adquiriendo el grupo de adultos mayores (más de 65 años) es conocido como proceso de envejecimiento poblacional y ha sido descripto por abundante bibliografía (CEPAL, 2011; d'Albis y Collard, 2013; Gragnolati et al. (ed.), 2014; Sanderson y Sherbov, 2007; UNFPA, 2010; UNFPA/CEPAL, 2009). Esta proporción en Perú era de 4% en 1950, llegó a 6% en 2010, alcanzaría 14% en 2040 y 32% en 2100.

El envejecimiento fue producto principalmente del significativo descenso de la fecundidad y en menor medida del de la mortalidad. A futuro se asume un impacto más gradual de la fecundidad y uno más significativo de la mortalidad, como se detalla en el apartado 1.1.2. Cabe adelantar que en estas proyecciones (Naciones Unidas, 2013) suponen que los saldos emigratorios, crecientes durante las tres últimas décadas, comienzan a decrecer a partir del año 2010.

Los demógrafos también suelen resumir el proceso de cambios en la estructura por edad y sexo presentando "pirámides de población" que gradualmente modifican su forma aproximada de "triángulos" cada vez más estrechos, a "urna funeraria" (con abultamiento en las edades centrales), a "rectángulo" (exceptuando sólo las edades más avanzadas que obviamente manifiestan valores decrecientes y claro predomino femenino por el efecto de la mortalidad). Una síntesis de este proceso para este caso se presenta en el Gráfico 1.2.

Gráfico 1.2. La estructura de la población por edad y sexo, Perú, 1950-2100





Fuente: Elaboración propia con base en Naciones Unidas (2013).

1.1.2. Evolución de las variables demográficas determinantes en Perú

1.1.2.1. Evolución y tendencias de la mortalidad

El indicador más apropiado para describir los cambios del nivel de la mortalidad general a lo largo del tiempo es la esperanza de vida al nacer (e0 o EVN), una medida de la mortalidad que no está afectada por los cambios de la estructura etaria de la población.

La EVN muestra una tendencia ascendente muy fuerte durante la segunda mitad del Siglo XX y más moderada desde entonces. La EVN aumentó de 44 a 72 años durante los quinquenios 1950/55 a 2000/05, un incremento absoluto de 28 años equivalente a 0.55 años de ganancia por año calendario. Para la primera mitad del Siglo XXI se estima que los avances continúen pero a un ritmo menor, hasta alcanzar una EVN de 83 años en 2050/55 (0.24 años de ganancia por año calendario). Este comportamiento es coherente con una esperada reducción de las ganancias de EVN a medida que disminuye el nivel de la mortalidad, que ha llevado a que varios autores postulen una evolución logística.

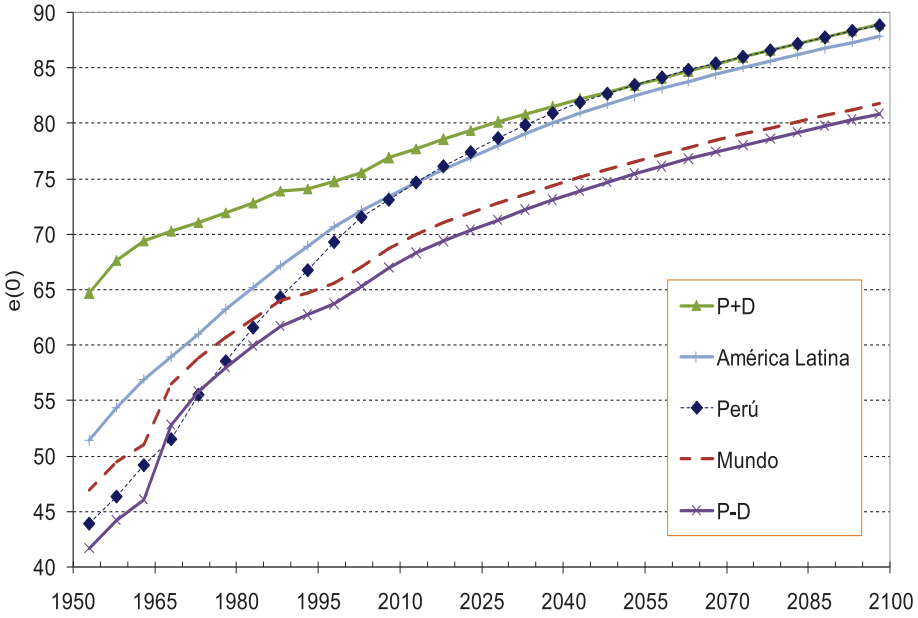
La denominada transición epidemiológica describe el proceso empírico de descenso de la mortalidad y de transformación de la estructura de causas de muerte que la acompaña. En términos generales, la disminución de la mortalidad responde, en principio, a una reducción de la incidencia de las enfermedades transmisibles (infecciosas y parasitarias), dando lugar a un aumento de la importancia relativa de las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias y los traumatismos. Una vez que las enfermedades transmisibles han sido controladas, la disminución de la mortalidad se hace más lenta, dadas las mayores dificultades para controlar las otras causas (Cetrángolo y otros, 2013; Grushka, 2014).

En cuanto al contexto internacional, es evidente que la reducción de la mortalidad en Perú fue más veloz que la del conjunto de los países latinoamericanos y que gradualmente logra ir cerrando la brecha con los países más desarrollados (P+D)[4].

[4]Siguiendo el criterio de Naciones Unidas (2013), las regiones más desarrolladas comprenden Europa, América del Norte, Australia/Nueva Zelanda y Japón. Las regiones menos desarrolladas (P-D) comprenden África, Asia (excluyendo Japón), América Latina y el Caribe y Melanesia, Micronesia y Polinesia (resto de Oceanía).

Gráfico 1.3.

Esperanza de vida al nacer (en años)
Mundo y regiones con distinto desarrollo

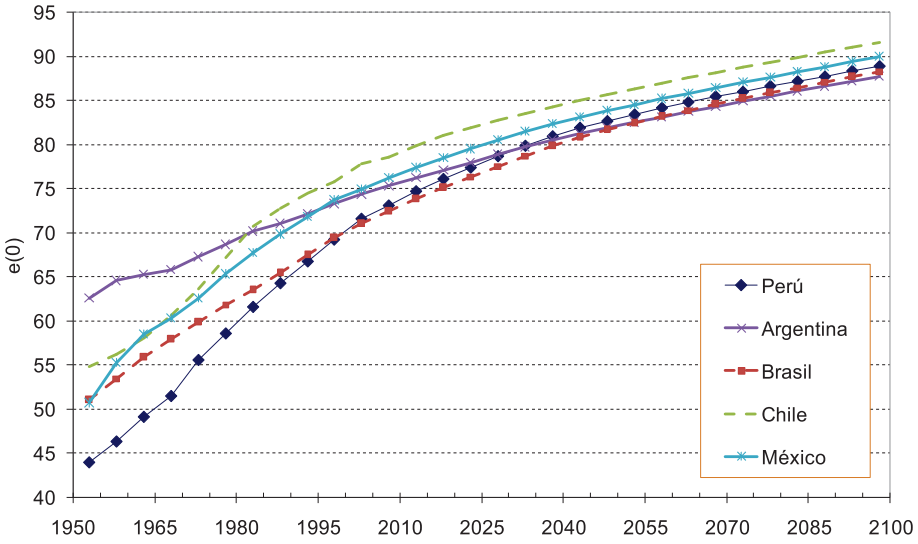


Fuente: Elaboración propia en base a Naciones Unidas (2013).

Dentro de América Latina, la mortalidad de Perú parece haber revertido cierta desventaja relativa, superando a Brasil a partir del año 2000 y, muy probablemente, al promedio desde 2015 y a Argentina desde 2030.

Gráfico 1.4

Esperanza de vida al nacer (en años) Países selectos de América Latina



Fuente: Elaboración propia en base a Naciones Unidas (2013).

La mortalidad, como muchos fenómenos demográficos, muestra un comportamiento diferenciado según la edad. El riesgo de morir es alto durante los primeros años de vida, especialmente en el primer año, y se reduce notoriamente entre los 5 y 15 años. Luego, la mortalidad aumenta

levemente hasta alrededor de los 40 años, para incrementar posteriormente su intensidad y alcanzar otra vez valores elevados en las edades más avanzadas.

A su vez, la reducción de la mortalidad no se produce con el mismo ritmo en todas las edades: durante el proceso de descenso de la mortalidad la caída más rápida ocurre en las primeras edades. A medida que la edad aumenta disminuye la dispersión de los valores para los distintos períodos analizados. Este proceso ha dado lugar a la típica transformación de la estructura por edad de la mortalidad, que cambia de una forma de letra U (con intensidades de la mortalidad similares entre los grupos más jóvenes y los de edades mayores) a una forma más parecida a una letra J.

La mortalidad tampoco afecta a los sexos por igual. Por causas biológicas, socioeconómicas y culturales, los hombres presentan una mortalidad mayor que la de las mujeres. En todos los años considerados, la EVN de las mujeres es mayor que la de los hombres. La diferencia entre las EVN de hombres y mujeres era apenas de 2,1 años en 1950/55 y su aumento fue significativo hasta 2010/15 llegando a 5,4 años, brecha un año menor a la de América Latina[5]. A partir de este quinquenio, las ganancias esperadas por los hombres superarían a las de las mujeres y, por consiguiente, la sobremortalidad masculina comenzaría a decrecer y se estabilizaría en la última mitad de Siglo en una brecha de sólo 3,5 años.

De acuerdo con las estimaciones de Naciones Unidas, en las tres próximas décadas, la EVN aumentaría de 74.7 años en el quinquenio 2010/15 a 81.9 en 2040/45, es decir, a razón de 0,24 años por año calendario. Las mejoras promedio se reducirían a 0.14 y 0.11años por año calendario en los sucesivos períodos de tres décadas, llegando en 2095/2100 a una EVN de 89 años (87 años para varones y 91 para mujeres).

Una de las implicaciones más relevantes de disponer de proyecciones a largo plazo se relaciona con el campo de la seguridad social. Las proyecciones previsionales suelen realizarse según la mortalidad de la población total (Rofman, Stirparo y Lattes, 1996; Grushka, 2002), aunque hay claros indicios de que los beneficiarios constituirían un grupo selecto de menor mortalidad (Lacasta, 2008; Rofman, 1994). Para poder precisar proyecciones a nivel local y evaluar y verificar hipótesis alternativas, es necesario superar las severas limitaciones de los datos y desarrollar más investigación, considerando diversos enfoques interdisciplinarios sobre longevidad (Grushka, 2014).

[5]Para más detalle ver Tabla A1.1 del Anexo.

Otro aspecto que es relevante mencionar es el de heterogeneidad a nivel regional: La EVN nacional para el quinquenio 2010/15 promedia 74.7 años, ocultando diferencias que superan los 7 años entre los departamentos de Lima/Callao (77.2) y de Huancavelica (69.8). Sólo 6 departamentos superan el promedio nacional.[6]

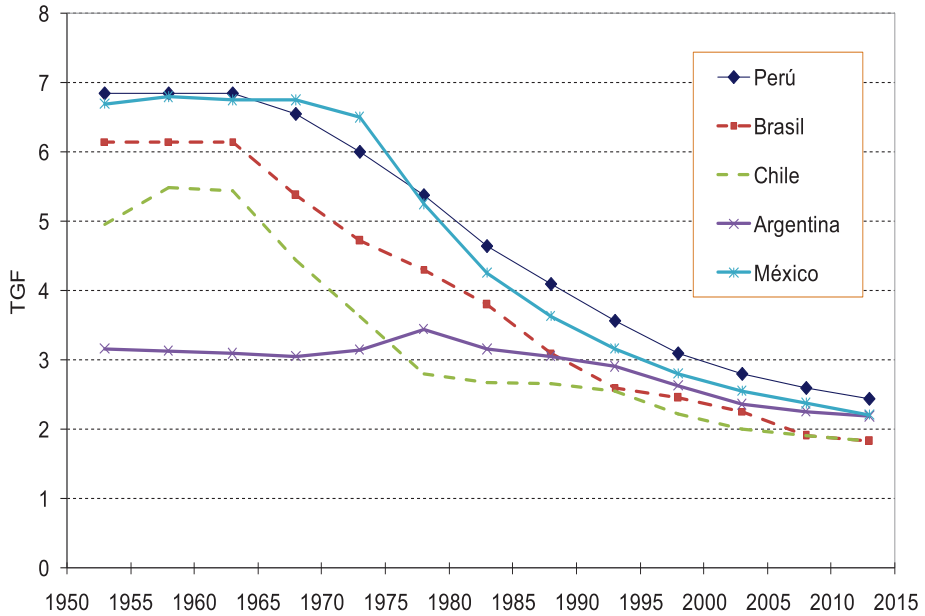
1.1.2.2. Evolución y tendencias de la fecundidad

El indicador más apropiado para describir los cambios del nivel de la fecundidad general a lo largo del tiempo es la tasa global de fecundidad (TGF), una medida que no está afectada por la estructura etaria de la población y que resume el comportamiento de una cohorte hipotética.

La TGF, desde mediados del siglo XX, muestra una tendencia decreciente tardía pero muy fuerte a partir de los años '60. La TGF disminuyó de 6,9 a 3,6 hijos por mujer durante los quinquenios 1960/65 a 1990/95, una reducción equivalente a 0,11 hijos por año calendario. En las dos décadas siguientes los avances continuaron pero a un ritmo menor, hasta alcanzar una TGF de 2,4 en 2010-15 (0,06 hijos menos por año calendario). Este comportamiento es coherente con una esperada reducción del descenso de TGF a medida que disminuye su nivel, que también ha llevado a que varios autores postulen una evolución logística.

La fecundidad de Perú descendió más tardíamente (salvo México) pero de manera más acelerada que otros países de América Latina y todavía presenta niveles de fecundidad levemente superiores al promedio (CEPAL, 2008).

Gráfico 1.5.
Tasa global de fecundidad (en hijos por mujer) Países Selectos de América Latina



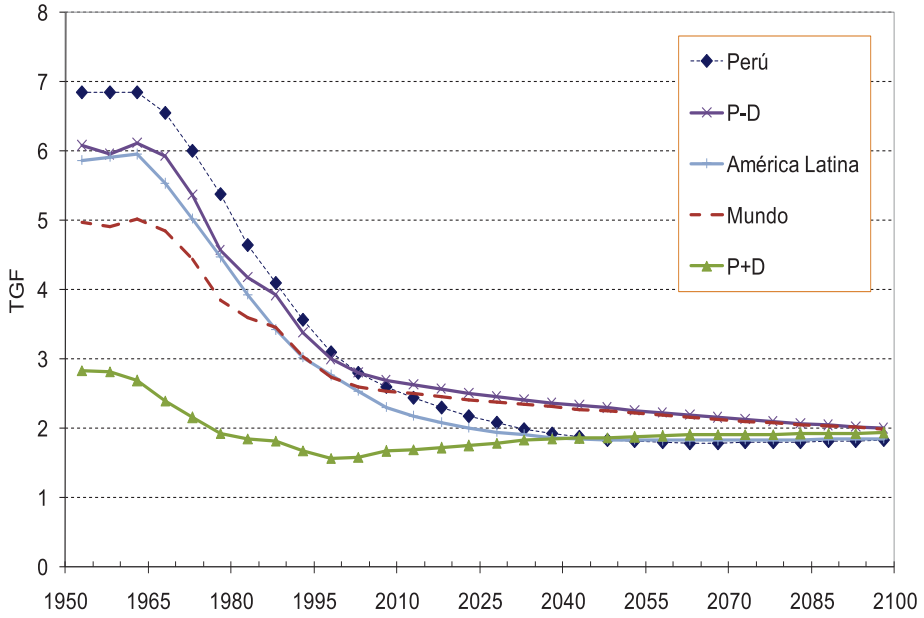
Fuente: Naciones Unidas (2013).

[6]Para más detalles ver gráfico A1.1 en el Anexo.

A los fines de la proyección, Naciones Unidas (2013) tiende a adoptar los mismos parámetros experimentados en países europeos con una caída mayor y una posterior recuperación, combinando dos curvas logísticas y dos límites asintóticos (de 1,8 para 2050 y de 2,1 para el más largo plazo), lo que genera algunos cruces inesperados. De acuerdo con estas estimaciones, la TGF disminuiría de 2,43 hijos en el quinquenio 2010-15 a 1,79 en 2060-65, para tomar una senda levemente creciente y alcanzar 1,82 en 2095-2100, con un comportamiento casi idéntico al de América Latina (y al del conjunto de P+D a partir de 2040).

Gráfico 1.6.

Tasa global de fecundidad (en hijos por mujer)
Mundo y regiones con distinto desarrollo



Fuente: Naciones Unidas (2013).

1.1.2.3. Evolución y tendencias de la migración internacional

Si bien la migración internacional es un factor de suma relevancia para muchos países, en el caso de Perú esta variable desempeñó un rol fundamental a partir de la década de 1980 (promedio de 26 mil emigrantes netos anuales) y su impacto demográfico ha venido aumentando desde entonces (135 mil emigrantes netos anuales en la década de 2000). A los fines de la proyección se supuso que el volumen de emigrantes disminuiría gradualmente a 50 mil anuales en la década de 2010 y a 40 mil en las tres siguientes; a parir del año 2050 disminuiría linealmente hasta volverse nula en 2100. La emigración neta de peruanos llegó a representar 14% de los emigrantes latinoamericanos en 2005/10, 10% en 2010/15 y se estabilizaría entre 7% y 8% a partir del año 2015.

La emigración neta representó tasas anuales que promediaron entre 2 y 5 por mil durante los años 1985 a 2015. La proyección extrapola la reciente disminución a alrededor de 1 por mil entre 2015 y 2050, decreciendo hasta volverse nula a fin de siglo.

RECUADRO 1.1. Resumen de las proyecciones de Naciones Unidas (2013)

Población base al 30/06/10: estimaciones elaboradas a partir de la corrección del Censo Nacional.

Mortalidad: gradual crecimiento de EVN, de 74 años en 2010/2015 a 89 en 2095/2100.

Fecundidad: gradual descenso de TGF desde 2,4 en 2010/2015 hasta 1,79en 2060/2065 y una lenta recuperación posterior, llegando a 1,82en 2095/2100.

Migraciones: saldos netos negativos hasta mediados de siglo, que disminuyen gradualmente en la segunda mitad hasta anularse.

Población total: surge de los supuestos adoptados, pasa de 29 millones en 2010 a 41 en 2050 y a 40 en 2100.

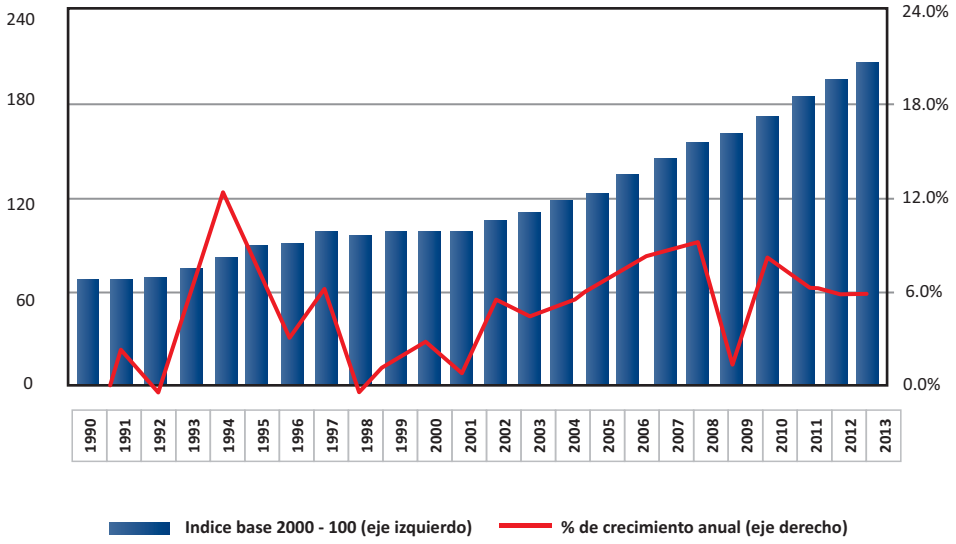
Envejecimiento (proporción de población mayor de 65 años): aumenta de 6% en 2010 a 18% en 2050 y 32% en 2100

1.2. El contexto económico del Perú[7]

Durante las últimas dos décadas el Perú ha mantenido una estrategia de crecimiento basada en el libre mercado y la apertura económica, la que se ha mantenido a pesar de los cambios políticos ocurridos en este lapso (Parodi, 2014). El Perú se ha beneficiado de una combinación de factores endógenos y exógenos. Tanto el contexto internacional extraordinariamente favorable como las políticas macroeconómicas solventes posibilitaron consolidar el proceso de crecimiento (Infante et al, 2014). Como se muestra en el Gráfico 1.7 el producto bruto interno ha presentado tasas de crecimiento real significativamente altas (rondando el 6% anual) durante los últimos quince años, y aún durante la crisis del 2008-9 su variación fue positiva.

[7]Este apartado y los siguientes están basados en Casalí et al. (2015).

Gráfico 1.7. Evolución del PIB en moneda constante y tasa de crecimiento

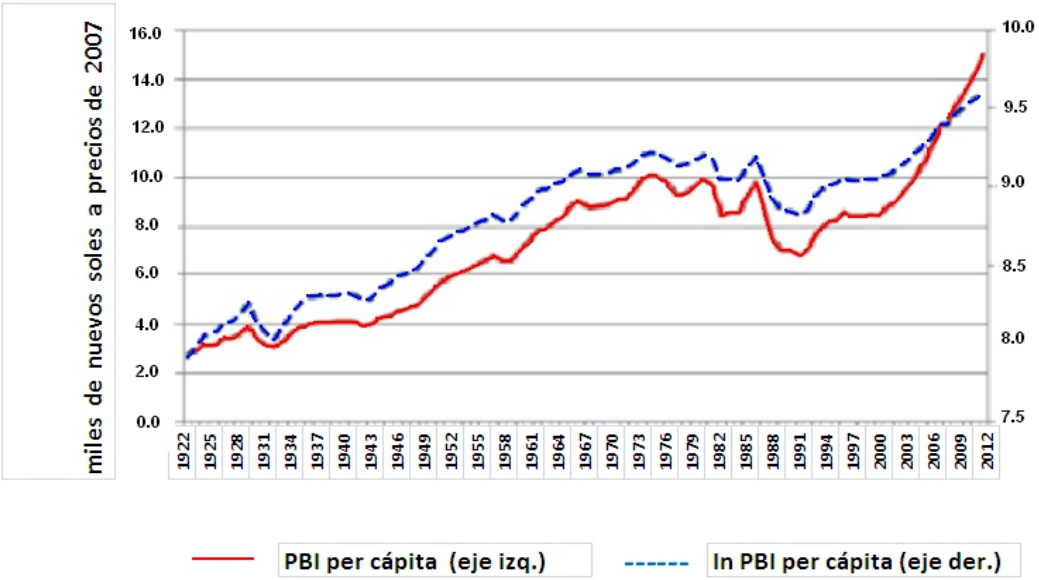


Fuente: Casalí et al (2015), basado en datos del INEI.

Por un lado, el período mencionado se ha caracterizado por un manejo macroeconómico muy prolijo. La política monetaria estuvo orientada hacia una meta de inflación, y la fiscal destinada a reducir la deuda pública como porcentaje del PIB y el mantenimiento de equilibrio fiscal. A su vez, el crecimiento estuvo motorizado por la inversión privada nacional y extranjera (Parodi, 2014). Como consecuencia de lo anterior, el PIB per cápita se incrementó de manera sostenida en términos reales (a excepción del año 2009). Una visión de largo plazo (Gráfico 1.8), muestra que durante los últimos años se ha superado el anterior máximo de producto por habitante en moneda constante (de 1975).

Para 2015 se proyecta una recuperación del crecimiento del PBI con una tasa de 3.9%, la cual se basa en una reversión parcial de factores de oferta que afectaron en 2014 al sector primario (caída de 2.3%). Para 2016 y 2017 se espera una aceleración del crecimiento del PBI, con tasas de crecimiento de 5.3% y 5.8%, respectivamente, en línea con un crecimiento extraordinario en la producción minera, una mayor inversión en infraestructura y la reversión total de los choques de oferta negativos de 2014 (BCRP, 2015).

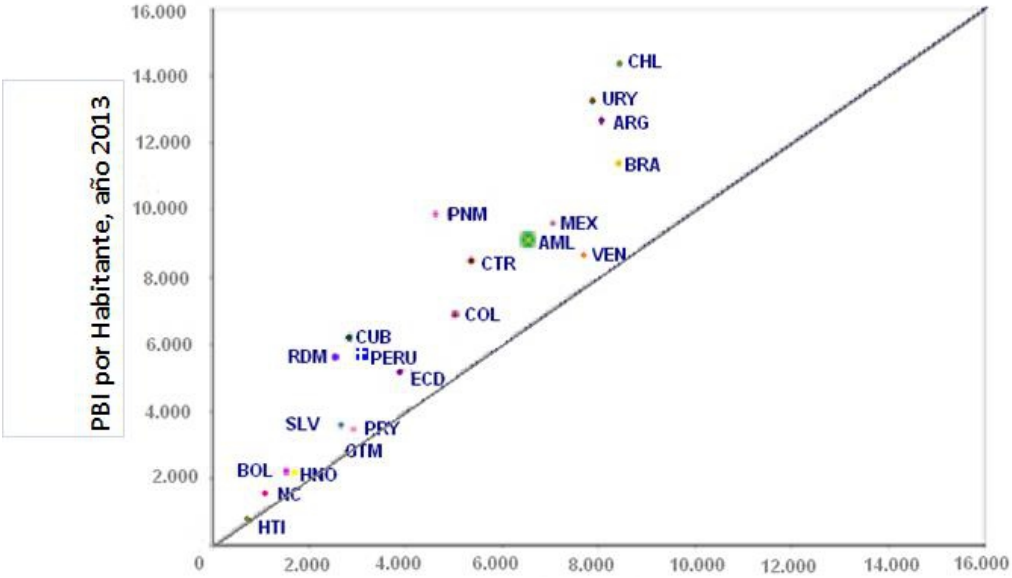
Gráfico 1.8. PBI Per cápita, 1922-2013 (en Nuevos Soles a precios de 2007)



Fuente: Casalí et al (2015), basado en datos de BCRP e INEI.

En consecuencia, el PIB por habitante, medido en dólares constantes, se incrementó 84% en los últimas dos décadas. Se trata del mayor crecimiento durante ese período en América del Sur, y sólo superado por Panamá, República Dominicana y Cuba en América Latina (Gráfico 1.9).

Grafico 1.9. PIB por habitante en dólares de 2010. América Latina, años 1995 y 2013



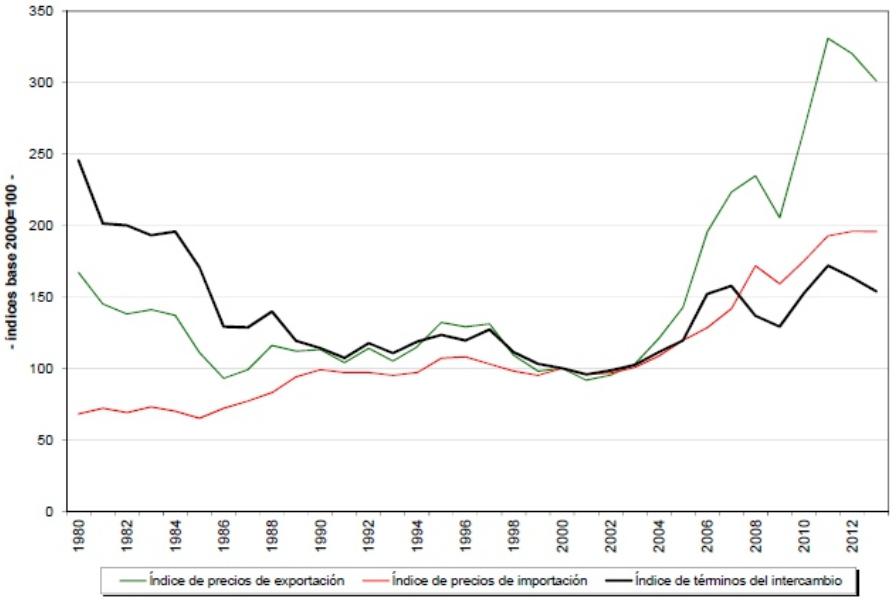
Fuente: Casalí et al (2015), basado en datos de CEPAL.

Eun comentario especial merece el peso del comercio exterior. En 2012, el 75% de las exportaciones era de productos tradicionales y el 57% de productos mineros. A su vez, el cobre representa más del

40% de las exportaciones mineras. El 80% de las importaciones son de insumos y bienes de capital. En consecuencia, la economía peruana es muy sensible a los términos de intercambio y otras condiciones del mercado internacional.

Dos factores relacionados con el sector externo deben ser resaltados. En primer lugar, luego de un fuerte deterioro durante las últimas dos décadas del siglo pasado, a partir de 2001 se inició un crecimiento sostenido de los términos de intercambio, solo interrumpida por la crisis en 2008/09. Los de 2012 eran un 56% más elevados que en 2001, aunque se mantenían por debajo de los niveles de principios de los años ochenta (Mendoza Bellido, 2014). En el Gráfico 1.10 se puede observar la evolución de los términos de intercambio desde 1980.

Grafico 1.10. Evolución de los términos de intercambio (índice, base 2000=100)



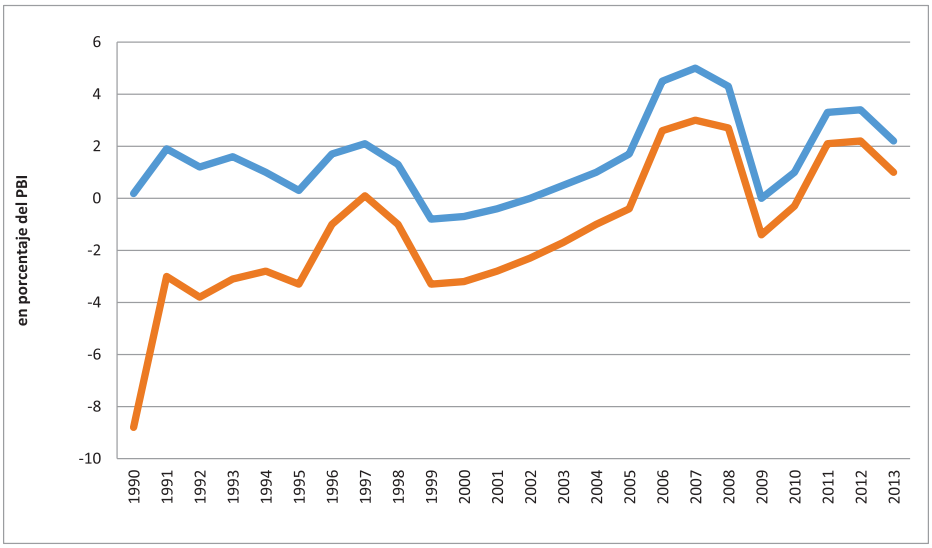
Fuente: Casalí et al (2015), basado en datos de UNCTAD

El segundo factor externo a tener en cuenta se refiere a la importante entrada de capitales privados que se registró desde el año 2002. Entre ese año y 2012 ingresaron capitales privados por un valor superior a los 66 mil millones de dólares (Mendoza Bellido, 2014).

De todos modos, Mendoza Bellido también le otorga importancia a las políticas macroeconómicas del período. Señala que en la crisis internacional de 2008-9 se aplicaron por primera vez en la historia peruana políticas fiscales y monetarias contracíclicas expansivas, lo que explicaría el carácter transitorio de la crisis económica en el Perú. De hecho, el proceso de crecimiento económico ha resistido razonablemente bien la crisis financiera internacional de esos años (Infante et al, 2014)

Otro logro de la economía peruana durante los últimos años es la reversión de una situación fiscal que había presentado resultados históricamente deficitarios[8]. Luego de alcanzar resultados negativos del orden de 11% del PIB hacia fines de los años ochenta, la situación fiscal fue mejorando paulatinamente, hasta que, desde 2006 presenta resultados superavitarios, a excepción de los años 2009-10, como resultado de las políticas contracíclicas para hacer frente a la crisis internacional (Gráfico 1.11).

Grafico 1.11. Resultado del Sector Público No Financiero (% del PIB)



Fuente: Casalí et al (2015), basado en datos del BCRP.

Para 2015 se proyecta un déficit del sector público de 2.0% del PBI (0.3% en 2014). El incremento del déficit se explica por la proyección de menores ingresos extraordinarios y por el impacto de la reducción dictada a fines de 2014 de los impuestos a la Renta, Selectivo al Consumo y aranceles. Ello se compensa parcialmente con la menor inversión pública, como resultado de la contracción del gasto de los gobiernos sub-nacionales en los primeros meses del año. Para 2016 y 2017 se proyecta una reducción gradual del déficit a 1,8% y 1,5%, respectivamente, trayectoria similar a la de las proyecciones contenidas en el Marco Macroeconómico Multianual 2016-2018 (BCRP, 2015).

Para el horizonte 2015-2017 se proyecta una moderación gradual de la inflación hacia 2%. Este escenario considera que no habrá presiones inflacionarias de demanda en el horizonte de proyección y que las expectativas de inflación se mantendrán dentro del rango meta con una tendencia decreciente hacia 2% (BCRP, 2015).

[8]De acuerdo con la información del BCRP, al menos desde 1970 las cuentas del Sector Público No Financiero mostraron resultados deficitarios que llegaron a superar 10% del PIB en varios años (1976-7 y 1987-9).

1.3. Mercado laboral y situación social en el Perú

Pese al excelente desempeño económico, la mayor parte de la población no experimenta una mejora sustantiva en su nivel de vida. De acuerdo con Parodi (2014), lo sucedido en el Perú desde 1995 es una muestra de que el crecimiento económico es condición necesaria pero no suficiente para elevar el bienestar de la población. La débil capacidad de gestión del Estado para asignar los recursos públicos hacia efectivas mejoras en la situación social; el dinamismo de sectores poco intensivos en mano de obra y las deficiencias en materia de capital humano son parte de la explicación que brinda Parodi (2014). Faltaron reformas en sectores claves como educación y salud[9]. De hecho, el crecimiento económico estuvo acompañado de un mayor número de conflictos sociales. Parodi señala que las disputas por los nuevos recursos de la economía demandan mayores capacidades del Estado.

Más allá del comportamiento macroeconómico, el Perú tiene una estructura productiva muy heterogénea. Infante et al. (2014) presentan una clasificación de las distintas ramas productivas de acuerdo con su nivel de producto por ocupado, identificando sectores de alta, media y baja productividad. Entre los primeros se encuentran la producción de electricidad, finanzas y minería, cuyo producto por ocupado equivale a 2.4 veces el nivel promedio de la economía y generan un quinto del producto ocupando apenas el 8% de los empleos. Los de productividad media (1.6 veces el promedio) incluyen a la industria, transporte y construcción, que ocupan un quinto de los trabajadores y representan más de la tercera parte del producto. En cambio, los de baja productividad (70% del promedio), que incluyen agricultura, comercio y servicios, ocupan el 70% de los trabajadores y genera menos de la mitad del producto.

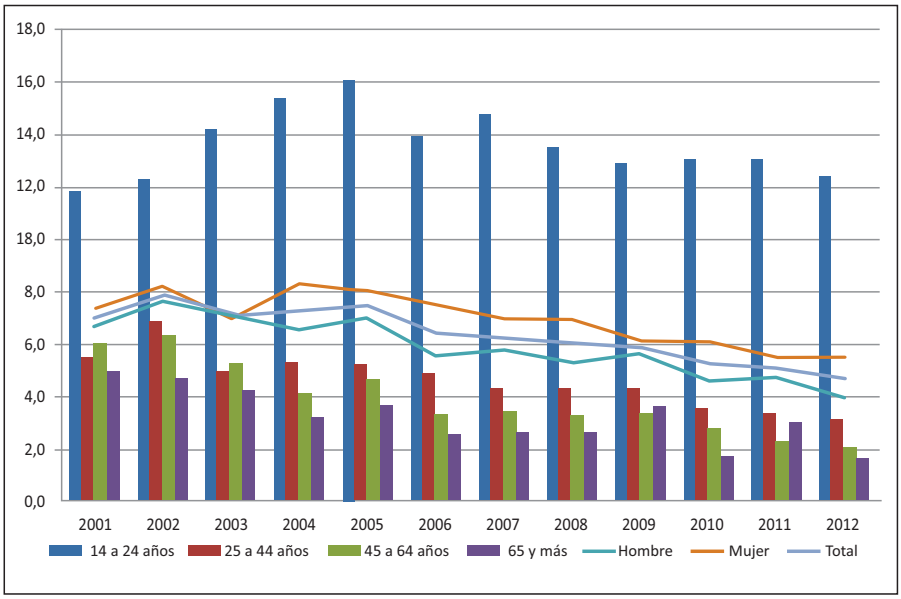
La extrema heterogeneidad productiva del Perú se manifiesta en diferencias muy marcadas en la productividad por sectores de actividad y, en consecuencia, su capacidad de generar empleos.

Como señalan Casalí et al. (2014), a pesar del crecimiento económico evidenciado en los últimos años, se reporta un severo déficit en los principales indicadores del empleo e ingresos. Entre 2001y 2012, mientras el crecimiento anual del PIB fue 6.3%, el de la ocupación fue sólo 2.7%. Debido a la enorme heterogeneidad de la estructura productiva, por ello, por más que aumenten el PBI y la inversión no se generarán empleos suficientes. Los autores estimaron el PBI por ocupado en cada rama de actividad para concluir que la distancia entre los extremos (minería y agricultura) cayó de 46 a 11 p.p. Pese a la reducción en la brecha, ésta sigue siendo significativa y los bajos niveles de productividad en casi todos los sectores (a excepción de la minería) reflejan las dificultades para brindar empleo y protección social a la población del país. En el año 2012 la tasa de ocupación llegó a 71%, siendo 80% la masculina y sólo 62% la de mujeres, a pesar de haber crecido más que el promedio desde principios de siglo (Casalí et al., 2014). rama

[9]Reformas iniciadas en el año 2014 en el sector de la salud y nuevas inversiones en educación.

Un dato positivo es la caída en la tasa de desempleo durante la última década, llegando a sólo 3.7% en 2012. Es importante destacar la baja tasa en el ámbito rural, donde el desempleo abierto es relativamente menor al 1%. Por su parte, en el ámbito urbano, el desempleo juvenil sigue siendo el más elevado (12.1%), aumentando en relación a 2001 (11.7%). En el Gráfico 1.12 se puede observar el mayor peso del desempleo entre la población más joven (14 a 24 años) y la mayor fragilidad laboral de las mujeres.

Grafico 1.12. Tasa de desempleo urbano, según edad y sexo, 2004-2012 (%)



Fuente: Casalí et al. (2015) en base a ENAHO.

De todos modos, la tasa de desempleo no es un indicador suficiente para mostrar la compleja situación del mercado de trabajo, ya que debe considerarse el déficit en materia de empleos decentes. Gran parte de la PEA, en lugar de buscar un empleo asalariado – lo que define a un desempleado –, recurre a actividades de cuenta propia informales, en el que existe facilidad de entrada. O lo que es lo mismo, la mayoría de la PEA no consigue trabajar en relación de dependencia laboral, como empleado u obrero, perdiendo la posibilidad de contar con las prestaciones de la seguridad social. Casalí et al. (2014), asimismo, señalan algunos aspectos relevantes de los cambios en el mercado laboral durante el período 2001-2012:

• Mejora en el nivel educativo de los ocupados, creciendo más los ocupados con nivel de educación superior que los que tienen nivel secundario. Esta mejora es mayor en las mujeres;

• Aumento del tamaño de empresas, siendo aquellas con más de 10 trabajadores las que registran una mayor contribución al crecimiento total del empleo. Los nuevos empleos tendrían una mayor proporción de naturaleza formal y con acceso a derechos laborales;

De todos modos, la tasa de desempleo no es un indicador suficiente para mostrar la compleja situación del mercado de trabajo, ya que debe considerarse el déficit en materia de empleos decentes. Gran parte de la PEA, en lugar de buscar un empleo asalariado – lo que define a un desempleado –, recurre a actividades de cuenta propia informales, en el que existe facilidad de entrada. O lo que es lo mismo, la mayoría de la PEA no consigue trabajar en relación de dependencia laboral, como empleado u obrero, perdiendo la posibilidad de contar con las prestaciones de la seguridad social. Casalí et al. (2014), asimismo, señalan algunos aspectos relevantes de los cambios en el mercado laboral durante el período 2001-2012:

• Mejora en el nivel educativo de los ocupados, creciendo más los ocupados con nivel de educación superior que los que tienen nivel secundario. Esta mejora es mayor en las mujeres;

• Aumento del tamaño de empresas, siendo aquellas con más de 10 trabajadores las que registran una mayor contribución al crecimiento total del empleo. Los nuevos empleos tendrían una mayor proporción de naturaleza formal y con acceso a derechos laborales;

• Mayor dinamismo del empleo por la expansión de la demanda interna en los sectores de servicios, construcción, minería y en menor medida, industria. Los sectores comercio y pesca evidencian tasas de crecimiento de menor envergadura; y en el sector agricultura ese crecimiento es negativo. No obstante, el sector agrícola sigue concentrando el mayor volumen de empleo y cuenta con el nivel de productividad más bajo. El sector agrícola junto a los sectores servicios y comercio registran -en conjunto- el mayor aporte al total de la PEA ocupada. En 2001 ese aporte fue 85.1% y en 2012 llegó a 81.5%;

• La informalidad sigue siendo muy alta. Si bien la participación del empleo informal en la PEA ocupada no agrícola se ha reducido en 7 puntos porcentuales entre 2004 y 2012, pasando de 75% a 69%, aún afecta a una elevada proporción de trabajadores (OIT, 2014);

• La informalidad afecta en mayor medida a trabajadores por cuenta propia, trabajadores domésticos y trabajadores auxiliares, grupo en el que se concentra el 57% del empleo informal no agrícola;

• Los ingresos reales de los trabajadores han crecido relativamente poco, y en mayor medida en los trabajadores residentes en el área urbana del interior del país;

• Los ingresos nominales y reales de los hombres siguen siendo mayores a los de las mujeres. La brecha de ingresos es mucho mayor a partir del año 2006, llegando a representar alrededor de 32% del ingreso promedio de los hombres en 2012. Con relación a 2001 esta brecha habría aumentado 4 puntos porcentuales. Diversas razones podrían estar explicando esta diferencia salarial (MTPE, 2009), que afectan las oportunidades de las mujeres de contar con empleos decentes;

• En 2012 una proporción significativa de los asalariados todavía se mantiene como trabajadores sin contrato (44%), aunque se aprecia una mejoría respecto a 2001 en que llegó a 54%. El uso indiscriminado, por parte del empleador, de una amplia variedad de modalidades de contratación temporal y la limitada cobertura de la Inspección del Trabajo permite la precariedad del empleo. En relación con este último aspecto, debe mencionarse que a fines de 2012, mediante la Ley 29981, se creó la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral (SUNAFIL), como organismo técnico especializado, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE). La SUNAFIL es responsable de promover, supervisar y fiscalizar el cumplimiento del ordenamiento jurídico socio laboral y el de seguridad y salud en el trabajo, así como brindar asesoría técnica, realizar investigaciones y proponer la emisión de normas sobre dichas materias (Recuadro 1.2).

RECUADRO 1.2. FUNCIONES DE LA SUNAFIL

De acuerdo con la Ley 29981, la SUNAFIL tiene las siguientes funciones:

a) Supervisar el cumplimiento de la normativa sociolaboral, ejecutando las funciones de fiscalización dentro del ámbito de su competencia.

b) Aprobar las políticas institucionales en materia de inspección del trabajo, en concordancia con las políticas nacionales y sectoriales.

c) Formular y proponer las disposiciones normativas de su competencia.

d) Vigilar y exigir el cumplimiento de las normas legales, reglamentarias, convencionales y las condiciones contractuales, en el orden sociolaboral, que se refieran al régimen de común aplicación o a regímenes especiales.

e) Imponer las sanciones legalmente establecidas por el incumplimiento de las normas sociolaborales, en el ámbito de su competencia.

f) Fomentar y brindar apoyo para la realización de actividades de promoción de las normas sociolaborales, así como para el desarrollo de las funciones inspectivas de orientación y asistencia técnica de los gobiernos regionales.

g) Prestar orientación y asistencia técnica especializada dentro de su ámbito de competencia.

h) Ejercer la facultad de ejecución coactiva, respecto de las sanciones impuestas en el ejercicio de sus competencias.

i) Vigilar y exigir el cumplimiento de las normas legales, reglamentarias, convencionales y las condiciones contractuales en el régimen laboral privado, en el orden sociolaboral. En caso de los trabajadores que prestan servicios en entidades públicas sujetas al régimen laboral de la actividad privada, la SUNAFIL coordina con la Autoridad Nacional del Servicio Civil.

j) Suscribir convenios de gestión con los gobiernos regionales en materia de su competencia.

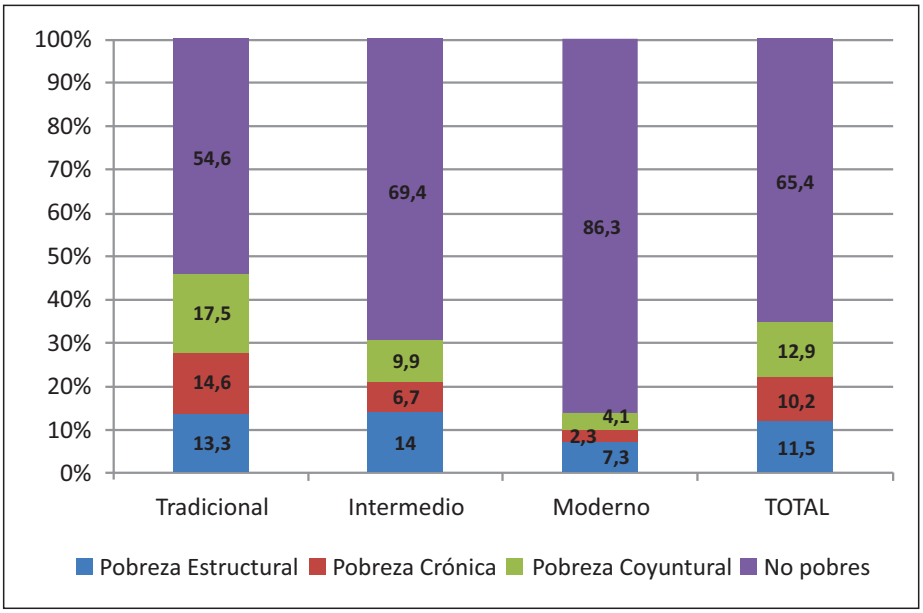
k) Otras funciones que le señala la ley o que le son encomendadas por el MTPE dentro de su ámbito de competencia.

Fuente: http://www.sunafil.gob.pe/portal/images/docs/normatividad/LEY-29981-CreacionSUNAFIL.pdf

Utilizando la clasificación de estratos laborales de los hogares en tradicional (trabajadores familiares no remunerados, trabajadores del hogar, independientes y los que se desempeñan en empresas privadas de dos a cuatro trabajadores); intermedio (trabajadores que se desempeñan en empresas privadas de 5 a 199 trabajadores); y el estrato moderno (los trabajadores que se desempeñan en empresas del sector público o empresas privadas con 200 trabajadores o más); Monge Zegarra y Flores Pérez (2014) estiman sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) del año 2011 la estructura de la exclusión social. Allí se clasifica la pobreza en estructural, coyuntural y crónica. Un hogar es calificado como pobre coyuntural cuando presenta indicadores de pobreza exclusivamente monetaria, ya que su gasto familiar per cápita se halla por debajo de la línea de pobreza. En el otro extremo, si presentan solo pobreza no monetaria se trata de un hogar con pobreza estructural, y se define en función de los indicadores de necesidades básicas insatisfechas. En cambio, cuando se hallan presente ambas deficiencias se lo denomina pobreza crónica.

Los niveles de pobreza son mucho más significativos en los estratos laborales tradicionales, donde el 45% de los hogares presenta al menos una de los tipos de exclusión antes definidas, y casi un 15% presenta ambas. En los intermedios, si bien el total de hogares pobres es menor, tiene más peso la pobreza estructural. Por último, en las familias que se desempeñan en estratos laborales modernos, los hogares con algún indicador de pobreza no llegan al 14% del total (Gráfico 1.13).

Grafico 1.13. Exclusión social según estrato laboral de los hogares, 2011



Fuente: Casalí et al. (2015), sobre datos de ENAHO en Monge Zegarra y Flores Pérez (2014).

La evolución de la pobreza por ingresos da cuenta de una reducción en la incidencia. Mientras que en 2004 el 52% de la población del Perú tenía un nivel de ingresos insuficiente como para adquirir la canasta básica de consumo (compuesta por alimentos y no alimentos), hacia 2011 esta proporción era de 28%. canasta básica

En verdad, este promedio nacional oculta la heterogeneidad de la incidencia de la pobreza sobre todo el territorio peruano, como así también los contrastes entre Lima Metropolitana y el interior del país, y entre el área urbana y el área rural. Si bien la tendencia decreciente se observa en todas las regiones, para 2011 la incidencia de la pobreza en el área urbana era de 18% y en el área rural de 56%. Díaz (2014) señala que la expansión del empleo durante el período 2000-11 se ha concentrado en zonas urbanas, donde pasó de 7 a 11 millones, mientras que se mantuvo estancado en las zonas rurales en torno a 4 millones de trabajadores.

Asimismo, en línea con la desigual participación del Producto Bruto Geográfico, la incidencia de la pobreza es diferente según los distintos departamentos. Para 2010, cuando la incidencia de la pobreza era de 31%, en los departamentos de Huancavelica y Apurímac superaba el 60%, mientras que en las regiones de Madre de Dios e Ica se ubicaba por debajo o en torno del 10%.[10]

Por otra parte, la pobreza medida por el enfoque de necesidades básicas insatisfechas (NBI) también ha descendido en los últimos años: la población con al menos una NBI pasó de 37% en 2004, a 26% en 2010. También la desigualdad en la distribución del ingreso ha mejorado en la última década, con una reducción de casi 7 p.p. en el coeficiente de Gini, al ubicarse en 2010 en 0,47 (SEDLAC, 2012).

La educación es un factor esencial que impacta en la calidad de vida de las personas y en su nivel de salud, y es uno de los pilares sobre los cuales se sostiene el desarrollo humano. Entre las evidencias científicas están aquellas que dan cuenta de cómo a medida que aumenta la educación mejora la autoevaluación del estado de salud, disminuyen las limitaciones de las actividades y se reducen los días laborales perdidos. La educación contribuye a la salud y prosperidad en la medida que promueve a las personas con conocimientos y aptitudes para solucionar problemas, otorgándoles un sentido de control y dominio sobre las circunstancias de sus vidas, aumentando las oportunidades de seguridad en materia laboral y de ingresos, además de la satisfacción en el trabajo. Asimismo, mejora el acceso y manejo de información para mantener una vida saludable (Mustard y Frank, 1991, citado en Lip y Rocabado, 2005).

De acuerdo con diversos estudios efectuados en el Perú, el poco uso de los servicios de salud se encuentra, entre otros factores, relacionado de manera directa con el bajo nivel educativo.

También se han estudiado los efectos indirectos, ya que la educación tiene un fuerte impacto en los niveles de ingreso y crecimiento económico, en el desarrollo social, en la alimentación y la nutrición, así como en las diferencias de género y posición social.

En el Perú, la extensión educativa ha tenido un fuerte desarrollo en los últimos años, alcanzado a amplios sectores de la población que habita en las áreas urbanas y, aunque a un ritmo más lento, también ha ido incluyendo a la población que habita en las áreas rurales. Desde fines del siglo XX se verificó un importante descenso en el nivel de analfabetismo en la población de 15 años y más, de

[10]En las Tablas A.1.2 y A.1.3 del Anexo se presentan mayores detalles.

18% en el Censo Nacional de Población de 1981, al 13% para 1993. La proporción analfabeta continuó disminuyendo a algo menos del 11% para 2000 y, ya en 2010, pasó a considerarse que el 90% de la población estaba alfabetizada. Aun así, es necesario subrayar que este promedio oculta ciertas disparidades regionales del Perú. Entre las distintas regiones se destacan Callao, con una alfabetización de 97% y Lima, con 96% y, en el otro extremo, las regiones de Huancavelica y Apurímac, con 74% y 77%, respectivamente.

El mejoramiento de la infraestructura básica de agua y desagüe, de las viviendas y en general del hábitat produce, en el nivel poblacional, importantes descensos en la tasa de mortalidad infantil, en las enfermedades infecto-contagiosas y en las afecciones epidérmicas, entre otras dolencias.

La disponibilidad y el acceso a servicios básicos adecuados, tales como agua, desagüe y electricidad se encuentran asociados con mejores condiciones de supervivencia de la población en general y, en especial, de los niños y niñas. Estudios realizados en el país revelan que el acceso a estos servicios constituye un factor explicativo importante acerca del estado nutricional de los niños y de su propensión a padecer desnutrición infantil crónica.

En este sentido, en el año 2010, sólo 24% de la población peruana tenía acceso al servicio de agua segura. A nivel regional se destaca que sólo dos jurisdicciones superan el 50% (Callao, con 63% y Lima, con 51%), mientras en otros 14 departamentos la proporción no supera el 10%, y en otras 4 regiones no es mayor al 24%[11].

Por otra parte, el porcentaje de población con acceso al agua arroja resultados un poco más favorables. En el nivel nacional, hacia 2010, el 72% de los habitantes poseía acceso al agua, aunque nuevamente con significativas disparidades a nivel regional: en 7 departamentos, este indicador supera el 80%, destacándose Callao (92%) y Moquegua (92%), mientras que los valores más bajos se registran en Amazonas (32%) y en Pasco (39%). Además, en 12 departamentos el indicador oscila entre 40% y 70% y, en otros 4, varía alrededor del 70% sin llegar al 80%[12]. La falta de acceso al agua impide disfrutar de una buena salud y de otros derechos básicos, como el derecho a la alimentación y a un nivel de vida adecuado. El acceder a agua y saneamiento resulta esencial para que el ser humano viva dignamente.

En Perú, en 2010, cerca del 87% de los habitantes poseían acceso a servicios básicos de saneamiento. No obstante, en este indicador también se observa una significativa variabilidad a nivel regional. En 6 de las 25 regiones, el indicador de saneamiento supera el 90%, siendo Callao la región con el mayor valor (97%), mientras que valores los más bajos se observan en Ucayali, Pasco y Loreto, con 40%; 55% y 56%, respectivamente.

---

[11] En Tablas 1.2 y 1.3 del Anexo se presentan mayores detalles.

[12] Conocer cómo se distribuye el acceso a los servicios de agua potable es de suma importancia, debido a que allí donde escasea el agua segura es mayor la frecuencia de muertes infantiles. Por lo tanto, este es un dato fundamental que deberá ser tomado en cuenta en la formulación de políticas y planes.

La condición de pobreza está relacionada, a la vez, con el acceso a los servicios básicos. En 2011, por ejemplo, entre los pobres el 45% no tenía acceso a agua de red pública, un 67% no tenía acceso a servicios de desagüe (servicio higiénico) y un 27% no tenía electricidad[13]; estas cifras indican brechas de 29 p.p., 43 p.p. y 22 p.p. respecto de la población no pobre (INEI, 2012).

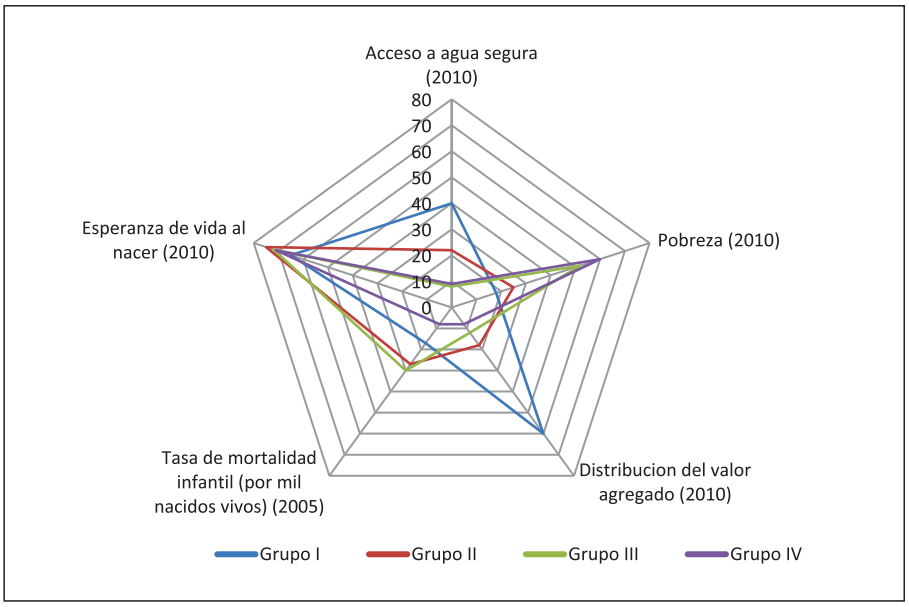
1.4. Disparidades en el territorio

A lo largo de las secciones anteriores las referencias a la demografía, mercado laboral, situación social y otros aspectos analizados han abundado en menciones a las diferencias entre los diversos departamentos del Perú. Es claro que la heterogeneidad entre las situaciones departamentales en cuestiones productivas y sociales encuentra correlación con los resultados sanitarios. Esta breve sección que cierra este capítulo1 pretende ilustrar de manera sintética lo aquí expresado.

Para cumplir con ese cometido, en el Gráfico 1.14 se presentan indicadores de desarrollo económico, social y de salud para todos los departamentos del Perú, agrupados en cuatro conjuntos de acuerdo con sus respectivos Índices de Desarrollo Humano (IDH), correspondientes al año 2007. Esos grupos son:

- Grupo I: Arequipa, Callao, Ica, Lima, Moquegua y Tumbes.
- Grupo II: Áncash, Junín, La Libertad, Lambayeque, Madre de Dios, Tacna y Ucayali.
- Grupo III: Amazonas, Cuzco, Loreto, Pasco, Piura y San Martín.
- Grupo IV: Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco y Puno.

Gráfico 1.14. Disparidades departamentales productivas, sociales y sanitarias (Índice, base = 100 para el valor máximo de cada dimensión)



Nota: Los datos presentados corresponden al promedio, excepto en el caso de la distribución del producto (donde se presenta el agregado).

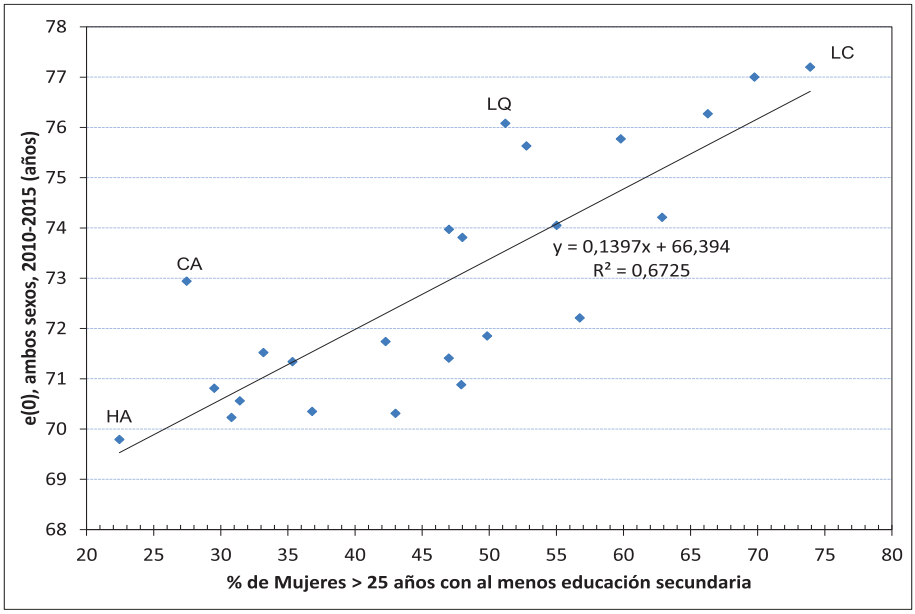
Fuente: Casalí et al. (2015), a partir de datos del INEI.

[13]Entre los pobres extremos estas carencias son aún mucho más grandes (INEI, 2012).

En el gráfico puede observarse que los departamentos con mayor IDH coinciden con los de menor nivel de pobreza, mayor acceso al agua potable y mayores recursos productivos, a la vez que tienen menor TMI y mayor EVN (Grupo I). Esto contrasta de manera evidente con lo que se observa para los departamentos de menores recursos productivos, mayor pobreza y menor acceso al agua potable (Grupo IV). El Grupo III no se diferencia mucho del IV, mientras que los departamentos del Grupo II se encuentran en una situación intermedia.

Otra manera de captar el impacto por departamento, surge al evaluar el nivel de asociación entre dos indicadores: la EVN y el nivel educativo, resumido como la proporción de mujeres mayores de 25 años con al menos educación secundaria (Gráfico 1.15). El coeficiente de correlación (R2=0.7) indica que el nivel educativo de cada departamento es un predictor bastante razonable de las condiciones de salud vigentes, es decir, del nivel de EVN: los departamentos se alinean bastante cerca de la recta, destacándose Cajamarca (CA) y Lambayeque (LQ) por alcanzar niveles de EVN claramente superiores a los que su nivel educativo sugeriría.

Gráfico 1.15. Nivel educativo de mujeres adultas y mortalidad, según departamento, 2013



Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO e INEI (2014).

En conclusión, debe señalarse que cualquier política de reforma que intente ampliar los alcances de la seguridad social y reducir las desigualdades en el Perú no puede ofrecer soluciones idénticas para todos los ámbitos territoriales y requiere iniciativas para reducir las disparidades entre los departamentos.

CAPÍTULO 2.

EL SISTEMA DE SALUD, CARACTERIZACIÓN Y DIFERENCIAS

2.1. El sistema de salud peruano

2.1.1. Instituciones y alcance

El marco normativo del proceso de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) está definido básicamente por la Ley Marco N° 29344 del AUS y su Reglamento (Decreto Supremo -DS- N° 008-2010-SA), modificada por el Decreto Legislativo N° 1158 y con Texto Único Ordenado aprobado mediante DS 020-2014-SA.

La Ley del AUS tiene el propósito de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona residente en el territorio nacional a la seguridad social en salud y establece que el Ministerio de Salud (MINSA), en el ejercicio de su rol rector en el sector Salud, tiene la responsabilidad de establecer las normas y las políticas relacionadas con la promoción, implementación y fortalecimiento del AUS.

El Decreto Legislativo N° 1158 dispone el cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento Universal en Salud (SUNASA) a Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), y establece las medidas destinadas al fortalecimiento de sus funciones concordante a su nueva denominación. SUSALUD se constituye en la instancia supervisora encargada de velar por que las prestaciones de salud sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien la financie; con la finalidad de promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud.

El Decreto Legislativo precisa que los agentes que se encuentran bajo el ámbito de competencia de SUSALUD son todas las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), así como todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Igualmente, se incluye a las Unidades de Gestión de las IPRESS (UGIPRESS), definidas como aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, diferentes de las IPRESS, encargadas de la administración y gestión de los recursos destinados al funcionamiento idóneo de éstas.

En el contexto del AUS, se define a los asegurados como aquellas personas residentes en el territorio nacional que cuentan con un seguro de salud. Según la ENAHO, al finalizar el año 2014, a nivel nacional, el 69% del total de la población cuenta con al menos un seguro de salud; y según el Registro Nominativo de Afiliados al AUS de SUSALUD, en el mismo periodo, el 75% de peruanos cuenta con un seguro de salud. Nominativo de Afiliados

Cuadro 2.1. Evolución de afiliaciones según IAFAS por seguro de salud, 2010-2014

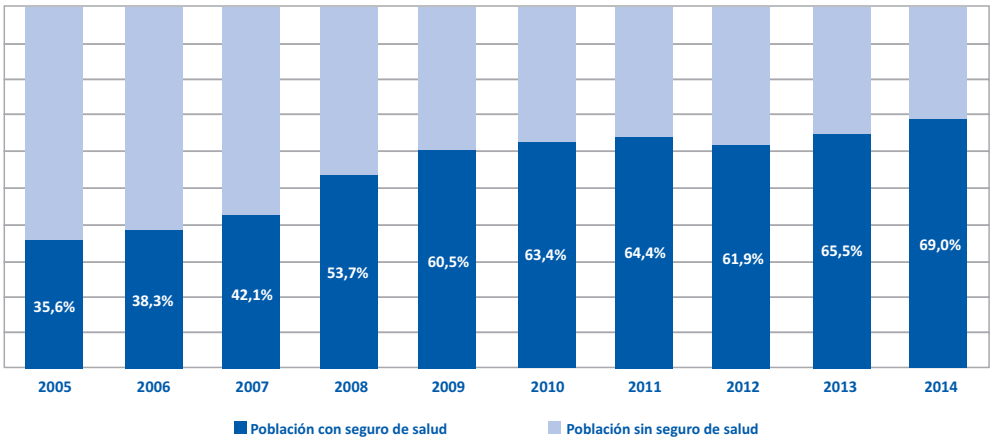
IAFAS	2010	2011	2012	2013	2014
SIS	12 386 986	12 760 504	11 353 562	11 814 620	15 079 371
EsSalud	8 627 377	9 128 957	9 786 864	8 448 238	7 594 055
EPS	521 335	588 225	669 383	781 370	832 408
FF. AA.				105 004	187 122
Autoseguros				19 017	21 689
Prepagas	445 524	574 524	635 834	403 925	475 112
Empresas de seguros					79 778
Total	**21 981 222**	**23 052 210**	**22 445 643**	**21 572 174**	**24 269 535**

Fuente: SUSALUD (2015).

En 2014, se cuenta con un total de 24 millones de afiliados activos a las IAFAS, según el Registro de Afiliados y el Sistema Electrónico de Transferencia de Información de EPS (SETIEPS). Cabe señalar que si un asegurado tiene afiliaciones en distintas IAFAS será contado en cada una de ellas, como es el caso de los asegurados de las EPS que también figuran en EsSalud. Respecto del año 2013, existen casi 3 millones más de afiliaciones, explicadas principalmente por un aumento en el SIS y una disminución en EsSalud. Esta disminución se debe al cambio de criterio (SUSALUD, 2015), pues se pasó del concepto de población activa (titulares con algún movimiento en los últimos 12 meses y sus derechohabientes) al de población acreditada (titulares con tres meses consecutivos de cotización o cuatro alternos en los últimos seis meses y sus derechohabientes).

Según la ENAHO la cobertura viene aumentando de modo progresivo desde 2005, cuando solo un 36% de la población peruana tenía un seguro de salud, pasando a un 69% en 2014, gracias a las políticas expansivas del AUS.

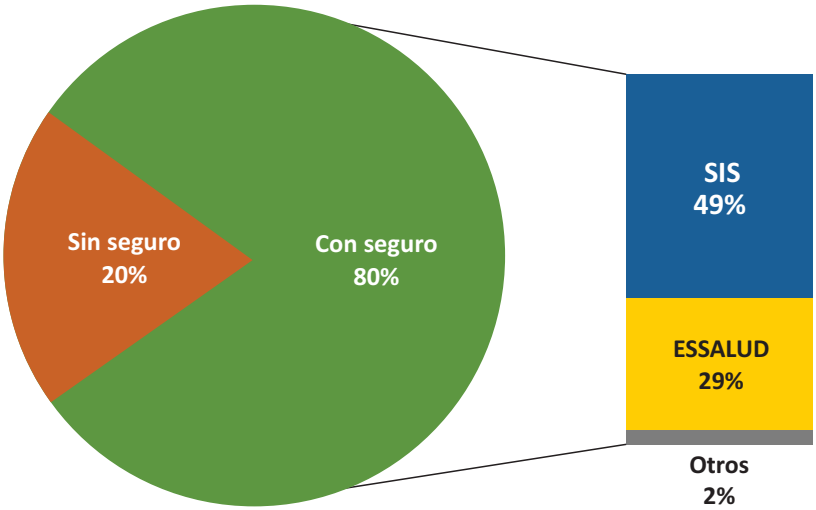
Gráfico 2.1. Estimación porcentual de población nacional afiliada a un seguro de salud



Fuente: SUSALUD (2015) en base a ENAHO 2005-2014.

Según MINSA (2015), 80% de la población peruana ya cuenta con cobertura de salud.

Gráfico 2.2



Fuente: MINSA (2015).

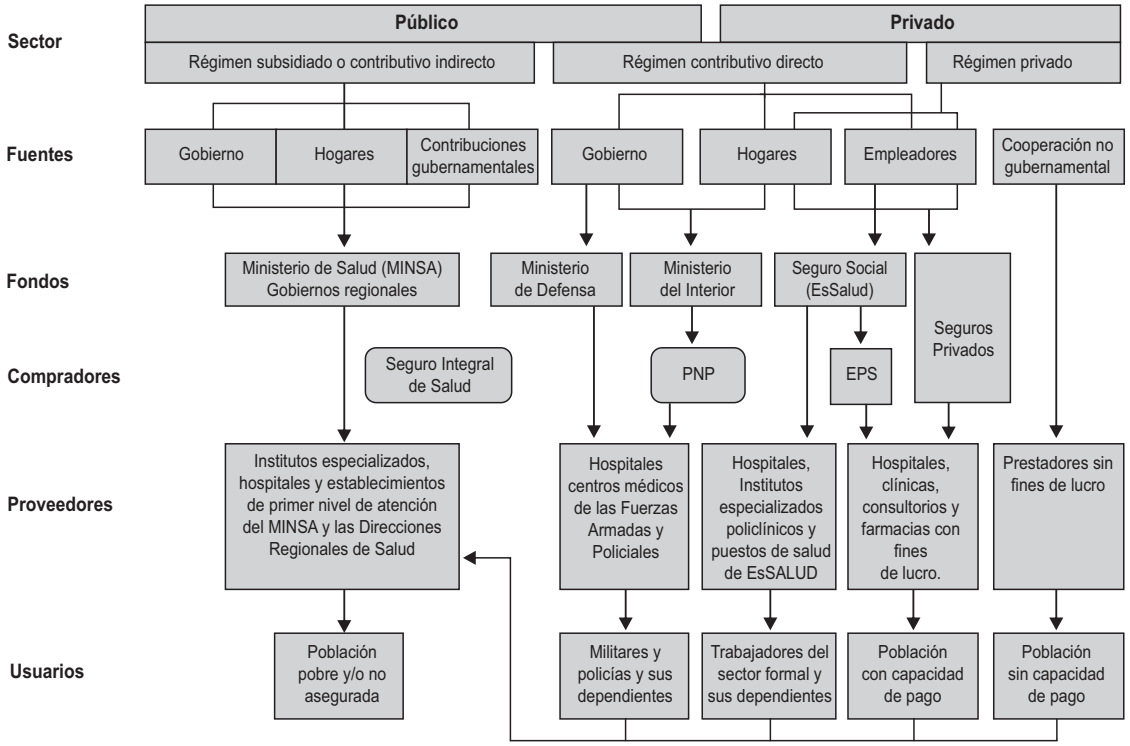
Como describen Alcalde-Rabanal et al. (2011), el sistema de salud del Perú tiene dos sectores, el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en régimen subsidiado o contributivo indirecto y semicontributivo a cargo del Seguro Integral de Salud (SIS) y el régimen contributivo directo, que es el que corresponde al Seguro Social de Salud (ESSALUD). La prestación de servicios de salud tanto para el régimen subsidiado y semisubsidiado a cargo del SIS se realiza a través de la red de establecimientos de los Gobiernos Regionales y del MINSA.

La provisión de servicios de salud para los afiliados al régimen contributivo tiene dos actores: EsSalud con provisión integral y, como proveedores privados, las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), quienes como mínimo deben proveer el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

EsSalud ofrece servicios de salud a la población asalariada y sus familias, y desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud en 1997, el sector privado ha venido participando en la provisión de servicios a través de las EPS. Los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP).

En el sector privado se distingue el privado lucrativo y el privado no lucrativo. Forman parte del privado lucrativo las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras. Como prestadores informales están los proveedores de medicina tradicional. El sector privado no lucrativo está clásicamente representado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro. La mayor parte presta servicios de primer nivel y frecuentemente reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos y hogares.

Gráfico 2.3



Nota: PNP: Policía Nacional del Perú; EPS: Entidades Prestadoras de Salud
Fuente: Alcalde-Rabanal et al. (2011).

2.1.2. Diagnóstico y desafíos

Cetrángolo et al. (2013) caracterizan al sistema de salud peruano con un elevado grado de fragmentación, una importante proporción de población no cubierta y grandes diferencias de cobertura entre los individuos efectivamente alcanzados por la prestación. También señalan que si bien se encuentran en proceso de diseño e implementación diversas iniciativas tendientes a mejorar esta situación y resolver problemas estructurales del sistema, todavía queda un largo camino de reformas por transitar hasta alcanzar los objetivos que se plantea la sociedad. Cabe destacar que no existe un camino único y consensuado sino que, por el contrario, varias son las alternativas que se les presentan a los gobiernos.

Cetrángolo et al. (2013) identifican quince rasgos estilizados que vale la pena recuperar como síntesis:

1. Perú se encuentra en un proceso de transición demográfica

La tasa de crecimiento poblacional viene disminuyendo notablemente durante las últimas tres décadas, pasando de 2.8% anual, en los años ochenta, a 1.2% anual, durante la primera década del presente siglo, mientras que, para mediados del siglo XXI, sería de 0.3%. La tasa de mortalidad infantil (TMI) ha tenido un descenso sostenido desde el quinquenio 1980-85, cuando antes del primer año de vida morían 82 cada mil nacidos vivos, mientras que para 2005-10 la TMI descendió a

18 por mil. El índice de dependencia de adultos mayores comienza su ascenso a fines de la década de 1990, pero no es lo suficientemente importante como para detener el descenso de la dependencia demográfica total. Este descenso origina el fenómeno conocido como "bono demográfico", que se da dentro del proceso de transición demográfica cuando la población en edad de trabajar es mayor que la dependiente (niños y adultos mayores) y, por lo tanto, el potencial productivo de la economía es mayor. En cuanto a mortalidad, el Perú se encuentra en una etapa de pos-transición ya que, en 2009, las enfermedades transmisibles representaron el 26% del total de las causas y las no transmisibles, el 51%. Este proceso se acentuará en el futuro cercano, en la medida que la población comience a envejecer.

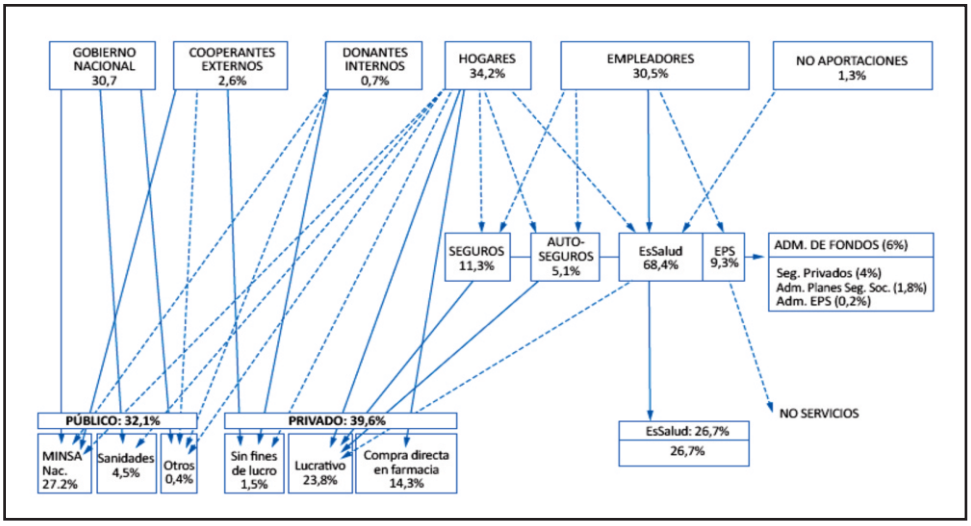
2. El gasto en salud, en especial el público, es sumamente reducido

El gasto en servicios de salud permaneció relativamente estable durante el último medio siglo y, en 2005, alcanzó el 4.5% del PBI. Aún cuando las últimas estimaciones dan cuenta de cierto crecimiento, Perú queda por debajo del promedio de América Latina (en torno al 6.6%), siendo, junto con Bolivia y Venezuela, uno de los países de América del Sur con menor gasto en salud. En el caso específico de EsSalud, su gasto total representó aproximadamente el 1.3% del PBI, un nivel relativamente inferior al registrado en los años 2000.

3. El gasto de bolsillo es excesivo

La principal fuente de financiamiento de los servicios de salud son los hogares que, en 2005, financiaron el 34%. Alrededor del 97% de este gasto se efectúa mediante gasto de bolsillo, dado que el gasto en mecanismos de aseguramiento es bajo. Esto genera fuertes inequidades, debido a que el acceso a los servicios de salud está asociado con la posibilidad que tengan los individuos para pagar por ellos.

Gráfico 2.4. Matriz de flujos del sistema de salud: agentes financiadores, fondos y prestadores, 2005



Fuente: Cetrángolo et al. (2013), en base a MINSA (2008).

4. Una parte importante del gasto de bolsillo está destinada a la compra de medicamentos y servicios de diagnóstico

En 2005, el 40% del gasto de los hogares en salud fue destinado a la compra de medicamentos en farmacias. El 43%, a su vez, se utilizó en la compra de servicios a prestadores privados, donde se incluye parcialmente la compra de medicamentos. Otra manera de evaluar el mismo fenómeno: un 42% de la población que adquirió medicinas las financió en su totalidad. Estos porcentajes son mayores en el caso de los análisis y los rayos X. No obstante, es importante destacar que, entre 2004 y 2011, disminuyó más de 9 p.p. el porcentaje de personas que financiaron en su totalidad las consultas médicas y los medicamentos, aumentando el de quienes se financiaron a través del SIS y de EsSalud.

5. Los recursos humanos y de infraestructura con que cuenta el sector parecen insuficientes y dispersos institucionalmente

Cada uno de los subsistemas cuenta con su propia infraestructura y recursos humanos. En los servicios básicos predomina la oferta del MINSA y las Direcciones Regionales. En cambio, la mayoría de los hospitales o institutos de alta complejidad pertenecen al sector privado (208 hospitales o institutos en 2005), mientras que EsSalud también concentra un porcentaje relevante de este tipo de establecimientos (78 hospitales o institutos en 2008, según Banco Mundial, 2011). La disponibilidad de profesionales de la salud (del MINSA y de EsSalud) por cada 10 mil habitantes, durante 2007, fue de 6,4 médicos, 6,7 enfermeros, 2,6 obstetras y 0,8 odontólogos. Estas cifras presentan grandes diferencias regionales, lo que afecta la equidad del sistema. Un problema adicional surge de la pérdida de recursos humanos calificados que emigran a países con mejores condiciones laborales.

6. La disponibilidad de recursos presenta grandes brechas regionales

Los departamentos que concentran el mayor porcentaje de los establecimientos de salud son Lima (13%) y Cajamarca (9%). Sin embargo, los departamentos con más establecimientos de salud cada 10 mil habitantes son Amazonas (12) y Madre de Dios (10). Esta distribución se explica a partir de la cantidad de puestos de salud, ya que la distribución departamental de los hospitales y de los centros de salud es un poco más uniforme. En relación con los recursos humanos (año2007), las regiones con mayor disponibilidad de médicos por 10 mil habitantes fueron Tumbes (13) y Ucayali (11), con Ayacucho (2,6) y Moquegua (3,3) en el otro extremo. En el caso de los enfermeros, las regiones con mayor disponibilidad por cada 10 mil habitantes fueron Ucayali (13) y Tacna (12) y las de menor disponibilidad, Madre de Dios (3), Pasco (4) y Amazonas (4). Por otra parte, las regiones con la mayor disponibilidad de obstetras por cada 10 mil habitantes fueron Moquegua (7), Huancavelica (6) y Ayacucho (5), con Piura (1,7), La Libertad (1,8) y Lima (1,8) en el otro extremo (MINSA, 2010).

7. Se presentan importantes restricciones en el acceso a los servicios de salud, por diversas causas

En 2011, del total de encuestados que no realizaron consultas sobre su salud a pesar de haber padecido algún problema, el 41% consideró que no era necesario recibir atención. Sin embargo, hay otro 28% que utilizó remedios caseros o se automedicó; un 15% que dijo no acudir a realizar una

consulta o bien porque el establecimiento quedaba lejos o porque no tenía confianza en los médicos o por la demora en la atención; y un 13% mencionó la falta de dinero como barrera de acceso al servicio. El porcentaje restante se descompone en otras barreras que incluyen: carencia de seguro, falta de tiempo, maltrato por parte del personal de salud, y otros factores. Del total de quienes indican como barrera de acceso la falta de ingresos, un 60% se encuentra entre los dos quintiles de menores ingresos y un 43% en condición de pobreza extrema o moderada. En el resto de las barreras de acceso, se observa una distribución más homogénea por quintil de ingreso, aunque las personas del primer quintil representan casi el 30% del total de quienes indican como barrera la distancia, la falta de confianza y la demora en la atención. En relación con 2004, la falta de dinero como barrera en el acceso ha perdido peso entre la población en condición de pobreza. Respecto de los afiliados a EsSalud, la barrera de ingresos resulta muy poco significativa, mientras que participa del resto de las explicaciones en una proporción similar a la que tienen sus asegurados en la población total del país.

8. La cobertura de seguros de salud ha aumentado durante la última década

En 2011, la población cubierta por algún seguro de salud alcanzó el 64%, con tendencia creciente durante los últimos diez años, en particular, por la fuerte y reciente expansión del SIS: para el año 2000, el aseguramiento era de sólo 42% (CEPLAN, 2011). La cobertura en las áreas rurales (78%) supera a la cobertura en las áreas urbanas (62%) en 2011. El incremento de la cobertura fue más moderado en Lima Metropolitana que en el resto de las zonas urbanas. Si se considera la franja etaria, el grupo poblacional con mayor cobertura es el de los niños y adolescentes (74% de la población de entre 0 y 17 años), seguido por los adultos mayores (69%) y, por último, los adultos de 18 a 64 años con sólo el 58%.

9. La cobertura de EsSalud ha crecido pero aún es baja

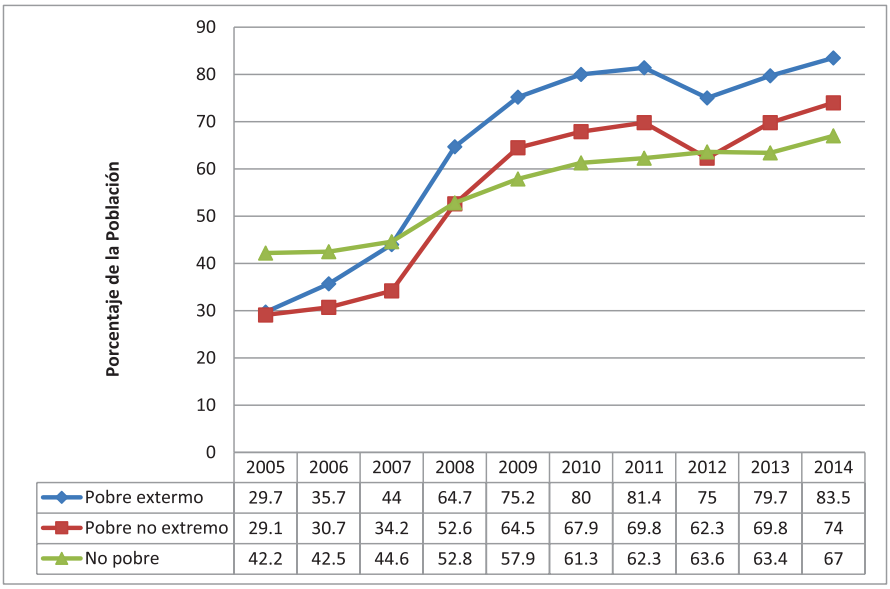
El número de afiliados a EsSalud registra una tendencia creciente desde los años ochenta que se ha acentuado especialmente durante los últimos años. La cantidad de asegurados pasó de 6 millones a mediados de 2006, a 9 millones a principios de 2012, lo que implica un crecimiento del 56% en muy pocos años. La cobertura de EsSalud es del 23% de la población y, si bien ha aumentado como producto del crecimiento del empleo asalariado formal, la extensión de la cobertura en los años 2000 se explica en gran medida a partir del SIS, que cubre al 36% de la población.

10. Las mayores deficiencias de cobertura de salud se registran en los sectores de ingresos medios

El 87% de los beneficiarios del SIS se encuentran en los tres primeros quintiles de ingreso y casi un 70% de los afiliados a EsSalud se encuentra en los dos quintiles más ricos de la distribución del ingreso. En 2011, como consecuencia de la concentración de los afiliados del SIS en los quintiles más pobres y de EsSalud (y de otros seguros) en el quintil más rico, las menores tasas de aseguramiento en salud se observan en los quintiles 3 y 4. Este panorama era significativamente diferente previo a la extensión del SIS: la cobertura de salud en 2004 mostraba una relación lineal con el quintil de ingreso y las menores tasas eran las del quintil de menores ingresos. La información referida a las personas que utilizaron los servicios de salud confirma lo anterior: un 76% de quienes se atendieron en el MINSA pertenece a los tres primeros quintiles de ingresos, mientras que un 73% de quienes se

atendieron en EsSalud pertenece a los dos quintiles de mayores ingresos.
Cabe destacar la observación de MINSA (2015) que ahora los más pobres son los que cuentan con mayor protección de salud.

Gráfico 2.5. Cobertura de salud según nivel de ingreso, 2002-2014



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pobre extermo	29.7	35.7	44	64.7	75.2	80	81.4	75	79.7	83.5
Pobre no extremo	29.1	30.7	34.2	52.6	64.5	67.9	69.8	62.3	69.8	74
No pobre	42.2	42.5	44.6	52.8	57.9	61.3	62.3	63.6	63.4	67

Fuente: SUSALUD (2015).

11. El sistema de salud peruano se caracteriza por un elevado grado de fragmentación institucional, fuente de inequidades e ineficiencias

El sistema presenta un elevado grado de fragmentación, una importante proporción de población no cubierta y grandes diferencias de cobertura entre las personas efectivamente cubiertas. Desde 1999, EsSalud tiene a su cargo el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud que tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y a sus derechohabientes, mediante el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales, así como de otros seguros de riesgos humanos. Por otra parte, el SIS tiene como finalidad proteger a quienes no cuentan con un seguro de salud, priorizando a la población vulnerable que se encuentra en situación de pobreza y pobreza extrema. En este esquema debe diferenciarse la cobertura del SIS en sus tres modalidades: gratuito, independiente y microempresas. Aquellas personas que no tienen cobertura de salud y que califican como elegibles en el Sistema Focalización de Hogares (SISFOH) del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) pueden acceder a la cobertura del SIS gratuita. En zonas con aseguramiento de AUS, los afiliados al SIS tienen cobertura de prestaciones de salud sobre la base del PEAS. En zonas sin aseguramiento de AUS, el paquete de prestaciones cubiertas es el establecido en el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS). El SIS independiente ofrece un seguro de salud (sin límite de edad) a aquellas personas que trabajan de manera independiente y que se encuentran registradas y calificadas como elegibles para este seguro por el SISFOH. En regiones donde se cuenta con AUS, este plan cubre la lista priorizada de prestaciones establecida en el PEAS. En regiones que no cuentan con AUS, pueden afiliarse al SIS independiente las familias o ciudadanas y ciudadanos

peruanos que residan en el territorio nacional y carezcan de un seguro de salud, y que tengan alguna capacidad de pago. Por último, pueden afiliarse al SIS microempresas los trabajadores y empleadores de microempresas formalmente registrados en el REMYPE (y sus derechohabientes). En las zonas donde se implementa el AUS, los afiliados cuentan con las prestaciones establecidas en el PEAS.

Otra dimensión de las desigualdades que se producen en la cobertura efectiva se observa en los diferenciales en el gasto per cápita en salud, según la condición de aseguramiento: la población sin cobertura se beneficia de un gasto promedio en salud (público y de la seguridad social) cercano a S/. 228, los beneficiarios del SIS de S/. 272 y los beneficiarios de EsSalud, de S/. 947.

12. La fragmentación de coberturas también se manifiesta en el interior de EsSalud

EsSalud cuenta con diferentes seguros según la inserción laboral de los trabajadores. En primer lugar está el seguro regular, al cual se encuentran afiliados obligatoriamente todos los trabajadores activos que desarrollan sus tareas bajo relación de dependencia o como socios de cooperativas de trabajadores. También son afiliados a este seguro los 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. El seguro independiente se encuentra disponible para cualquier residente (sin límite de edad), particularmente para trabajadores independientes (profesionales, técnicos, programadores, artesanos, comerciantes, transportistas, artistas), estudiantes, demás emprendedores y todas las personas independientes que deseen contar con un seguro en salud. Asimismo, cubre a los dependientes del titular (cónyuge o concubina/o, hijos menores de edad e hijos mayores de edad incapacitados en forma total y permanente para el trabajo). Este seguro brinda la cobertura que señala el PEAS y más de 230 prestaciones que EsSalud ha adicionado. También existe un régimen de la seguridad social especial, denominado seguro agrario, que brinda prestaciones de salud, económicas y sociales a los trabajadores dependientes e independientes que desarrollen actividades de cultivo, crianza, avícola, agroindustrial o acuícola, con excepción de la industria forestal. En este seguro los afiliados titulares pueden afiliar a sus derechohabientes.

13. Se evidencian otros mecanismos de discriminación por ingresos en EsSalud

En EsSalud los asegurados pueden decidir trasladar la cuarta parte de su aporte (es decir, 2,25 p.p.) a la EPS de su preferencia, estando esta institución obligada a prestarles solamente la llamada “capa simple” (constituida por el conjunto de las intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad). En cambio, la “capa compleja” (o sea, el conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia y mayor complejidad) se mantiene bajo responsabilidad de EsSalud. La decisión de optar por una EPS se toma colectivamente en cada centro de trabajo y no, individualmente. Los trabajadores también pueden optar por mantener su atención de “capa simple” en EsSalud, entregando a este organismo la totalidad de su aporte. Adicionalmente, el seguro cuenta con un sistema de copagos. En el caso de los trabajadores independientes, existen copagos en algunas prestaciones ambulatorias, en hospitalización, en exámenes y procedimientos en EsSalud y también en instituciones prestadoras de servicios de salud privados. Para evitar que los copagos se

constituyan en barrera al acceso a los servicios, la Ley 27056 (de creación de EsSalud) estableció que no pueden superar (salvo consentimiento expreso del trabajador) el 2% del ingreso mensual del asegurado, por cada atención de carácter ambulatorio, ni el 10%, por cada hospitalización.

14. En el gobierno de EsSalud existe fragmentación

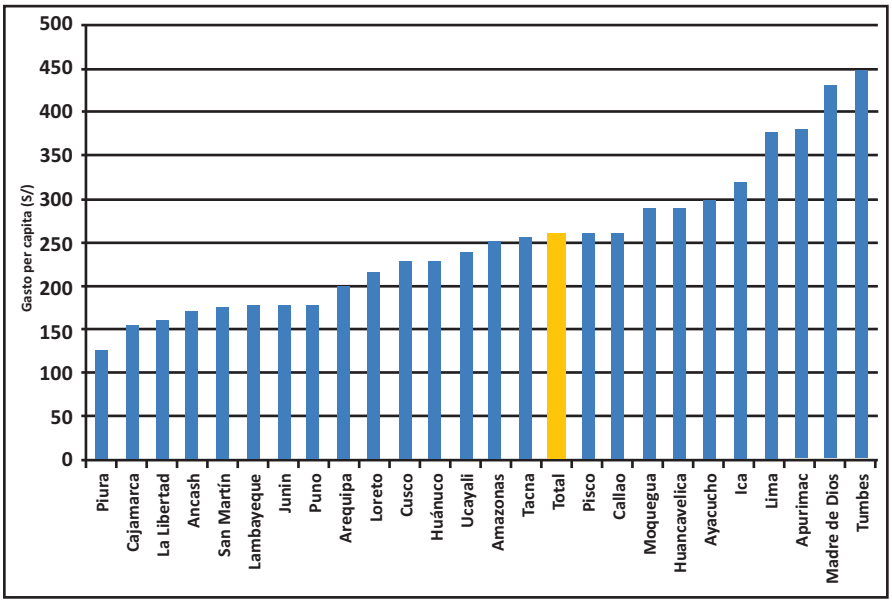
No existe una clara definición acerca de la ubicación de EsSalud en la estructura del Gobierno, lo que puede ir en detrimento de la modalidad de toma de decisiones. Este organismo está vinculado con varias instituciones del sector público de diferentes maneras: depende orgánicamente del Ministerio de Trabajo, dado que se trata de una entidad adscrita a esta institución; se articula con el MINSA, organismo encargado de elaborar los lineamientos generales del sector Salud; está bajo el control del MEF, que autoriza su presupuesto a través del FONAFE (Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado).

15. Como rasgo de un país desigual, el sistema ha desarrollado una gran fragmentación regional

Las heterogeneidades en las condiciones sociales, productivas y en algunos resultados sanitarios (como la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida), presentadas en la sección 1.4, también se observan en los recursos del sistema sanitario. Los departamentos con mejores indicadores de desarrollo humano (IDH) que, a su vez, concentran la mayor parte del valor agregado de producción y presentan mejores indicadores sociales entre su población), son los que tienen mayor nivel de cobertura del sistema contributivo (EsSalud) y los que poseen mayor nivel de gasto público per cápita. No obstante, se observa una menor brecha en cuanto a los recursos humanos en salud cada 10 mil habitantes: 19,5 en el grupo de mayor IDH y 17,7 en el grupo de menor IDH. Es notable, asimismo, que la infraestructura de salud (hospitales, centros de salud y puestos de salud) cada 10 mil habitantes es mayor en los departamentos de menor IDH.

La distribución del gasto por departamento revela que un 45% se concentra en Lima, en tanto que el resto de las localidades tiene participaciones inferiores al 4%. Las erogaciones per cápita manifiestan una desigual distribución por departamento: la brecha entre los departamento con mayor (Tumbes) y menor (Piura) gasto per cápita es del 260%; si se consideran los cuatro departamentos con mayores y con menores recursos per cápita, la brecha es de 146%.

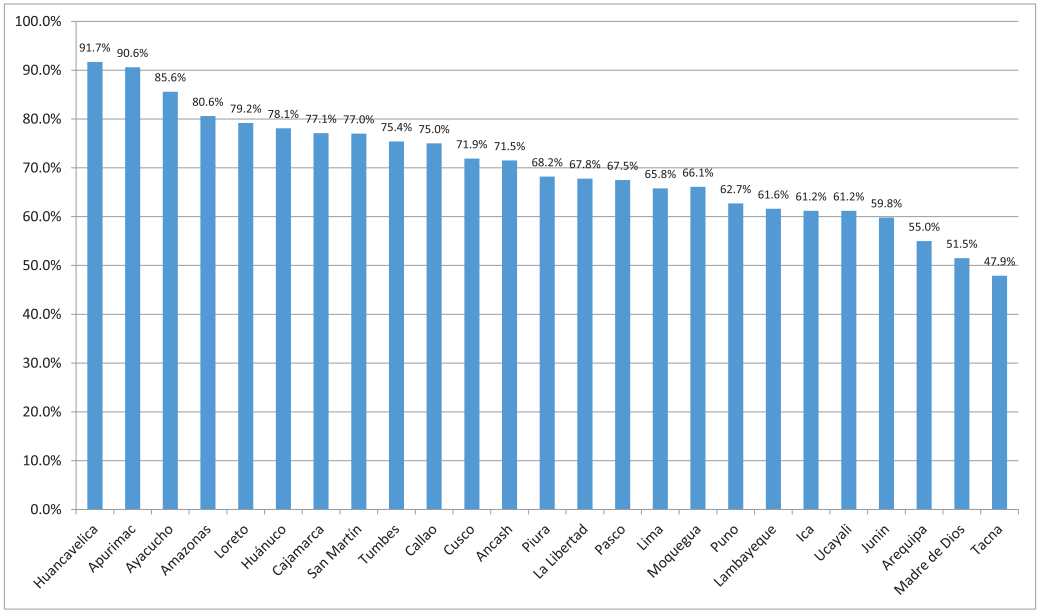
Gráfico 2.6. Gasto per cápita del subsector público (MINSA -con SIS-, Ministerios del Interior y de Defensa) por departamento, 2011



Fuente: Cetrángolo et al. (2013), en base a datos SIAF.

Las zonas que cuentan con mayor cobertura son Huancavelica y Apurímac, que tienen asegurada al 91% de su población, mientras que Tacna (48%) y Madre de Dios (51%) tienen las menores coberturas. Los diferenciales se presentan en el gráfico 2.7.

Gráfico 2.7. Población afiliada a un seguro de salud (%) por región, 2014



Fuente: SUSALUD (2015), en base a datos ENAHO, 2014.

Con base en estos quince rasgos estilizados, Cetrángolo et al. (2013) señalan quince desafíos y recomendaciones para alcanzar la cobertura universal, con especial referencia al papel de EsSalud: 1. Aseguramiento universal; 2. Definir con especial cuidado las medidas de transición; 3. Reducir los gastos de bolsillo; 4. Revisar la política de copagos; 5. Mejorar la regulación del sector privado, en especial, del productor; de medicamentos y aparatos de alta tecnología; 6. Aumentar el financiamiento público para el sector; 7. Incrementar los recursos tributarios; 8. Mejorar la dotación de recursos humanos en el sector; 9. Levantar restricciones en el acceso a los servicios; 10. Desarrollar políticas para eliminar las brechas regionales; 11. Construir redes de atención; 12. Coordinar y posteriormente integrar las diferentes partes del sistema; 13. Expandir la cobertura de seguros; 14. Mejorar el diseño del gobierno del sector y de EsSalud en particular; 15. Aprovechar el bono demográfico.

Cetrángolo et al. (2013) también destacan la necesidad de reflexionar sobre aquellos factores que permanecen fuera de los límites de la política propia del sector pero que, dadas las características del país, pueden ser de igual o de mayor importancia. En efecto, no deben pasarse por alto las políticas para mejorar las condiciones socioeconómicas generales o, como se los suele denominar, los determinantes sociales de la salud. Estos determinantes apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen sobre la salud de la población como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios.

En síntesis, en relación con EsSalud, la estrategia para lograr la cobertura universal y equitativa requiere de una serie de adaptaciones (algunas ya señaladas en OIT, 2012) y el fortalecimiento de un conjunto de acciones que viene desarrollando, tendientes a dar efectiva cobertura a los hogares de los trabajadores formales y de todos aquellos con capacidad contributiva. Sólo así se podrá liberar espacio fiscal para que el Estado pueda subsidiar a los sectores con escasa capacidad de pago. Con el objeto de ayudar en ese proceso, debiera evaluarse seriamente y de manera conjunta con las autoridades del MINSA y del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) la conveniencia de introducir algún esquema tributario especial para atender la situación de los pequeños contribuyentes y de los trabajadores informales que tienen capacidad de pago pero que se encuentran, hasta el momento, fuera de la economía formal. Si se decidiera incorporar afiliados con capacidad de pago inferior a la cápita promedio del seguro, deberán evaluarse soluciones financieras para no afectar su sostenibilidad de largo plazo.

También resulta imperioso lograr que la cobertura que EsSalud brinda a sus afiliados no requiera pagos de bolsillo. Ello sin dejar de reconocer que la política de coseguros puede ser, en situaciones específicas, una ayuda para moderar la demanda y hacer más eficiente la gestión. Sin embargo, cuando ello ocurra, EsSalud deberá tener especial cuidado en evitar efectos no deseados sobre la cobertura. Ligado a este tema, sería deseable que EsSalud pudiera evaluar alternativas para fortalecer su presencia en prestaciones y acciones preventivas, implementando la acción de médicos de familia y convenios con gobiernos regionales. En el largo plazo, esta medida permitirá mejorar la eficiencia y equidad del sistema en su conjunto.

Por otra parte, si bien los problemas de desequilibrios regionales que presenta el Perú exceden el ámbito de influencia del Seguro Social de Salud, debe evitarse que la presencia de EsSalud en los territorios agrave las diferencias entre las regiones de distinto desarrollo relativo y, por el contrario, que pueda servir para reducir disparidades.

En el camino hacia la cobertura universal, EsSalud tendrá que profundizar sus lazos hasta integrarse con las restantes modalidades de provisión pública de salud. Con este fin, habrá que profundizar los mecanismos de coordinación e intercambio de prestaciones. Por otra parte, de manera paulatina, EsSalud deberá participar en la construcción de redes de atención pública.

Es auspicioso verificar cierta similitud de diagnóstico y desafíos con los planteados por el MINSA (2015) y por el propio EsSalud (2014). MINSA (2015) establece cinco ejes de gestión en el marco de la reforma, destacando avances y metas:

1. Más peruanos protegidos por un seguro de salud. Para reducir la población de 8 millones sin protección (27%) estimada para el año 2012 a 20% en 2014, se aprovechó el siguiente desarrollo legislativo con la idea que más de 15 millones de peruanos queden asegurados en el SIS (51% de la población protegida por el seguro público):

- El Decreto Legislativo No. 1164 permite cerrar la brecha de pobres sin seguro de salud (884 mil nuevos afiliados en 2014 y una meta de 265 mil para 2015), a centros poblados alejados mediante focalización geográfica, a albergues, a penales, etc. (332 mil y 265 mil, respectivamente) y afiliar a gestantes, recién nacidos y niños menores de 5 años aplicando el enfoque de vulnerabilidad (5 mil y 85 mil, respectivamente);

- La Ley No. 29951 autoriza afiliar a independientes pequeños contribuyentes del N-RUS: Plan SIS Emprendedor (375 mil nuevos afiliados en 2014 y una meta de 700 mil para 2015);

- La Ley No. 30061 permite la afiliación al SIS de los escolares de inicial y primaria del ámbito de Qaly Warma (834 mil nuevos afiliados en 2014 y una meta de 150 mil para 2015).

2. Más servicios de salud para más peruanos: El Decreto Legislativo No. 1154 supera la restricción de doble percepción remunerativa, impulsando: a) la ampliación de los horarios de atención en hospitales y establecimientos I-IV en las especialidades y servicios con mayor demanda (9 hospitales de Lima en 2014 y una meta de 20 más en 2015, junto a 12 en las capitales de otras regiones del país; b) Brigadas "Más Salud", con equipos multidisciplinarios que brindan atención y dan capacitación durante dos semanas en las regiones con mayores brechas de especialistas (2 campañas en 2014 y una meta de 45 más en 2015). Por su parte, el Decreto Legislativo No. 1159, aprueba el intercambio prestacional, para usar toda la oferta pública existente en la jurisdicción, para que las personas puedan usar todos los servicios públicos existentes en su jurisdicción independientemente de en qué IAFAS estén asegurados (15 mil en 2014 y una meta de 100 mil en 2015). Por último, el Decreto

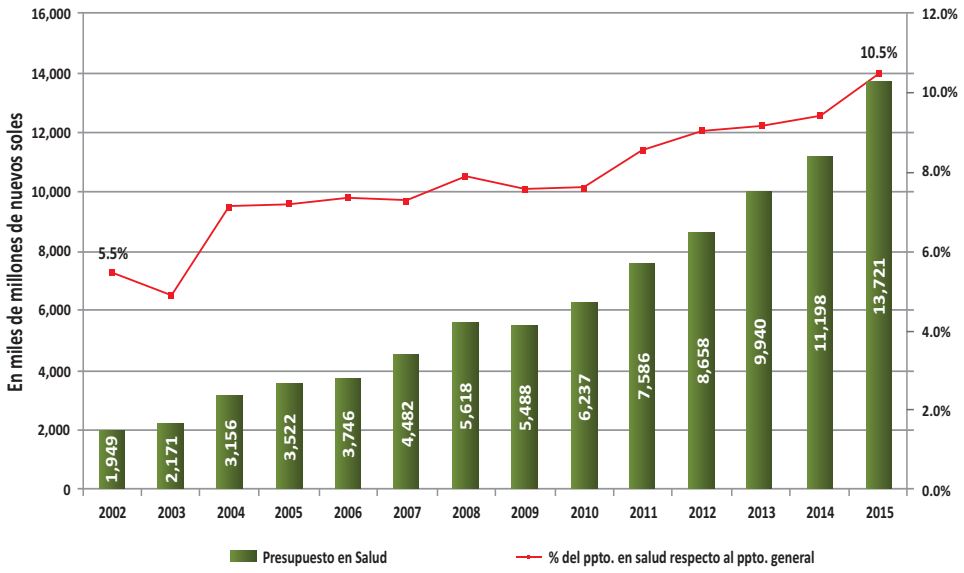
Legislativo No. 1157 aprueba la planificación multianual e intergubernamental, la agilización de la inversión (por un total de US$ 3 billones) y la creación del Programa Nacional de Inversión en Salud: aprobación de la cartera de inversiones por S/. 8,400 millones para 170 hospitales provinciales (13 en ejecución de obra y equipamiento), 23 regionales (7 con inversiones en ejecución) y 11 nacionales (3 en construcción y 6 en planeamiento y diseño); S/. 1,000 millones para la reforma remunerativa en 2014: 97 mil trabajadores con nueva remuneración fija y Bonos según tipo o ámbito de trabajo; 20 mil trabajadores (profesionales y técnicos) han iniciado el Diplomado de Atención Integral (I Fase del Programa de Formación en Salud Familiar-PROFAM); 628 plazas más de residentado médico y 16 mil plazas más de profesionales en EESS públicos que el año 2013.

3. Más protección de derechos en salud. Para los 30 millones de peruanos: 20 mil atención y orientación a consultas por las Delegadas SUSALUD en Hospitales y Clínicas (meta 2015 de 230 mil), 2 mil Atención de quejas, reclamos y denuncias (meta de 10 mil), 350 Controversias tramitadas en el Centro de Conciliación y Arbitraje (meta de 1,000), 10 actividades regionales de promoción de derechos y deberes en salud con IAFAS, IPRESS y ciudadanos (meta de 60), 2 Juntas de usuarios implementadas (meta de 10).

4. Más protección con intervenciones de salud colectiva. Prevención y despistaje de cáncer para toda la población y cobertura de atención para los 15 millones de asegurados del SIS: Plan Esperanza, con 2 millones de tamizajes realizados y 100 mil personas atendidas (50 TMO); Plan Aprende Saludable, con 1.8 millones de escolares, de inicial y primaria, de las instituciones educativas del ámbito de Qali Warma tamizados; suplementación a 280 mil niños de 6 a 35 meses con Multimicronutrientes (MMN); aprobación y presentación del Plan Nacional "Bienvenidos a la Vida" para reducir el riesgo de morbimortalidad de los recién nacidos de los distritos más pobres (meta 2015 de 35 mil protegidos integralmente).

5. Más rectoría y financiamiento. 22% de incremento en el presupuesto público en salud para el 2015 con las siguientes metas: Fortalecimiento del ente rector, con alineamiento de la ejecución programática y presupuestal del sector público; Implementación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, con transferencia completa de hospitales y reforzamiento del Sistema Nacional de Referencia y Contra referencia del SAMU; Incremento del presupuesto público en salud (gráfico 2.6) a S/. 13,700 millones (S/. 2,500 millones más); Incremento del financiamiento del SIS a S/. 1,700 millones (S/. 300 millones más).

Gráfico 2.8. Presupuesto público en Salud, 2002-2015
(en millones de nuevos soles y en % del presupuesto general)



Fuente: MINSA (2015), en base a datos MEF.

El incremento presupuestario (S/. 2,500 millones) está dirigido al financiamiento de las siguientes prioridades: Mejora de condiciones remunerativas de los Recursos Humanos (447); Servicios e insumos de los EE.SS. incluyendo SAMU (142); Formación y Capacitación de Profesionales Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria (17); Mantenimiento y Reforzamiento de EE.SS (162); Fortalecimiento de la atención en prioridades sanitarias (263); Extensión de la Cobertura de la Protección Financiera en Salud (315); Fortalecimiento de SUSALUD, del IGSS, e implementación de la Reforma de la Salud (99); Inversiones Pública en Salud (1,055).

Los resultados esperados por MINSA en Salud Pública son: continuar reduciendo la desnutrición crónica en menores de 5 años; reducir la prevalencia de anemia en menores de 3 años; alcanzar el objetico del milenio para mortalidad materna; reducir la tasa de mortalidad neonatal; reducir la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años; disminuir la incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo; disminuir la incidencia acumulada de malaria; incrementar la coberturas de vacunación; incrementar la cobertura de lactancia materna exclusiva; incrementar el porcentaje de casos de cáncer detectados en estadios i y ii; incrementar la satisfacción con la atención recibida en establecimientos públicos.

Por su parte, EsSalud (2014), al referirse al contexto en el que se desarrolló la elaboración del Plan de Salud hasta el año 2021 y considerar un contexto nacional e interno señala que:

- El Sistema de Salud peruano sigue viendo crecer el gasto público de un histórico 0.9% a 2% del PBI, en una búsqueda por alcanzar el promedio latinoamericano de 6%.

- EsSalud se desenvuelve dentro de un modelo nacional de salud fragmentado -con prestadores, financiadores y aseguradores múltiples- actuando en cada parte del territorio con otro efector público importante junto a los establecimientos de salud adscritos a los Gobiernos Regionales.
- EsSalud mantiene una administración centralizada, que gestiona los servicios asistenciales a través de un modelo de redes integradas de salud, con niveles de autonomía o desconcentración relativos.
- La Reforma del Sector Salud -liderado por el MINSA- contempla cuatro ejes de desarrollo: Fortalecimiento de la Función Aseguradora del SIS, Desarrollo de una Fuerte Atención Primaria, Protección de la Salud y Supervisión y Control del Desempeño del Sistema, a través de SUSALUD.
- EsSalud se encuentra desarrollando el Plan Maestro de EsSalud, en el marco del Plan Estratégico Institucional 2012-2016 y las medidas derivadas como resultado del trabajo de la Comisión MINTRA-MINSA, a partir del DS Nº 016-2012-TR que contiene la propuesta para su reorganización.
- Se mantienen los contenidos de la Ley General de Salud, LMSSS y Ley de Creación de EsSalud con sus modificatorias.

Como marco de referencia internacional para la elaboración del Plan, EsSalud considera la nueva estrategia de la OMS "Salud para todos en el siglo XXI", planteamientos de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y políticas de la Comunidad Andina, así como una breve revisión de un Análisis Comparado de Sistemas de salud exitosos y las propuestas del Observatorio Europeo de Políticas de Salud basados en evidencia.

Por último, Cetrángolo et al. (2013) insisten en la cualidad de "blanco móvil" que posee actualmente el sector Salud, por lo que cada estrategia deberá revisarse permanentemente si se quiere alcanzar una verdadera cobertura universal y equitativa. Con este propósito, deberán implementarse estudios complementarios que permitan mejorar y dar seguimiento a los aspectos específicos de la organización del sistema en su totalidad y también de EsSalud. Es necesario evaluar la política de medicamentos e insumos de alto componente tecnológico (incorporando la posibilidad de producción pública nacional o regional); la realización de encuestas y estudios de los factores de riesgo; el funcionamiento de fondo para enfermedades catastróficas; la articulación de programas de promoción y prevención de la salud y otras iniciativas para evitar la sobreutilización de los servicios de salud, y, en general, la necesidad de revisar los modelos prestacionales, entre otras muchas cuestiones a ser monitoreadas de manera permanente. Sin duda, la transición será extensa y no ajena a replanteos, sobre todo, cada vez que los cambios en el entorno macroeconómico o el mercado lo demanden. Pero lo cierto es que jamás deberá perderse de vista durante el proceso el objetivo final buscado.

2.2. La carga de enfermedad en el Perú

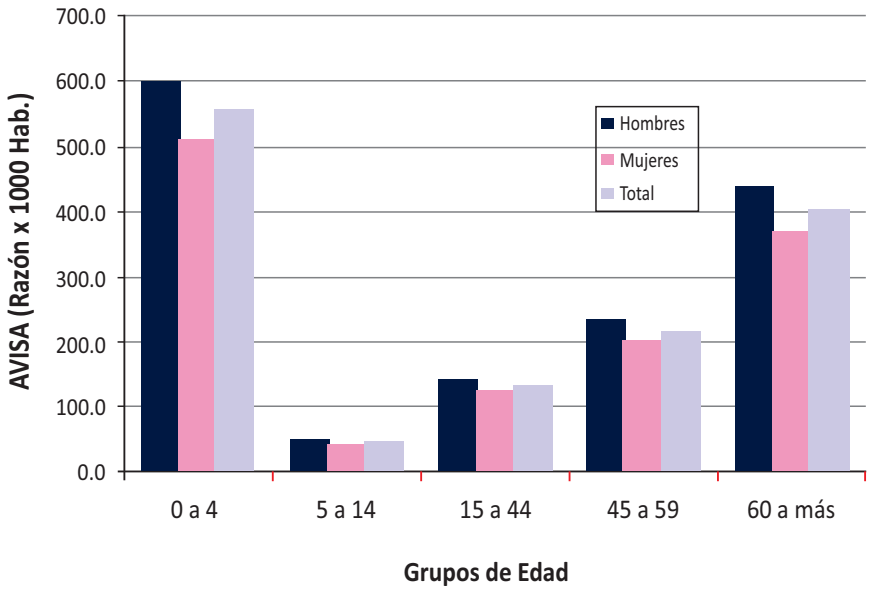
Es importante mencionar la relevancia que cada vez más van adquiriendo en el mundo los estudios de carga de enfermedad (CDE), como uno de los principales insumos en el proceso de determinación de prioridades sanitarias. En tal sentido son crecientes los esfuerzos internacionales para obtener estimaciones cada vez más desagregadas para los diversos países; sin embargo, estas estimaciones dependerán de la producción científica que se desarrolla en cada país (MINSA, 2014).

La medición de la CDE en Perú se da en cumplimiento a lo dispuesto por la Ley Marco de AUS, que en su capítulo 3 "planes de aseguramiento en salud", art. 15, establece que el MINSA es el ente encargado de elaborar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), el que se aprueba por decreto supremo y se elabora sobre la base de estudios de carga de enfermedad y otros estudios epidemiológicos que reflejen la situación de salud de la población del país, tomando en cuenta las prioridades regionales.

Para el año 2012, MINSA (2014) estimó que la población asegurada ha perdido 5.8 millones de años de vida saludables (AVISA), por el efecto de padecer una enfermedad o lesión, lo que significa una pérdida de aproximadamente 192 años por cada 1000 habitantes. El sexo masculino es el que genera más pérdida de AVISA (53%), como se detalla en la tabla A.2.1 del Anexo.

Considerando grandes grupos de edad, las personas de 15 a 44 años son las que generan más pérdida de AVISA (33%) y, por lo tanto, requieren de una respuesta adecuada desde el sistema de salud. Las personas con edades en los extremos de la vida presentaron las mayores razones de carga, tanto para hombres como para mujeres (gráfico 2.9).

Gráfico 2.9. Razón de AVISA por mil habitantes. Perú, 2012

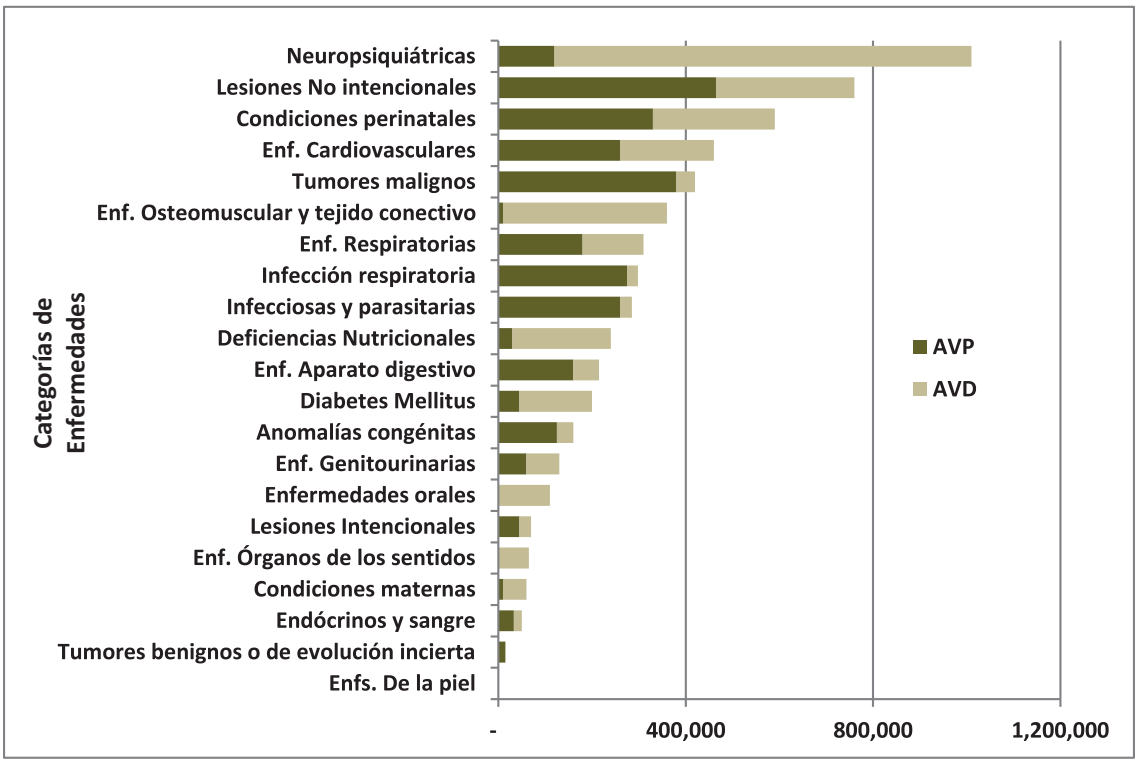


Fuente: MINSA (2014).

La mayor CDE en la población se da a expensas de los años vividos con discapacidad (AVD) que representan el 52%del total de AVISA, mientras que las pérdidas mortales (AVP) aportan el 48% restante. El perfil de carga de morbilidad en la población muestra, en primer lugar, a las enfermedades no transmisibles (grupo II), con un 61% del total de AVISA, seguidas por las enfermedades trasmisibles (grupo I: maternas, perinatales y nutricionales), con 25% y, por último, accidentes y lesiones (grupo III), con 14%.[14]

Según categorías diagnósticas (gráfico 2.10), las cuatro primeras causas de CDE son las enfermedades neuropsiquiátricas (17%), las lesiones no intencionales (13%), las condiciones perinatales (10%) y las enfermedades cardiovasculares (8%). Esta información es relevante para identificar los daños prioritarios, a fin de diseñar las estrategias de intervención sanitaria a largo plazo, que permitan mejorar el estado de salud de la población.

Gráfico 2.10. Número de años perdidos según categorías de enfermedades y componentes AVP/AVD. Perú, 2012



Fuente: MINSA (2014).

El análisis más desagregado por subcategorías determinó que las principales enfermedades que produjeron la mayor cantidad de AVISA perdidos fueron: infecciones de las vías respiratorias bajas, depresión unipolar, accidentes de tránsito, bajo peso/prematuridad, anoxia/asfixia/trauma al nacimiento y malnutrición proteíno-calórica. En el grupo de los accidentes y lesiones, las subcategorías que produjeron mayor carga fueron accidentes de tránsito, caídas, ahogamientos y violencia.

[14]Para más detalles ver tabla 2 del Anexo.

La CDE en los menores de 5 años se debe principalmente por patologías que producen muerte prematura como bajo peso/prematuridad, anoxia/asfixia/trauma al nacimiento, sepsis neonatal, anomalías congénitas, deficiencias nutricionales e infecciones respiratorias. En los grupos de 45 a 59 y más de 60 años, la carga es producto de enfermedades que ocasionan mayor discapacidad como las cardiovasculares, las neuropsiquiátricas, tumores malignos y las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo. En la población adolescente y adulta joven adquieren más importancia las lesiones no intencionales y entre ellas los accidentes de tránsito, especialmente en los hombres.

Este perfil mixto de enfermedades plantea importantes retos y tiene significativas implicancias en el sistema de salud. Por un lado, la elevada CDE en las patologías no transmisibles conducen a una mayor utilización de los servicios, mayor costo en la atención y exige mayor capacidad resolutiva en los establecimientos de salud. Por otro lado, la presencia de afecciones perinatales, nutricionales e infecciosas determinan que se continúen reforzando las intervenciones en las actuales estrategias del MINSA, focalizadas sobretodo en la niñez.

Finalmente, MINSA (2014) recomienda la realización de estudios periódicos para evaluar la cobertura y la calidad del dato en los certificados de defunción, que mediante un rápido análisis de sus características permita identificar posibles soluciones, evitando así distorsiones en el perfil epidemiológico.

En el Perú, alrededor del 92% de los certificados de defunción son expedidos por médicos y, no obstante, aún existen importantes problemas en la anotación de los datos y sobretodo de las causas de defunción, debido en parte a la desconocimiento de las recomendaciones para la certificación de las causas de muerte publicadas en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10a Revisión (CIE X), de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

MINSA (2014) recomienda reforzar los aspectos relacionados al correcto llenado del certificado de defunción, realizando diversas intervenciones educativas tanto en el pre y postgrado, así como en los médicos que se incorporan al servicio hospitalario. Urge priorizar como una línea permanente de capacitación en los recursos humanos en salud, los temas relacionados con las estadísticas vitales, promoviendo alianzas entre las Facultades de Medicina y los colegios profesionales.

Las acciones realizadas en los últimos años para sensibilizar a la comunidad científica en realizar investigaciones para conocer la situación de las principales enfermedades prevalentes no son suficientes. MINSA (2014) también recomienda asumir desafíos conjuntos e integrales entre el sector público y privado, académico-científico y político, para mejorar la calidad y cantidad de estudios epidemiológicos nacionales. Ello permitirá también estimar los factores de riesgo y otros parámetros epidemiológicos, especialmente los referidos a la discapacidad y su valoración social, necesarios en el cálculo de la CDE.

CAPÍTULO 3.

Diagnóstico de EsSalud: análisis de evolución reciente y situación en el año 2014

3.1. Antecedentes institucionales

El 12 de agosto de 1936 el Seguro Social cobró vida institucional como resultado de una propuesta visionaria en las primeras décadas del siglo XX, atendiendo la necesidad de implementar un sistema de protección social páralos trabajadores peruanos, tal y como ya se hacía en algunos países de Europa y América Latina. En el año 1935, en el gobierno del Gral. Oscar R. Benavides, se envió a los doctores Edgardo Rebagliati y Guillermo Almenara a estudiar la organización de estos programas de seguridad social en Argentina, Chile y Uruguay. Este trabajo dio como resultado la creación de la Caja Nacional del Seguro Social Obrero, mediante Ley N° 8433 que introduce por primera vez el seguro social obligatorio, exclusivo para los obreros. Este seguro cubría los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. También brindaba prestaciones de asistencia médica general y especial, atención hospitalaria, farmacia y subsidios, así como pensiones de invalidez. En 1948, durante el gobierno del Gral. Manuel A. Odría, con DL N° 10902 se crea el Seguro Social Obligatorio del Empleado, con similar cobertura que brindaba el Seguro Obrero. Años más tarde, en el gobierno del Gral. Juan Velasco Alvarado, se inició un proceso de fusión progresiva del seguro obrero y del empleado, oficializado mediante DL N° 20212 que creó el Seguro Social del Perú. Luego, en 1987, con la Ley N° 24786, se cambiaría la denominación a Instituto Peruano de Seguridad Social y, posteriormente, el 30/01/99 se promulgó la Ley N° 27056, de Creación del Seguro Social de Salud, EsSalud.

La población asegurada de EsSalud proviene en su mayoría de los trabajadores del sector formal de la economía y sus dependientes directos. Se analizan seguidamente el Seguro Regular (SR) y el Seguro de Salud Agrario (SSA), regímenes que conforman la población objetivo del presente estudio. Ambos seguros (SR y SSA) se rigen por procedimientos propios de su naturaleza relacionados con la inscripción, declaración-pago y acreditación.

Además de los titulares del SR y del SSA, están cubiertos sus derechohabientes: Cónyuge o concubino(a); Hijos(as) menores de edad; Hijos(as) mayores de edad discapacitados total y permanentemente para el trabajo; Madre gestante de hijo extramatrimonial.

La población acreditada se encuentra amparada bajo diferentes tipos de seguros, cada uno de los cuales tiene diferentes tasas de aportación, bases imponibles, reglas de acreditación, prestaciones de salud y otros beneficios (OIT, 2012).

3.1.1. El Seguro Regular

En el SR son asegurados los trabajadores que se encuentran en una relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, los trabajadores del hogar, los trabajadores portuarios, los trabajadores independientes incorporados por ley especial (pescadores y procesadores pesqueros artesanales), las personas contratadas bajo el Régimen CAS (Contrato Administrativo de Servicios), así como los pensionistas que perciben pensión de jubilación, incapacidad o sobrevivencia, tanto del sistema público como del privado.

La base legal del SR son las siguientes Leyes Nos: 26790, LMSSS; 27177, que incorpora como afiliados regulares a los pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes; 27866 del Trabajador Portuario; 27986 de Trabajadores del Hogar; 28015 de Promoción y Formación de la Micro y Pequeña Empresa; 28193, que establece que EsSalud asumirá las atenciones y prestaciones económicas de salud que estaban a cargo de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador (CBSSP); DL N° 1057, de CAS. El SR es el más importante para EsSalud desde el punto de vista de la proporción de la población total afiliada y también respecto de sus ingresos. La cobertura es integral e ilimitada, contemplando prestaciones de prevención y promoción, de recuperación de la salud, de bienestar y promoción social, económicas y de maternidad.

Las tasas de aportación varían para cada tipo de seguro, igual que la base imponible. Con excepción de los pensionistas, la remuneración mínima sobre la que se debe aportar al SR es equivalente a la Remuneración Mínima Vital (RMV). En el caso de los pensionistas, la situación varía en función del sistema considerado, para el caso del Sistema Nacional de Pensiones (SNP), la base mínima de aportación se corresponde con la prestación mínima legal del sistema; por el contario, dado que el Sistema Privado de Pensiones no cuenta con una regulación similar, las aportaciones a este sistema no consideran una base imponible mínima.

Cuadro 3.1. Base imponible y tasa de aportación del Seguro Regular.

SEGURO REGULAR		
TRABAJADOR ACTIVO Y PENSIONISTA	**PESCADOR Y PROCESADOR PESQUERO ARTESANAL INDEPENDIENTE**	**TRABAJADOR PESQUERO Y PENSIONISTA DE LA CBSS**
TASA DE APORTE		
- Trabajador activo, socio de cooperativa, trabajador portuario, contratos CAS: 9% de la remuneración o ingreso mensual. - CAS: 9% de la base imponible máxima. - Pensionista: 4% de la pensión, a cargo del pensionista. - En caso de afiliados a EPS: 6.75% a ESSALUD y 2.25% a EPS. - Trabajador del hogar: 9% de la RMV como mínimo.	- Con embarcación artesanal: 9% del VPC en el punto de desembarque, a cargo del comercializador, armador artesanal y pescador artesanal independiente (4%, 3% y 2% del VPC, respectivamente). - Pescador artesanal independiente sin embarcación y procesador pesquero artesanal independiente: 9% de la RMV.	- Trabajador pesquero: 9% de la Remuneración o ingreso mensual, a cargo del armador que debe declarar y pagar mensualmente. - En caso de afiliados a EPS: 6.75% a ESSALUD y 2.25% a EPS. - Pensionista: 4% de la pensión: A cargo del pensionista.
BASE IMPONIBLE		
- Trabajador: Mínimo 1 RMV. - Pensionista: Pensión - CAS: 30% UIT (máximo)	- Mínimo 1 RMV.	- Trabajador pesquero: No menor a 4.4 RMV. - Pensionista: Pensión

Fuente: OIT (2012), con base en Gerencia Central de Aseguramiento EsSalud.

3.1.2. El Seguro de Salud Agrario

Forman parte del SSA los trabajadores agrarios dependientes que realicen labores de cultivo, crianza, agroindustria, avicultura y acuicultura, con excepción de la industria forestal; y los agrarios independientes que desarrollen las mismas actividades que los dependientes. Su base legal son las Leyes 27360, que aprueba las normas de promoción del sector Agrario y 27460, de Promoción y Desarrollo de la Acuicultura.

Sólo en el SSA de los trabajadores independientes existe límite de edad para la afiliación: en el caso de que sean mayores de 70 años de edad, deben someterse a una evaluación médica que los acredite con capacidad para desarrollar la actividad agraria.

La tasa de aportación es del 4%, y la base imponible mínima es equivalente a la remuneración mensual legal actualizándose en función del incremento de la RMV para los trabajadores agrarios dependientes, y a la RMV para los trabajadores agrarios independientes. En este marco, los aportes de más del 36% de los trabajadores dependientes son realizados por las entidades empleadoras sobre remuneraciones inferiores a la RMV. Las entidades empleadoras del SSA dependiente no están sujetas al reembolso de prestaciones otorgadas a sus trabajadores, a diferencia del SR, cuando incurren en situación de morosidad en el pago de las aportaciones.

El SSA dependiente es obligatorio y está integrado por 250 mil titulares y 211 mil derechohabientes. Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO, 2012), 814 mil trabajadores dependientes se desempeñan en las actividades económicas bajo el ámbito de aplicación del SSA dependiente. La diferencia en las cifras de cobertura podría deberse a las relaciones laborales informales en la actividad económica del sector. Según la ENAHO, el 79% de las personas ocupadas no tiene contrato de trabajo.

Por otra parte, el SSA independiente es potestativo y, a 2012, está conformado por 23 mil titulares y 23 mil derechohabientes. La cobertura puede ser considerada relativamente baja si se toma en cuenta que, según la ENAHO 2012, los trabajadores independientes dedicados a las actividades económicas que están bajo el ámbito del SSA ascienden a 1.9 millones.

La agricultura emplea a la cuarta parte de la PEA ocupada del país y representa menos del 9% del PBI. Esta disparidad entre contribuciones al empleo y producto se refleja en una baja productividad de la mano de obra, la menor entre todos los sectores económicos del país. Sin embargo, durante la última década la agricultura tuvo un desempeño económico positivo que, aunado a las mejoras en productividad de la mano de obra, ha significado mayores ingresos para los trabajadores del campo. Este dinamismo económico se traduce en una reducción de la pobreza en el agro: 8 de cada 10 trabajadores del campo eran pobres en 2005, y sólo 5 cada 10 en 2012 (OIT, 2015).

La acuicultura constituye una actividad económica de desarrollo incipiente en el país aunque presenta potencial de crecimiento. Esta actividad está vinculada con grandes y medianas empresas

ubicadas en la Costa norte del país y dedicadas a la cosecha de langostinos y de conchas de abanico para, principalmente, los mercados internacionales. Además, la acuicultura también está vinculada con algunas de las zonas más pobres del país, como una estrategia de seguridad alimentaria y de generación de ingresos, impulsada por los Gobiernos locales y regionales.

Según la ENAHO 2012, 2.7 millones de trabajadores forman parte del ámbito del SSA. Sólo el 10% de estos trabajadores está afiliado a EsSalud, con mayor proporción para los trabajadores dependientes (20% los agrícolas y 32% los acuícolas) y menor para los independientes (5%). Esta baja cobertura se debe a varios factores: relaciones laborales informales, bajos ingresos de los trabajadores, requisitos solicitados para el ingreso al SSA independiente y limitada presencia de EsSalud en las zonas rurales.

Los trabajadores que forman parte del ámbito del SSA independiente muestran una escasa capacidad contributiva, lo cual puede representar una limitante para ingresar a un seguro contributivo como EsSalud. Según la ENAHO 2012, el 83% de los trabajadores independientes gana menos que la RMV, comparado con el 73% de los dependientes de los subsectores agropecuario y agroindustrial y el 33% de los dependientes del subsector acuícola (OIT, 2015).

El 43% de las fuentes de ingreso de los hogares que forman parte del ámbito del SSA proviene del trabajo independiente que es básicamente la actividad agrícola. Esto implica que cambios en las condiciones de mercado o medioambientales pueden afectar de manera significativa el nivel de bienestar del trabajador y de su familia. Según la ENAHO 2012, el 40% de los trabajadores que forman parte del ámbito del SSA declaran haber padecido problemas de salud crónicos y el 67%, no crónicos.

De los trabajadores afiliados a EsSalud, el 49% declara padecer algún problema de salud crónico y el 65%, no crónico. Sin embargo, del total de estos trabajadores, sólo el 29% acudió a EsSalud, el 25% acudió a otro lugar (farmacia, MINSA, entre otros servicios) y el 54% restante no acudió a ningún centro de salud. Esto implica una baja utilización de los servicios entre los afiliados, debido principalmente a la limitada oferta de establecimientos con la que cuenta EsSalud en las zonas de desarrollo de la actividad agraria (OIT, 2015).

Cuadro 3.2. Base imponible y tasa de aportación del Seguro de Salud Agrario

SEGURO DE SALUD AGRARIO	
DEPENDIENTE	**INDEPENDIENTE**
TASA DE APORTE	
4% de la remuneración o ingreso mensual. A cargo de la entidad / empleador	4% de la RMV. A cargo del asegurado titular.
BASE IMPONIBLE MÍNIMA	
Remuneración Legal, considerando el incremento de la RMV.	1 (una) RMV

Fuente: OIT (2012), con base en Gerencia Central de Aseguramiento EsSalud.

3.2. Marco operativo y normativo

Los cambios en los niveles de cobertura de EsSalud no dependen exclusivamente de la propia institución sino también de aspectos estructurales de la economía y su entorno, que escapan a su ámbito de influencia. Su alcance obedece principalmente a la evolución del empleo formal, que se concentra en Lima Metropolitana y en otras ciudades principales del país. A continuación se reflejan modificaciones normativas que facilitaron la ampliación de la cobertura de EsSalud del SR y del SSA entre los años 1984 a 2013, con la misma tasa de aportación del 9%.

1984

Asegurado obligatorio: Trabajadores dependientes; Trabajadores de empresas de propiedad social cooperativas y similares; Pensionistas. Asegurados facultativos: La cónyuge mujer; El cónyuge varón incapacitado en forma total y permanente para el trabajo; Hijos menores de 18 años. A partir de 1986 recién se extendió la cobertura a los hijos menores de 18 años. Se incorporan los trabajadores del hogar y pagan en base a la tercera parte de la RMV. *DL Nº 22482 (27.03.79) señala que el otorgamiento de las prestaciones a determinados beneficiarios se realizará previo Estudio Matemático Actuarial, el que se realizó en octubre de 1984.*

1997

SSA Cobertura similar a la del SR. Tasa de aportación: 4%; Subsidios: Incapacidad Temporal y Maternidad. Incorpora a: Cónyuge varón, Concubina(o), Hijos mayores incapacitados, Madre

gestante de hijo extramatrimonial, Latencia (titular y DH). Se crean las EPS y se dispone un crédito del 2.5% del aporte total del 9% para atenciones de capa simple o baja complejidad. *DS Nº 002-98-AG, Reglamento del DL Nº 855 de Promoción del Sector Agrario; Ley N° 26790; DS Nº 009-97-SA (Reglamento de la Ley N° 26790).*

1999

Otorga a los miembros del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú (CGBVP) prestaciones asistenciales y de hospitalización. Se ratifica el beneficio a recibir atenciones en el exterior (usuario y acompañante). *Ley N° 27067 del CGBVP; DS Nº 031-99-PCM (Reglamento de la Ley N° 27067); Ley N° 29695, incorpora a los miembros del CGBVP al SIS del MINSA.*

2000

SSA Cobertura similar a la del SR. Tasa de aportación: 4%; Subsidios: Incapacidad Temporal y Maternidad. EsSalud y Aseguradoras Privadas ofertan SCTR, las compañías privadas no tienen oferta en provincias, ni reembolsan costo de atenciones. *Ley N° 27360 de Promoción del Sector Agrario; DS Nº 049-2002-AG.*

2008

Incorpora a los trabajadores CAS con base imponible de 30% de la UIT. *DL Nº 1057, Ley de Contratación Administrativa de Servicios.*

2009

Se exonera de la aportación del 9% a EsSalud a las gratificaciones de julio y diciembre (reduce base imponible anual en S/. 720 millones); Incorpora a las voleibolistas de la Federación Peruana de Voleibol para el otorgamiento de las atenciones médicas. *Ley N° 29714, prorroga vigencia de la Ley N° 29351, que reduce costos laborales a los aguinaldos y gratificaciones por Fiestas Patrias y Navidad. Acuerdo de Consejo Directivo Nº 38-14-EsSalud-2009 (21.07.09). En Setiembre 2011 terminó el Convenio y éste no fue renovado.*

2011

Otorga atención por maternidad a las hijas menores de edad y mayores de edad incapacitadas total y permanente para el trabajo. *Resolución Nº 034-GCAS-EsSalud-2011.*

2013

La prestación por maternidad consiste en el cuidado de la gestante y la atención del parto hasta el puerperio (42 días) y en el cuidado del recién nacido hasta el alta hospitalaria o al término del puerperio, lo que ocurra primero. Establece la realización de estudios actuariales previos a la incorporación de cualquier grupo de beneficiarios al régimen contributivo de la seguridad social.

Desde el año 2013, se establece que el 65% de la RIM magisterial está afecto a las cargas sociales, reduciendo la aportación de EsSalud equivalente al 9% de la remuneración total. Se incorpora el artículo 5-A a la Ley 26790, disponiéndose que el deber de informar del asegurado a su empleador respecto a los derechohabientes a su cargo. *Resolución N° 030-GCAS-EsSalud-2013 que modifica la Resolución N° 034-GCAS-EsSalud-2011; DL N° 1171; Ley N° 30002 que establece las características de la RIM; DL N° 1172.*

Otros cambios normativos:

- Población adicional incorporada a EsSalud: Ex Combatientes de 1941, Ley N° 24053 (05.01.85), Héroes de la Campaña de 1933 y los Defensores de la Patria del Alto Cenepa, Ley N° 26511 (23.07.95);
- Ampliación de la cobertura de salud para las personas que se encuentran tramitando su reconocimiento de derecho de Pensión y que no les asiste el período de latencia;
- Otorgamiento de Prestaciones Asistenciales Extrainstitucionales en Centros Altamente Especializados del País o del Extranjero, Resolución Nº 1060-GG-EsSalud-2007 (01.08.07);
- Administración del Fondo de Derechos Sociales del Artista, Ley N° 28131 (18.12.03)
- Varios Programas y Servicios adicionales otorgados a favor de los asegurados

El Modelo de Gestión de EsSalud mantiene su esencia pública, aun cuando se complementa con la participación de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Las prestaciones de servicios de salud se proporcionan a través de los establecimientos propios, y las asignaciones de recursos se realizan a través de transferencias presupuestales a las Redes Asistenciales. Pero el Seguro Social de Salud puede también comprar servicios a terceros cuando los niveles de demanda así lo requieran.

El Modelo de Atención de EsSalud se desarrolla dentro de un entorno en el cual la población en general tiene una débil educación en el cuidado de la salud, por lo que los estilos de vida poco saludables inciden en una elevada prevalencia de distintas enfermedades, lo que conlleva una elevada carga de enfermedad y, por tanto, deriva en un sistema de salud costoso.

EsSalud mantiene un Modelo de Financiamiento contributivo con subsidios cruzados entre el Seguro del Trabajador Activo (y el resto de los seguros incluidos en el SR) y el SSA.

La Superintendencia Nacional de Aduanas y Administración Tributaria (SUNAT) es la entidad a cargo de la recaudación por cuenta de EsSalud de las aportaciones de los empleadores respecto de los trabajadores asalariados. Los trabajadores independientes, por su parte, realizan directamente sus pagos a través de las instituciones bancarias autorizadas.

Para garantizar la sostenibilidad financiera de EsSalud, la Ley N° 26790, LMSSS, obliga a realizar estudios actuariales por lo menos cada dos años. Precisamente, el alcance y objetivo del presente estudio da respuesta a la disposición legal mencionada.

EsSalud brinda los servicios de salud principalmente en sus instituciones especializadas, dentro de una red de hospitales, policlínicos, centros médicos y servicios de emergencia propios. Además de los servicios de salud, otorga prestaciones económicas y sociales incluidas dentro de su plan de cobertura.

Las prestaciones de salud incluyen: la prevención y promoción de la salud; la recuperación de la salud; el bienestar y la promoción social. Los asegurados afiliados a una EPS sólo recibirán a cargo de EsSalud atenciones de alta complejidad, con excepción de los pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes. Las prestaciones de salud no cubren, entre otros rubros: cirugía plástica, odontología estética, lentes de contacto y daños derivados de la autoeliminación.

Para tener derecho a los beneficios de salud en el caso del SR, resulta necesario haber aportado 3 meses consecutivos o 4 no consecutivos dentro de los 6 meses previos al mes en que se produjo la contingencia y tener vínculo laboral vigente a ese momento. El trabajador pesquero de la CBSSP solamente debe contar como mínimo con 2 meses de aportación efectiva al año. Para el SSA resulta necesario haber aportado 3 meses consecutivos o 4 no consecutivos en los 12 meses anteriores al mes de la contingencia. Este requisito no es necesario para los pensionistas.

Se otorgan otros beneficios de salud a través del derecho de cobertura por desempleo (período de latencia) hasta por un año, tanto al asegurado titular como a sus derechohabientes. El requisito que se exige es haber contribuido al menos 5 meses de forma consecutiva o no consecutiva dentro de un período de tres años precedentes a la fecha de cese o de suspensión perfecta de labores, con excepción del pescador y procesador pesquero artesanal independiente.

La infraestructura asistencial que es parte del recurso físico de EsSalud se encuentran categorizadas por niveles de atención y tipos de establecimiento, con 392 centros asistenciales en el año 2014. Asimismo, EsSalud estableció convenios con 5 Unidades Básicas de Atención Primaria (UBAP), 6 Instituciones Prestadores de Servicios de Salud (IPRESS), Asociación Público Privada entre EsSalud y Callao Salud SAC (APP) como parte de la oferta extra-institucional

3.3. Las prestaciones de EsSalud

Las prestaciones que otorga EsSalud, según el Reglamento de la LMSSS (DS N° 009-97-SA) son las siguientes:

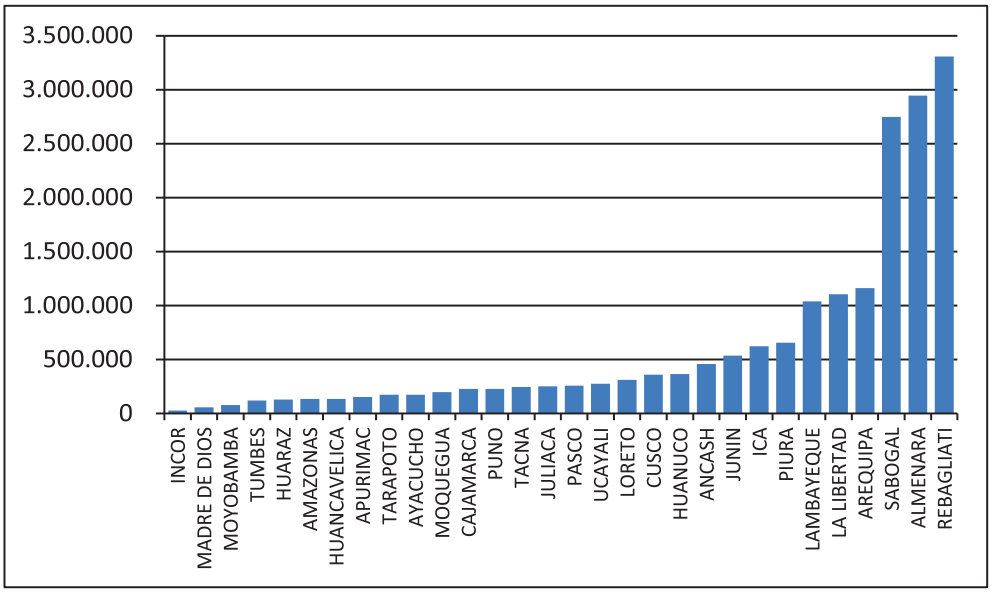
- Prestaciones preventivas y promocionales (educación para la salud, evaluación y control de riesgos e inmunizaciones), orientadas a conservar la salud de la población, minimizando los riesgos de su deterioro. Cabe destacar que en el año 2014 EsSalud brindó 95 mil visitas domiciliarias, 107 mil charlas en salud, 39 mil sesiones de talleres, 16 mil sesiones de psicoprofilaxis, 3 mil campañas de salud, 3 mil actividades masivas de comunicación y 30 mil sesiones de reforma de vida. El costo total fue de S/. 30 millones, que representan 0.5% del total consolidado de prestaciones de salud (S/. 5,700 millones).

- Prestaciones de recuperación (atención médica -tanto ambulatoria como de hospitalización-, medicinas e insumos médicos, prótesis y aparatos ortopédicos imprescindibles, y servicios de rehabilitación), con el objeto de atender los riesgos de enfermedad, resolviendo las deficiencias de salud de la población asegurada.

- Prestaciones de bienestar y promoción social (actividades de proyección, ayuda social y de rehabilitación para el trabajo), orientadas a la promoción de la persona y la protección de su salud.

La producción total de consultas médicas en el año 2014 fue de 18.6 millones (3% más que en 2013), que se distribuyeron 40% en los centros asistenciales de Nivel de atención I, 45% en los de Nivel II y 15% en los de Nivel III. El costo estimado fue de S/. 636 millones o 11.2% del total consolidado de prestaciones. La distribución por redes asistenciales se presenta en el gráfico 3.1.

Gráfico 3.1. Distribución de consultas externas según Red Asistencial, EsSalud, 2014



Fuente: Elaboración propia, con base en datos de EsSalud, Tabla A.3.1 del Anexo.

Las prestaciones económicas comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y prestaciones por sepelio.

- El derecho al subsidio por incapacidad temporal se adquiere a partir del vigésimo primer día de incapacidad. Se otorga mientras dura la incapacidad del trabajador, hasta un máximo de 11 meses y 10 días consecutivos. Los trabajadores portuarios tendrán derecho al subsidio a partir del primer día de ocurrida la incapacidad laboral. El subsidio equivale al promedio diario de las remuneraciones de los últimos 4 meses calendarios inmediatamente anteriores al mes en que se inicia la contingencia.
- El subsidio de maternidad se entrega en dinero con el objeto de resarcir el lucro cesante como consecuencia del alumbramiento y de las necesidades de cuidado del recién nacido. Se otorga por 90 días, que pueden distribuirse en los períodos inmediatamente anterior o posterior al parto, a elección de la madre, a condición de que durante esos períodos no realice trabajo remunerado. El monto del subsidio equivale al promedio diario de las remuneraciones de los 4 últimos meses anteriores al inicio de la prestación, multiplicado por el número de días de goce de la prestación. No se podrá gozar simultáneamente de subsidio por incapacidad temporal y por maternidad. Tienen derecho a recibirlo las aseguradas que estén afiliadas en el tiempo de la concepción y tengan 3 meses de aportación consecutivos, o 4 meses no consecutivos dentro de los 6 meses calendarios anteriores al mes en que empieza a recibir el subsidio. Es necesario que la asegurada haya tenido vínculo laboral en el mes de la concepción (excepto en el SSA dependiente).
- En los casos del pescador y procesador pesquero artesanal independiente, trabajador pesquero, pensionista de la CBSSP y del SSA, el monto del subsidio equivale al promedio de las 4 últimas remuneraciones. El subsidio se otorga por 90 días, pero se puede extender por 30 días más en los casos de nacimiento múltiple.
- El subsidio por lactancia se otorga en dinero para contribuir al cuidado del recién nacido. El monto de este subsidio en el período 2011-2014 era de S/. 820.
- El subsidio por sepelio cubre los servicios funerarios por la muerte del asegurado, sea activo o pensionista. El monto de este subsidio en el período 2011-2014 era de S/. 2 070.

EsSalud también cubre a sus asegurados tratamientos de altos costos, que se han ido incrementando durante los últimos años. Los cinco procedimientos más significativos por los montos involucrados durante 2014 fueron:

- Tratamiento para VIH/SIDA, tras crecer 10% en el último año (y 5% el previo), se alcanzaron 57 mil pacientes mensuales, con un costo de S/. 72 millones, que representan 1.3% del total de prestaciones.
- Tratamiento de quimioterapia, tras una disminución de 6% en el último año (y un aumento de 19% en el año previo), se alcanzaron 99 mil sesiones, con un costo de S/. 62 millones o 1.1% del total.
- Soporte nutricional artificial, las bolsas diarias crecieron 10% en el último año, alcanzando 328 mil, con un costo de S/. 32 millones o 0.6% del total.

- Tratamiento para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, los tratamientos disminuyeron levemente en el último año, de 94 mil a 92 mil (sólo 82 mil en 2012), con un costo de S/. 26 millones o 0.5% del total.
- Inmunoterapia para Trasplante, los pacientes mensuales crecieron levemente en el último año, de 16.2 a 16.4 miles, con un costo de S/. 24 millones o 0.4% del total.

Entre los tratamientos especializados realizados en el año 2014 cabe mencionar 1.2 millones de sesiones de hemodiálisis (5% más que en 2013 y 10% más que en 2012). El costo estimado fue de S/. 238 millones, que representan 4.2% del total consolidado de prestaciones.

Además de los tratamientos, en 2014 se realizaron 282 trasplantes de órganos (renal y de córnea los más numerosos), con un costo estimado de S/. 15 millones o 1.3% del total.

Cabe destacar que coincidiendo con diversas recomendaciones (Cetrángolo et al., 2013), EsSalud avanzó con Convenios de Intercambio Prestacional (DL N° 1159) suscritos entre las Redes Asistenciales de EsSalud, el SIS y los Gobiernos Regionales (12 en el año 2012 y 15 en 2013), para que las personas puedan usar todos los servicios públicos existentes en su jurisdicción independientemente de las IAFAS en qué estén asegurados. En 2014, estos Convenios permitieron 21 mil atenciones recibidas por asegurados de EsSalud (338% más que en 2013) y 2 mil atenciones brindadas a afiliados del SIS (8% más que en 2013).

El costo de los medicamentos se ha incrementado en los últimos años (de menos de S/. 500 millones en 2008/09 a más de S/. 700 millones en 2013/14), especialmente los más caros relacionados con los siguientes grupos terapéuticos: analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios no esteroides y antigotosos, antiinfecciosos, cardiovascular, respiratorio, hematología, hormonas y drogas relacionadas.

Finalmente, resulta importante destacar que el DL N° 22482 del año 1979 establecía que en caso de que EsSalud no pudiera brindar directamente las prestaciones de salud, se podrían otorgar en el exterior. Si bien la actual legislación y reglamentos no establecen esta prerrogativa, en la práctica y sobre la base de una directiva del Consejo Directivo, EsSalud la sigue aplicando. Un problema latente es la falta de equidad en su otorgamiento, pues en ausencia de un nivel de norma adecuado (ley o decreto), se podría tender a beneficiar principalmente apersonas con acceso a influencias dentro de la institución. Por lo tanto, se recomienda o bien eliminar estas prestaciones o en su defecto normar los criterios de acceso sobre la base de una nueva ley o decreto.

3.4. Cobertura poblacional

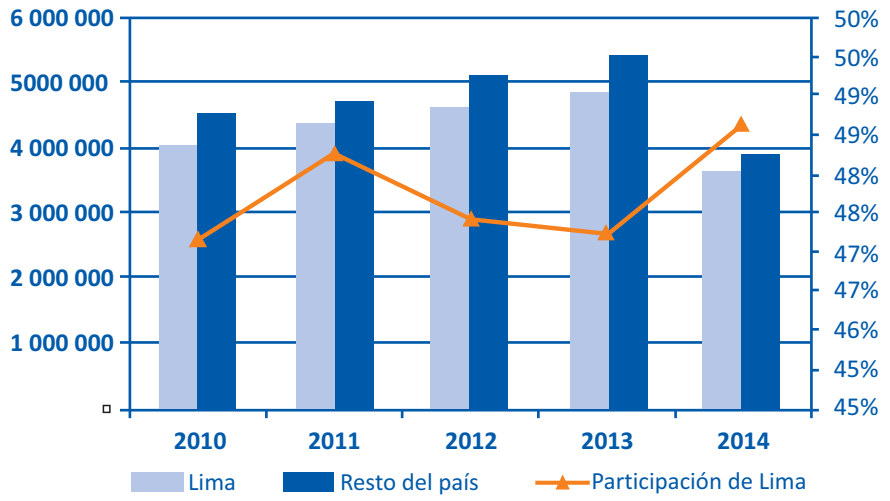
De acuerdo a la base de datos de la población acreditada, en el año 2011 el 31% de la población total del país tenía cobertura de EsSalud. Esta cobertura se incrementó desde el año 2007 hasta 2011 en 7 puntos porcentuales. Estos datos no incluyen a las personas beneficiadas por latencia en casos de desempleo.

La población de asegurados afiliados a EsSalud a diciembre 2014, totaliza 10.6 millones, siendo titular el 54% y derechohabientes o familiares el 46% (EsSalud, 2015). La distribución de asegurados según tipo de seguro es la siguiente: Regulares (94.3%), Agrarios (5.2%) y Potestativos (0.5%). La distribución de asegurados según niveles de atención es 59.5% nivel I (menor complejidad) y 40.5% nivel II (mayor complejidad, Hospitales Nacionales y Hospitales IV).

Según SUSALUD (2015), EsSalud presenta una disminución significativa de afiliados en el año 2014 debido al cambio de fuente de información. Hasta 2013, SUSALUD obtenía la información de lo publicado en el portal institucional de EsSalud -que corresponde a la Población Asegurada Activa conformada por los titulares que han tenido algún movimiento en los doce meses anteriores y sus derechohabientes- y en 2014 las cantidades provienen del Registro de Afiliados a diciembre de 2014.

La diferencia entre la población del Registro de Afiliados al AUS Activos (8.0 millones) y lo que EsSalud consigna en su portal institucional (10.5 millones) es de 2.5 millones (32%). La única región que aumentó su cantidad de asegurados en 2014 fue Cajamarca (8%). Las regiones que más disminuyeron su cantidad de asegurados fueron Cusco (45%), Huancavelica (43%), y Lambayeque (41%). Respecto de 2010, la región que más creció fue Cajamarca (37%) y la que más disminuyó fue Tacna (44%). La participación de la región Lima (que incluye al Callao) se ha mantenido entre el 47% y 49% en los últimos cinco años.

Gráfico 3.2. Evolución de afiliaciones a EsSalud, 2010-2014



Fuente: SUSALUD (2015), con base en Registro de Afiliados al AUS 2014 y página web de EsSalud.

En términos de edades, las mayores diferencias aparecen en los rangos de 15-19 años con 289 mil y en el de 0-4 años con 239 mil. SUSALUD (2015) considera que EsSalud debe adoptar un único criterio para manejar sus registros nominativos y sincerar sus cifras con respecto a lo que reportan en el Registro de Afiliados.

La **Población Laboral** de EsSalud, a diciembre de 2014, totalizó 53 mil personas, con el 52% contratado bajo el régimen del DL N° 728, 27% bajo el DL N° 276 y 21% como CAS. Cabe mencionar que el 83% del personal realiza funciones asistenciales, mientras que el 17% realiza actividades administrativas, implicando un ratio de 4.9 asistenciales por cada administrativo. El 43% laboran en Redes Asistenciales de Lima y el 6% en la Sede Central.

La extensión de uso (consultantes / población asegurada) mide la proporción de la población total asegurada que hace uso de los servicios de consulta externa durante el año. En 2014fue 47% y en 2013 sólo 40%.

A diciembre de 2014, EsSalud cuenta con 11 mil médicos (1% más que en 2013), de los cuales 7.7 miles realizaron las atenciones de consultas externas, con el 45% laborando en los centros asistenciales del Nivel II. EsSalud cuenta con 1 médico por cada 677 consultantes atendidos en el año 2014 (733 en 2013), con ratios bien diferenciados según Nivel: 1 médico cada 278 consultantes en el III, 1 cada 675 en el II y 1 cada 1,178 en el I.

Entre los indicadores más utilizados en los servicios de consulta externa, están: a) **Concentración de consultas**, que mide la intensidad de uso y en el año 2014 fue de 3.6 consultas por consultante, igual que en 2013; b) **Rendimiento hora médico,** a través del cual se refleja el promedio de atenciones realizadas por cada hora de trabajo médico, habiéndose establecido el estándar de 5.0 en los centros asistenciales hasta el nivel HIII y de 4.0 en los Hospitales Nacionales. El indicador para el año 2014 fue de 4.3 consultas por hora efectiva (4.7 en 2013).

Los servicios de emergencias totalizaron 5.9 millones de atenciones durante 2014 (7% más que en 2013), con el 64% efectuado como Prioridad III, es decir, que no presentan riesgo de muerte ni riesgo de secuelas. Cabe mencionar que los servicios de Prioridad I incluyen atención en shock trauma para pacientes críticos, la Prioridad II se brinda en el Tópico de Emergencia a pacientes con cuadros agudos y la Prioridad IV a pacientes sin compromiso de atenciones vitales ni riesgo de complicación inmediata que pueden ser derivados a consultorios externos. Estos servicios se otorgan en los centros asistenciales de todos los niveles, con el mayor número de emergencias realizado en los de Nivel II (69%). La distribución por redes asistenciales se presenta en la Tabla A.3.2 del Anexo.

En el año 2014, se registraron 518 mil egresos hospitalarios (514 mil en 2013), con el 66% efectuado en el Nivel de Atención II. La hospitalización se distribuye 59% para las Redes de Provincias y 41% para las Redes Asistenciales ubicadas en Lima y Callao[15].

[15]Para más detalles ver Tabla A.3.3 del Anexo.

A diciembre de 2014 se registraron 8 mil camas hospitalarias en los Centros Asistenciales que brindan los servicios de hospitalización, concentrados el 52% en el Nivel III de Atención y el 48% en los Hospitales Nacionales.

El promedio de egresos hospitalarios mensuales por cama hospitalaria disponible es de 5.3 (5.5 en 2013), superando el estándar establecido según niveles de hospital de 6.5 en HI; 6.0 en HII; 5.0 en HIII; 4.0 en HIV y 3.0 en HN (EsSalud, 2015).

En 2014 el grado de ocupación de cada cama hospitalaria fue 88% a nivel nacional, (90% en 2013, igual al estándar). Se ha registrado un mayor porcentaje de ocupación en los Hospitales Nacionales (92%) y el menor en los Institutos Especializados (79%).

En 2014 el aprovechamiento del recurso cama en los servicios de hospitalización promedió 5.3 días de estancia por cama (5.2 en 2013), siendo el estándar por niveles del hospital: HI=3.5; HII=4.0; HIII=5.0, HIV=6.0 y HN= 10.0. El mayor promedio se registra en los Hospitales Nacionales con 9.4 días de estancia en cama y el menor, en los hospitales I con 3.0 días de estancia en cama.

Durante el año 2014 se realizaron 324 mil intervenciones quirúrgicas (295 mil en 2013), de las cuales el 51% correspondieron a patologías complejas Tipo C cuya técnica quirúrgica requiere equipamiento específico. Los otros tipos de patología según su complejidad y equipamiento requerido por la técnica quirúrgica son: Tipo A, muy alta complejidad, técnica quirúrgica sofisticada; Tipo B, complejas, equipamiento especial; Tipo D, baja complejidad, equipamiento específico; Tipo E, baja complejidad y bajo requerimiento. Cabe destacar que del total de las intervenciones quirúrgicas el 59% se realizan en los centros asistenciales del nivel II.

Los retos planteados en un país más pujante y moderno se están haciendo tangibles en EsSalud, con mejoras concretas: nuevos hospitales, más y mejores servicios, y mecanismos de gestión que buscan humanizar la atención de los servicios, haciéndola más oportuna y de calidad. El camino hacia la humanización de la salud ha iniciado con el fortalecimiento de un escenario para inversiones bien planificadas y transparentes, así como un cambio cultural en medio de un clima de paz laboral. En el año 2014 EsSalud invirtió S/. 1,200 millones en infraestructura, medicinas y equipamiento, con el objetivo de optimizar la atención de los asegurados. En las redes asistenciales de Lima y Callao se han adquirido 610 equipos valorizados en S/. 37 millones. A nivel nacional se han distribuido 404 monitores, ventiladores y unidades de anestesia, 306 equipos de cadena de frío, 91 equipos para cardiología, 76 equipos para diagnóstico por imágenes, 51 equipos para endoscopía, entre muchos otros; además, se han inaugurado cinco hospitales (EsSalud, 2014).

3.5. Información económico-financiera y presupuestal

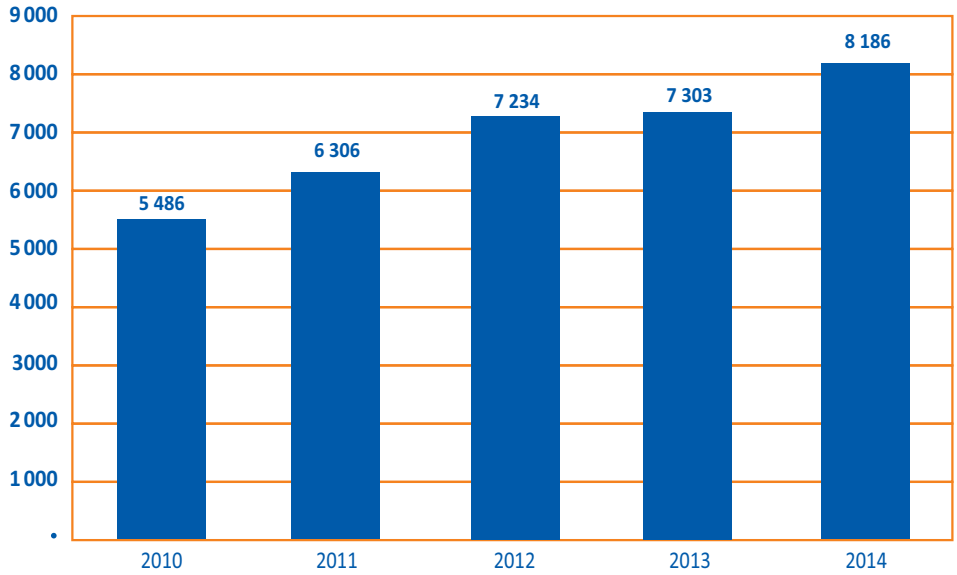
EsSalud se encuentra comprendida en el ámbito de regulación presupuestaria del FONAFE[16]. Bajo dicho marco normativo, EsSalud otorga cobertura a sus asegurados y sus derechohabientes a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales bajo el régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

Según el Estado de Situación Financiera al 31/12/14, el valor de los Activos alcanzó S/. 11 mil millones, con un incremento del 38% respecto al año anterior. El Pasivo (S/. 2 mil millones) se incrementó 15,5% y, en consecuencia, el Patrimonio de EsSalud ascendía a S/. 9 mil millones, con un incremento anual del 44%.

A nivel de los resultados del año 2014, los ingresos corrientes alcanzaron los S/. 9 mil millones, con un incremento del 7,2% respecto de 2013. En lo que concierne al gasto operativo, los gastos de administración totalizaron S/. 9 mil millones con un incremento del 14%. Aun cuando los gastos superan levemente a los ingresos corrientes, EsSalud obtiene una ganancia operativa de S/. 219 millones, producto de otros ingresos operativos por S/. 408 millones (71% menos que en 2013). El resultado económico del año 2014 fue de S/. 207 millones (97% de lo previsto según el marco presupuestal).

Las contribuciones recaudadas por EsSalud desde el año 2010 hasta 2014 se incrementaron un 49% hasta alcanzar S/. 8 mil millones. En el último año, el crecimiento fue del 12%.

CGráfico 3.3. Evolución de las contribuciones en EsSalud, 2010-2014 (en millones de nuevos soles)



Fuente: Elaboración MINSA (2015), con base en datos MEF.

[16]Según los alcances de la Quincuagésima Quinta Disposición Complementaria Final de la Ley 29626, del 09/12/10, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2011.

Los resultados presentados por EsSalud para el año 2014 (Ejecución presupuestaria, elaboración GP-GCGF) difieren muy levemente: Los ingresos operativos (S/. 8,876) estuvieron constituidos por Aportaciones (S/. 8,633 millones o 97.3%), Ingresos Financieros (S/. 136 millones o 1.5%), Otros (S/. 91 millones o 1.0%) y Venta a No Asegurados (S/. 14 millones o 0.2%). Los egresos operativos (S/. 8,625) estuvieron constituidos por Gastos de personal (S/. 4,633 millones o 54.6%), Servicios prestados por Terceros (S/. 1,636 millones o 20.2%), Compra de Bienes (S/. 1,426 millones o 17.8%) y Otros (S/. 577 millones o 7.4%). Agregando S/. 171 millones de Transferencias Netas y restando S/. 480 millones de Gastos Netos de Capital, se obtiene el Resultado Económico del año 2014 de S/. 208 millones, comparado con S/. 595 millones en 2013.

Por otra parte, el Patrimonio del Fondo Salud (Ley N° 26790) a fines del año 2014 era de S/. 1,815 millones, con un aumento de 22% respecto a 2013. La cartera de inversiones del Fondo obtuvo una tasa promedio de 7.3% en 2014; el Rendimiento Nominal Anual desde 2007 promedió 6,4%. Los instrumentos más importantes en cartera a fines de 2014 son Bonos no Gubernamentales (30%), seguidos por Caja, Depósitos y otros (21%) y Bonos del Gobierno Nacional del Perú (21%).

Cuadro 3.3. Distribución y rendimiento de las Inversiones del Fondo Salud (Ley 26790)

Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Patrimonio (en millones de nuevos soles)	1.528	1.444	1.451	1.086	1.101	1.351	1.485	1.815
Instrumentos	Participaciones (en porcentaje)							
Caja, DPZ y otros	19	23	19	2	4	7	19	21
Certificados Depósito y Papeles Comerciales	1	2	1	1	5	2	1	4
CD-BCRP y Letral del Tesoro	21	9	1		2	11	5	1
Bonos del Gobierno Nacional del Perú	15	17	26	31	31	23	21	21
Bonos no Gubernamentales	25	28	31	40	40	32	28	30
Fondos Mutuos y Fondos de Inversión	6	16	11	6	4	12	14	13
Inst. de RV	12	5	10	20	15	14	12	10
TOTAL	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Rendimiento Nominal Anual del Fondo	**9,2%**	**-0,7%**	**10,8%**	**11,6%**	**1,3%**	**10,3%**	**1,5%**	**7,3%**

Fuente: Elaboración propia con base en datos de EsSalud.

En cuanto a la Reserva Técnica (RT) cabe destacar las conclusiones y recomendaciones de OIT (2013): La constitución de una RT es una parte esencial de un sistema de seguros de salud. Dos hechos recientes en el que se hizo uso de la RT de EsSalud ponen de manifiesto la función imprescindible de las RT. Dicha reserva fue utilizada durante los años 2009 y 2010, cuando apareció la Ley N° 29351 por la que se exoneraba las gratificaciones de navidad y fiestas patrias para las contribuciones a la seguridad social. Durante ese periodo tuvo lugar una pérdida inmediata de ingresos para EsSalud. La pérdida correspondiente a las exenciones durante julio del 2009 fueron de S/. 230 millones y fue compensado por el Ministerio de Economía y Hacienda. Sin embargo, las pérdidas correspondientes a las exenciones durante diciembre 2009, julio 2010 y diciembre 2010 no estaban cubiertas por el MEF, lo que hizo inevitable el uso de la RT. La otra oportunidad fue la crisis financiera internacional durante el año 2010 en el que se declaró una “situación de emergencia” para autorizar el uso del 50% de las RT.

Estos dos hechos confirman la posibilidad de que se produzca un acontecimiento en el que se requiera la disponibilidad de unas reservas técnicas para resolver la situación. Es por ello recomendable disponer de una RT adecuada así como restituirla tan pronto como sea posible en el caso en el que se haya utilizado una parte.

Un nivel elevado de activos puede ejercer también la función de reserva siempre y cuando sean activos de adecuada liquidez. Los activos consistentes en infraestructuras e inmobiliario no tienen la capacidad liquida requerida en caso de emergencia y por lo tanto no deben ser considerados como activos con función de reserva.

El nivel de las RT varía substancialmente según el país. En Estonia, el fondo de RT es de un 25% de los gastos anuales. En otros países como Guatemala, existe una media de 141% de los gastos anuales invertido según portfolio de inversión.

La razón por la cual no existe un nivel predeterminado internacionalmente es porque el nivel de RT es totalmente dependiente de factores propios del país tales como:

- Fecha de apertura del sistema: Los sistemas jóvenes, es decir de apertura reciente, necesitan una mayor RT debido a que aún no disponen de estadísticas anuales sobre gastos e ingresos.
- El sistema de financiación: Un sistema de reparto necesita una RT mayor que un sistema de capitalización en el que los asegurados asumen más parte de riesgo.
- El registro de gastos: El lapso entre el uso de los servicios médicos y el pago de las facturas reportadas por los proveedores por dichos servicios está directamente relacionado con el desempeño administrativo del sistema de seguro de salud. La dimensión de dicho lapso varía entre países y es el tercer factor que determina el nivel de RT necesario.
- Contexto macroeconómico del país, la tendencia de la inflación tiene un papel muy importante en la determinación de la RT. Así, los países con una economía más inestable y con periodos en los que la inflación fluctúa, deben mantener una RT más elevada que los países con una inflación más estable en los que hay menos riesgo de alteraciones económicas.

El hecho de que los niveles de las RT estén tan ligados a factores nacionales explica porque no se han desarrollado instrumentos legislativos internacionales en la materia. La OIT no dispone de estándares en los que se fije un nivel adecuado de RT. Así, se recomienda a los países como Perú, que deseen mantener una RT para los seguros de salud, que calculen el nivel adecuado teniendo en cuenta los factores mencionados anteriormente (entre otros).

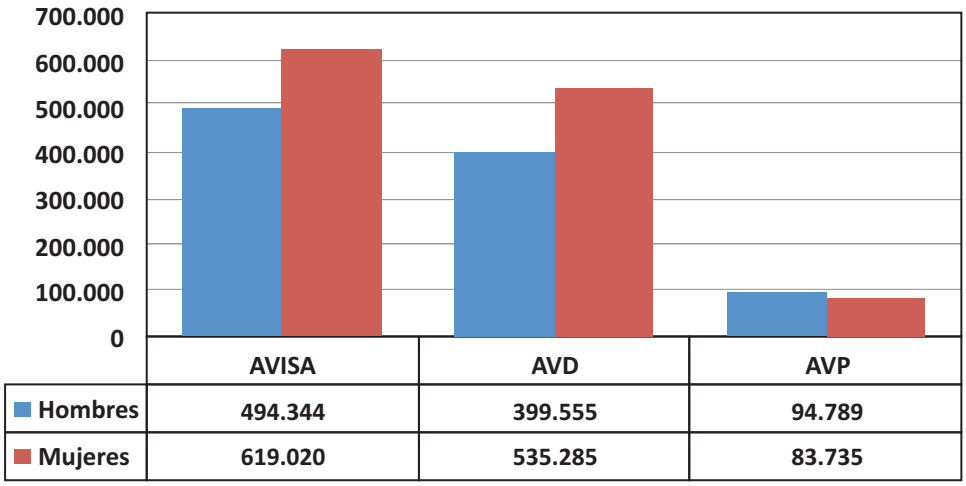
Es importante también el control adecuado del uso de las RT para asegurar que sea con el fin para el que han sido creadas. La autoridad competente debe asumir el cargo correspondiente de decidir si se autoriza o no su uso en determinadas circunstancias.

3.6. La carga de enfermedad en EsSalud

Para el año 2010 se estimó (EsSalud, 2012) que la población asegurada ha perdido 1.1 millones de años de vida saludables (AVISA), por el efecto de padecer una enfermedad o lesión, lo que significa una pérdida de aproximadamente 129 años por cada mil asegurados. El sexo femenino es el que genera más pérdida de AVISA (gráfico 3.4), lo que se explicaría por la mayor incidencia de enfermedades crónicas y la mayor esperanza de vida. La pérdida de AVISA en la población asegurada es menor a la calculada para el nivel nacional en 2012 (192 por mil habitantes, MINSA, 2014), difiriendo también según sexo.

Al igual que en estudios anteriores, la mayor carga de enfermedad (CDE) en la población asegurada se da a expensas de los años vividos con discapacidad (AVD) que representan el 84%, mientras que las pérdidas mortales (AVP) aportan el 16% del total de AVISA. Este hallazgo está en concordancia con una mayor magnitud de patología crónica no trasmisible caracterizada por períodos de enfermedad de larga duración y mayor tendencia a producir secuelas discapacitantes.

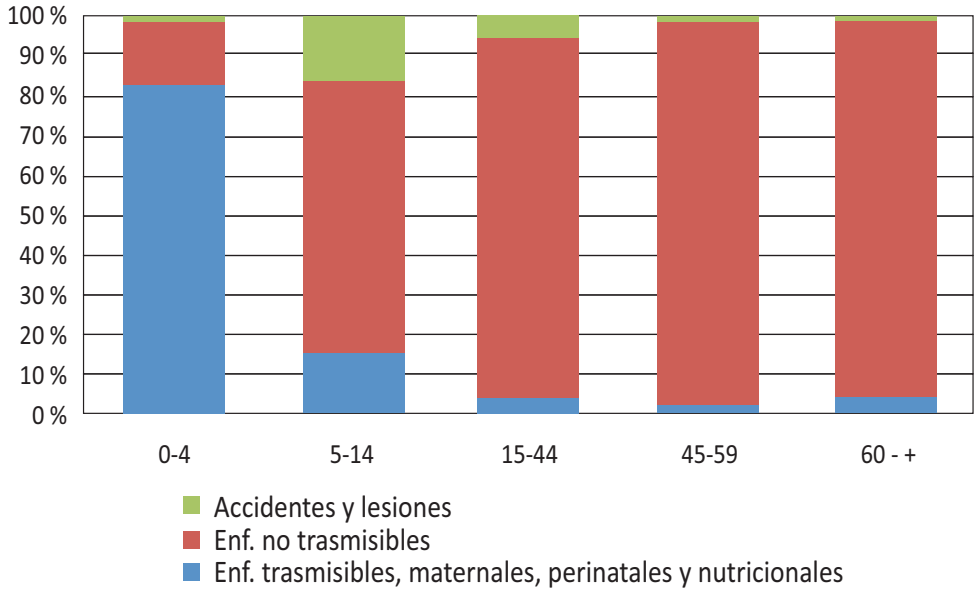
Gráfico 3.4. Pérdida de AVISA según tipo y sexo. EsSalud, 2010



Fuente: EsSalud (2012).

El perfil de CDE en la población asegurada muestra, en primer lugar, a las enfermedades del grupo II (no transmisibles), con un 83% del total de AVISA, seguidas por las enfermedades del grupo I (trasmisibles, maternas, perinatales y nutricionales) y, por último, el grupo III: accidentes y lesiones, con el 3% pero afectado del sub-registro de diagnósticos de causas externas que no permite estimar su verdadera magnitud. Estas proporciones varían significativamente según grandes grupos de edad (gráfico 3.5).

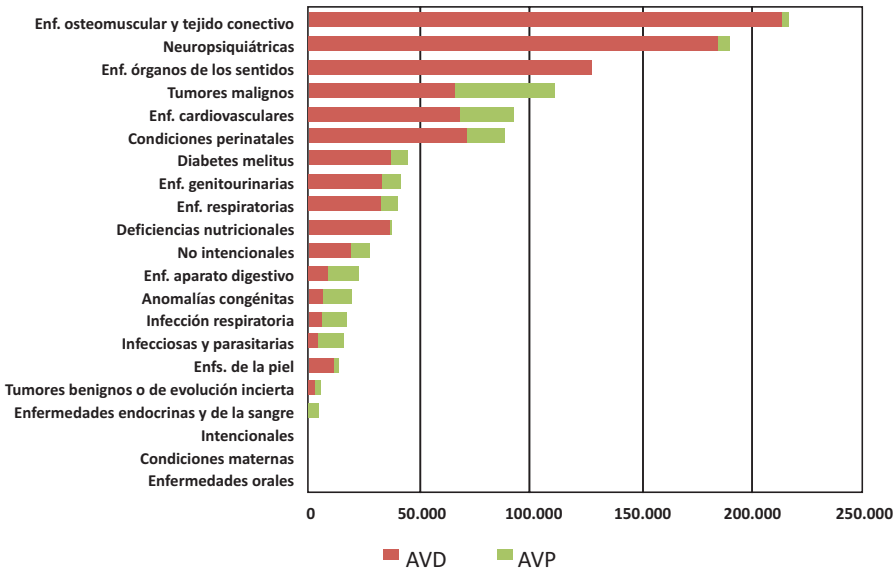
Gráfico 3.5. Distribución de AVISA según grupo de enfermedad y edad. EsSalud, 2010



Fuente: EsSalud (2012).

Según categorías diagnósticas, las cinco primeras causas de carga de enfermedad son patologías crónicas no transmisibles: en primer lugar las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo, seguidas por las neuropsiquiátricas, las enfermedades de los órganos de los sentidos, los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares (gráfico 3.6). Esta información es relevante para identificar los daños prioritarios, a fin de diseñar las estrategias de intervención sanitaria a largo plazo, que permitan mejorar el estado de salud de la población asegurada.

Gráfico 3.6. Distribución de AVISA según categorías de diagnóstico. EsSalud, 2010



Fuente: EsSalud (2012).

Las diferencias encontradas en las estimaciones de AVISA 2006 y 2010 responden a mejoras de la aplicación de la metodología de medición de CDE, que incorpora la estimación del componente de discapacidad de categorías no incluidas en estudios anteriores, como VIH, condiciones perinatales, aborto y corrección del cálculo del grupo de accidentes y lesiones.

Los daños estimados en los estudios de CDE 2006 y 2010 se han modificado, específicamente en el grupo de tumores malignos en los que el descenso en la mortalidad prematura mostraría una mejora en la captación de casos en estadios iniciales. Asimismo, la disminución de pérdidas mortales en el grupo de enfermedades cardiovasculares y digestivas podría responder a mejoras en el diagnóstico y tratamiento oportuno de estos daños.

Cabe destacar que las comparaciones de CDE a través del tiempo y/o entre EsSalud y MINSA deben realizarse con sumo cuidado dado que los valores de AVISA están afectados por la estructura etaria (y por sexo) de la población considerada y por los cambios metodológicos en cada uno de los estudios (EsSalud, 2012; MINSA, 2008 y 2014).

CAPÍTULO 4.

MODELO DE PROYECCIÓN ACTUARIAL, BASES TÉCNICAS, SUPUESTOS Y ESCENARIOS ALTERNATIVOS

4.1. La población de EsSalud

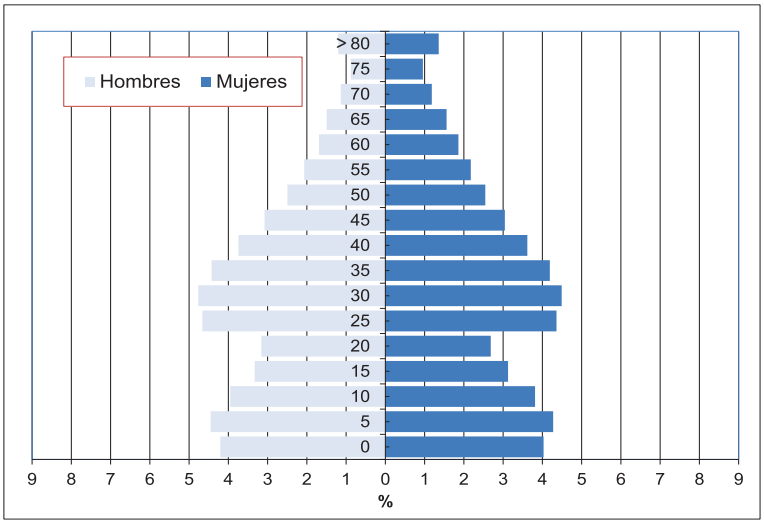
Como se mencionara en el Capítulo 3, la población asegurada de EsSalud proviene en su mayoría de los trabajadores del sector formal de la economía y sus dependientes directos (derechohabientes). Se analizan seguidamente el Seguro Regular (SR) y el Seguro de Salud Agrario (SSA), regímenes que conforman la población objetivo del presente estudio.

En el año 2014, Naciones Unidas (2014) estima que la población total del Perú ascendía a 30.8 millones. La población de asegurados afiliados activos [17] de EsSalud a diciembre 2014 totalizaba 10.6 millones, siendo titular el 54% y derechohabientes o familiares el 46% (EsSalud, 2015). La distribución de asegurados según tipo de seguro es la siguiente (ver Tabla A.4.1 del Anexo): SR (94.3%), SSA (5.2%) y Potestativos (0.5%). Las tres primeras redes asistenciales (de Lima) concentran casi la mitad de los asegurados y las seis primeras redes, dos terceras partes (ver Tabla A.4.2 del Anexo).

Por su parte, la población acreditada [18] (estimada según los criterios de OIT, 2012, a partir de la base de datos -BD- facilitada por la GCA) era de 10.8 millones, lo que indicaría que la cobertura de EsSalud es de alrededor del 35%, levemente mayor para hombres que para mujeres.

La población acreditada tiene un 51% de hombres, su edad media es de 35 años y su distribución por edad y sexo se presenta en el gráfico 4.1.

Gráfico 4.1. Distribución de la población acreditada según edad y sexo, EsSalud, 2014



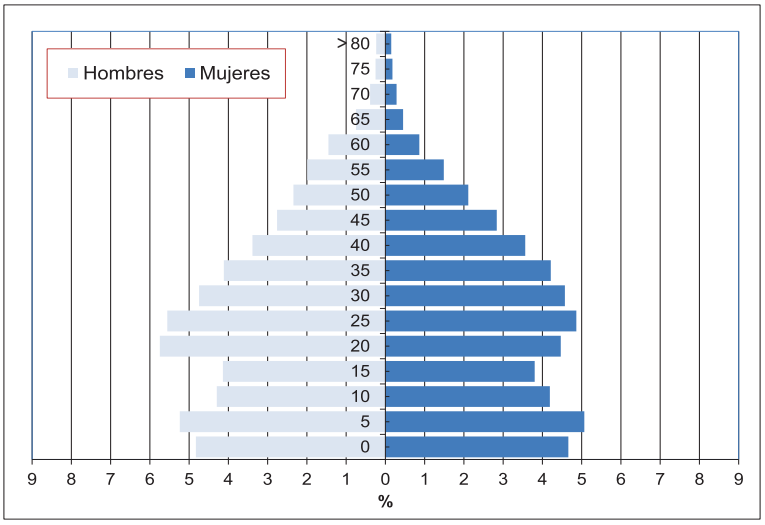
Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.3 del Anexo.

[17] S Según OIT (2012), son asegurados de EsSalud los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia, en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, y pensionistas que reciben pensión de jubilación, de incapacidad o de sobrevivencia, los potestativos y sus derechohabientes. La población asegurada activa es aquélla que tiene como derecho de cobertura al menos los servicios de emergencia. Incluye también a trabajadores eventuales y beneficiarios de prestaciones por desempleo (latencia) por un tiempo no menor de dos meses y hasta por doce meses, según el art.11 de la Ley 26790, LMSSS.

[18] Población asegurada acreditada: es la población que cumple con los criterios de acreditación establecidos normativamente para acceder a los servicios y prestaciones que otorga EsSalud (está incluida dentro de la población asegurada activa).

Mientras que la población del SR tiene una distribución muy similar (al constituir el 94% del total), la del SSA es notoriamente más joven, su edad media es de 29 años, con un 52% de hombres; su distribución por edad y sexo se presenta en el gráfico 4.2.

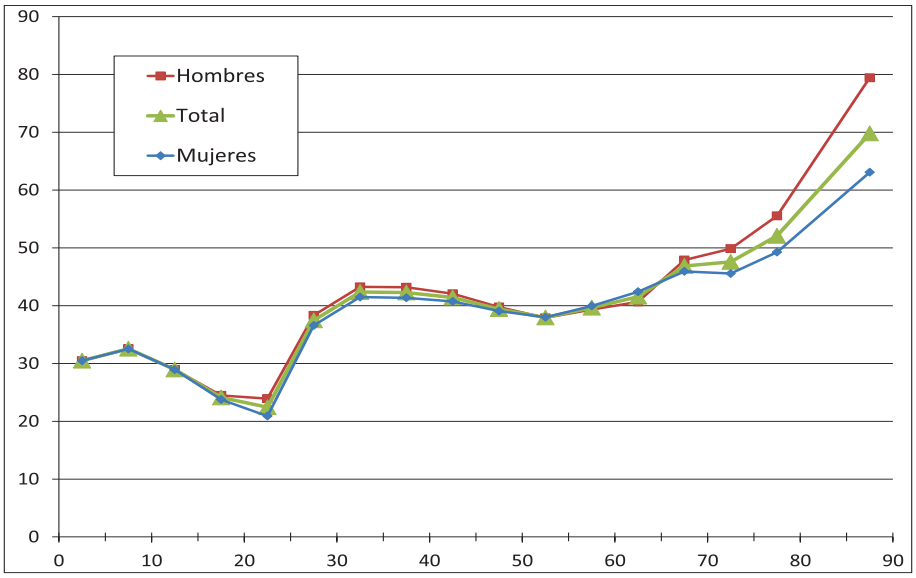
Gráfico 4.2. Distribución de la población acreditada del SSA según edad y sexo, 2014



Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.3 del Anexo.

La cobertura de la población peruana, acreditada en EsSalud es diferenciada por edad y sexo. En la niñez la cobertura ronda el 30%, en edades activas el 40% y a partir de los 60 años se eleva gradualmente hasta llegar al 70% para los mayores de 80. Las diferencias según sexo son mínimas hasta los 70 años, en que los hombres comienzan a lograr mayores mejoras y obtienen 16 p.p. adicionales de cobertura respecto a las mujeres (gráfico 4.3).

Gráfico 4.3. Cobertura de la población peruana, acreditada en EsSalud, según edad y sexo, año 2014(en %)



Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA y Naciones Unidas (2014), Tabla A.4.3 del Anexo.

4.2. Las prestaciones de EsSalud y su costo

EsSalud brinda los servicios de salud principalmente en sus áreas especializadas, dentro de una red de hospitales, policlínicos, centros médicos y servicios de emergencia propios. Además de los servicios de salud, otorga prestaciones económicas y sociales incluidas dentro de su plan de cobertura. El costo total consolidado de las prestaciones durante 2014 fue de S/. 5,700 millones, lo que implica una cápita anual promedio de S/. 526.4.

Para comprender y estimar los componentes de estos costos, la valuación actuarial recurre a considerar por un lado la población expuesta, las tasas de utilización (número de eventos anuales entre la población expuesta) y por el otro los costos específicos de las principales prestaciones.

Como se mencionara en el Capítulo 3, el total de consultas médicas brindadas por EsSalud, en el año 2014, fue de 18.6 millones (19.7 millones según registros administrativos de la BDGCA) y el costo estimado de S/. 636 millones, implicando un costo medio de S/. 34.2. Los servicios de emergencias durante 2014 totalizaron 5.9 millones de atenciones (5.6 millones según BDGCA); el costo estimado fue de S/. 535 millones, con un costo medio de S/. 90.5. En el año 2014, se registraron 518 mil egresos hospitalarios (532 mil según BDGCA) con 2.4 millones de paciente día; el costo correspondiente fue de S/. 535 millones y el costo medio de S/. 1,224. Las cirugías o intervenciones quirúrgicas fueron 279 mil (247 mil según BDGCA); el costo estimado fue de S/. 482 millones, con un costo medio de S/. 1,725. Por último, se registraron 1.2 millones de sesiones de hemodiálisis (0.9 millones según BDGCA, donde no se incluyen las realizadas en hospitales provinciales); el costo estimado fue de S/. 238 millones, con un costo medio de S/. 191.1.

Estas cinco prestaciones tomadas en conjunto (consulta médica, 11.2%; hospitalización, 11.1%; emergencias, 9.4%; intervenciones quirúrgicas, 7.5% y hemodiálisis, 4.2%) representan el 43.7% del gasto específico en prestaciones (dejando afuera, entre otros al traslado de pacientes, zona de menor desarrollo y administración) o el 27.7% del gasto total.

Como se mencionara en el Capítulo 3, EsSalud brinda también cuatro tipos de prestaciones económicas, detalladas según registros administrativos de la BDGCA del año 2014: Los subsidios por incapacidad temporal totalizaron 123 mil casos, por un promedio de 25 días (28 hombres y 20 mujeres); el costo estimado fue de S/. 199 millones, con un costo medio de S/. 1,617. Se otorgaron 518 mil subsidios de maternidad que promedian 81 días; el costo correspondiente fue de S/. 184 millones y el costo medio de S/. 4,446. El subsidio por lactancia fue otorgado a 155 mil acreditados y, dado su monto normado de S/. 820, el costo estimado fue de S/. 127 millones. Por último, los subsidios por sepelio totalizaron 123 mil casos, con un monto medio de S/. 2,056 cercano al máximo normado de S/. 2,070, por lo que el costo estimado fue de S/. 54 millones.

Los cuatro tipos de prestaciones económicas tomadas en conjunto alcanzaron a 346 mil beneficiarios e implicaron S/. 564 millones que representan el 17.7% del gasto no médico.

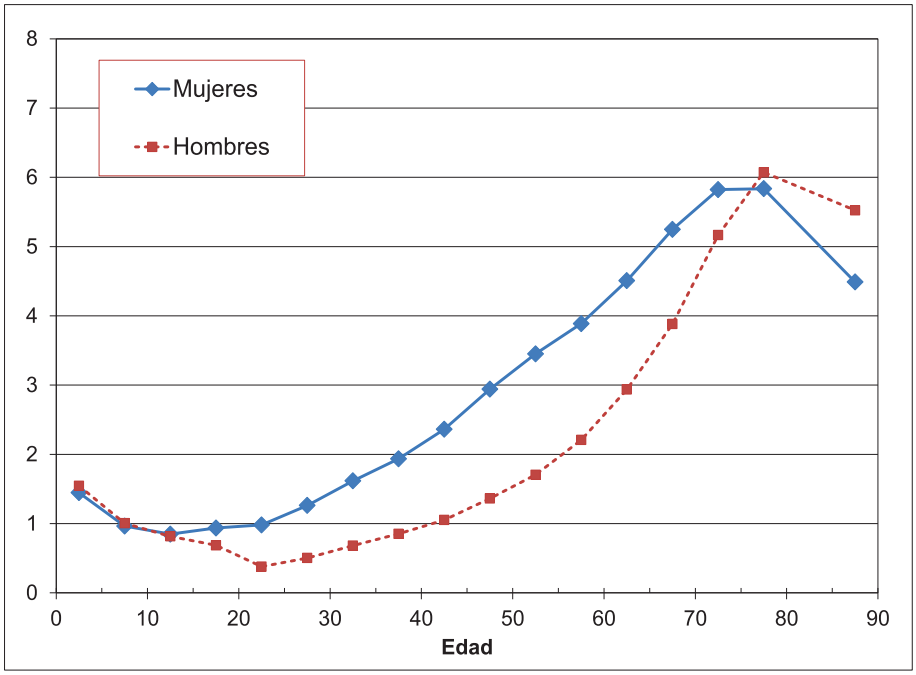
4.3. Las prestaciones médicas según edad, sexo y tipo de seguro

Las diversas prestaciones de salud tienen una utilización muy diferenciada, dependiendo tanto de la necesidad de los asegurados como de la oferta disponible desde EsSalud. A continuación se analizarán los cinco tipos de prestaciones antes mencionados.

4.3.1. Consultas médicas

Durante 2014, la población acreditada promedió 1.8 consultas con un patrón bien marcado según edad, con menos de 2 hasta los 45 años y creciente a continuación alcanzando entre 5 y 6 a partir de los 70 años. Asimismo, las mujeres (2.2) promediaron casi una visita anual (55%) más que los hombres (1.4).

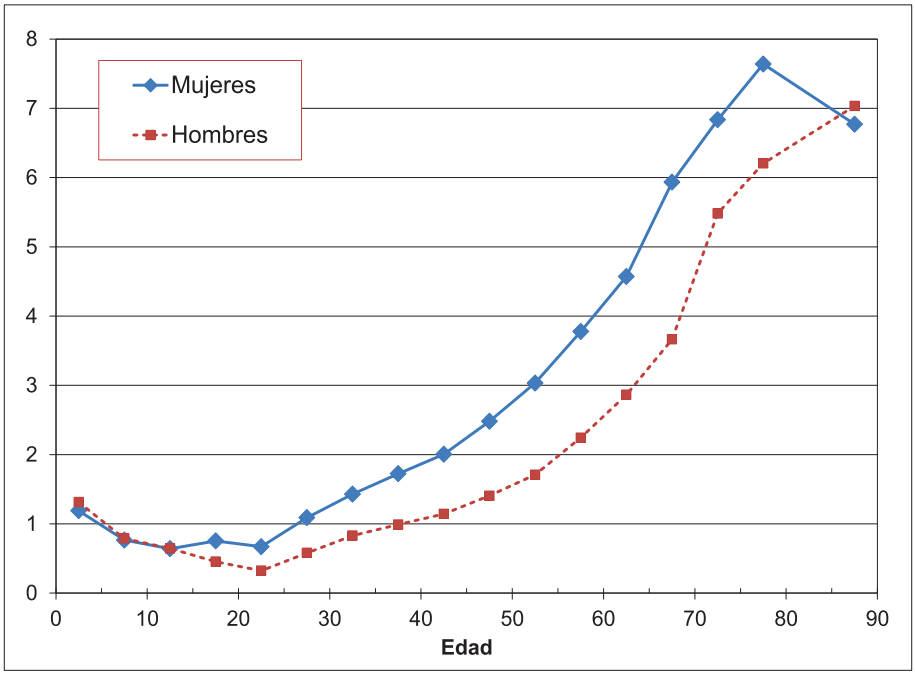
Gráfico 4.4. Consultas médicas anuales según edad y sexo de la población acreditada, EsSalud, 2014



Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.4 del Anexo.

Por su parte, la población del SSA promedió sólo 1.3 consultas producto de la menor disponibilidad de atención (ver Capítulo 3) pero también de una estructura relativamente más joven y, por lo tanto, menos demandante. El patrón creciente con la edad es similar al del SR (o al total), con tasas específicas de utilización mayores en todas las edades. Asimismo, las mujeres (1.6) promediaron media visita anual (43%) más que los hombres (1.1).

Gráfico 4.5. Consultas médicas anuales según edad y sexo de la población acreditada del SSA, 2014

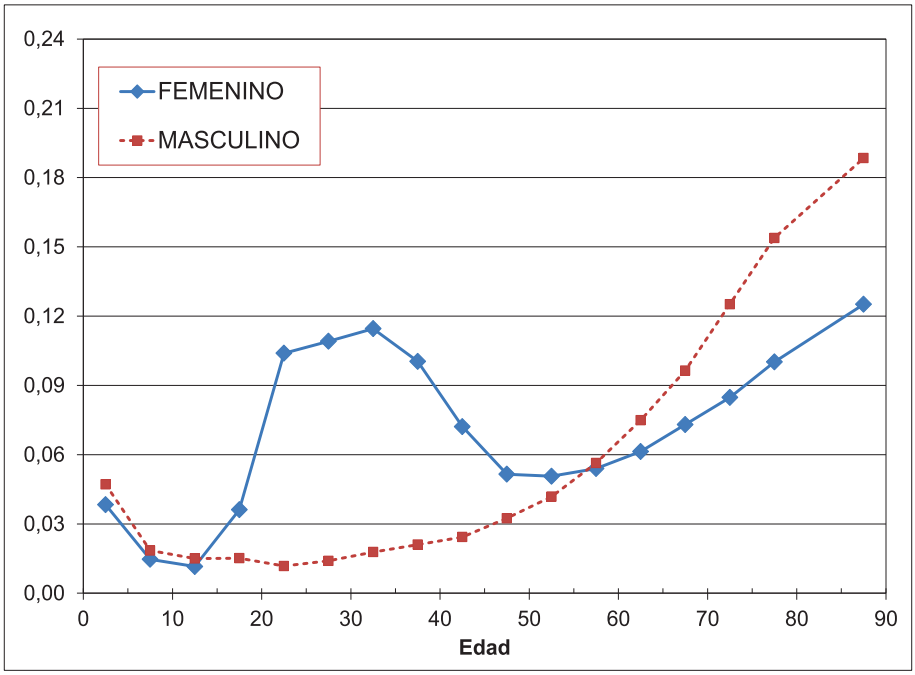


Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.4 del Anexo.

4.3.2. Hospitalizaciones

Durante 2014, la población acreditada promedió 0.052 hospitalizaciones (52 de cada mil acreditados debió ser hospitalizado), con un patrón bien marcado según edad, con menos que el promedio hasta los 20 años, cerca entre los 20 y los 60 años y claramente por encima consecutivamente. Sin embargo, el patrón por género difiere significativamente: las mujeres (0.067) promediaron 82% más que los hombres (0.037). Hasta los 15 años la utilización es similar, pero entre los 15 y los 50 años las mujeres hacen un uso mucho más intensivo vinculado a los partos. A partir de los 55 años, los hombres desarrollan más enfermedades y superan de manera creciente las hospitalizaciones de las mujeres, como se muestra en el gráfico 4.6.

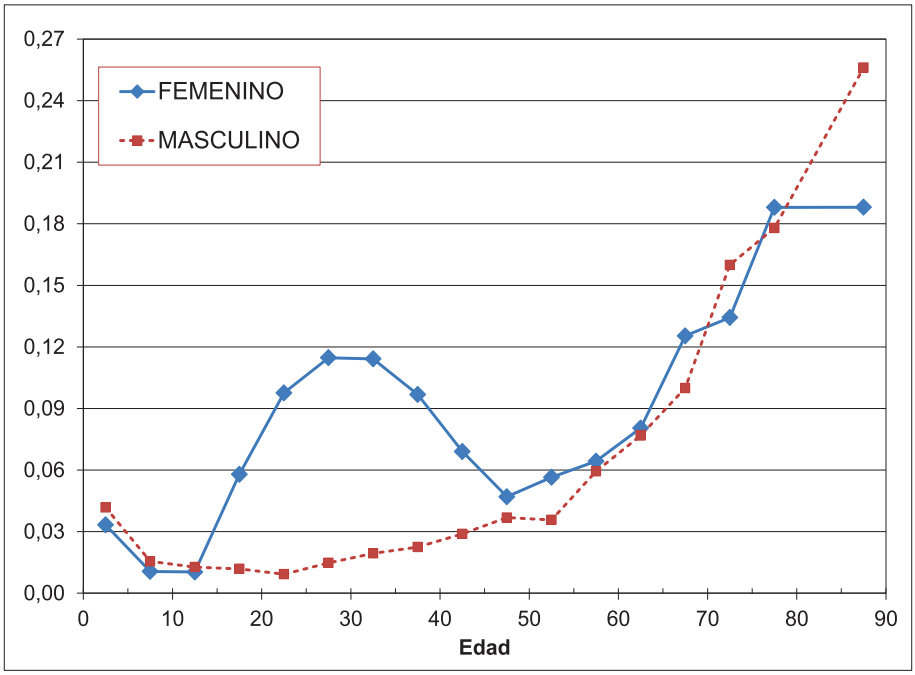
Gráfico 4.6. Hospitalizaciones anuales de la población acreditada, según edad y sexo, EsSalud, 2014



Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.5 del Anexo.

Por su parte, la población del SSA promedió sólo 0.047 hospitalizaciones (47 de cada mil acreditados fue hospitalizado) producto, como ya se dijo, de la menor disponibilidad de atención y también de la estructura relativamente más joven y, por lo tanto, menos necesitada. El patrón por edad es similar al del SR (o al total), nuevamente con tasas específicas de utilización mayores en todas las edades. Asimismo, las mujeres (67 por mil) promediaron 141% más hospitalizaciones que los hombres (28 por mil).

Gráfico 4.7. Hospitalizaciones anuales de la población acreditada del SSA, según edad y sexo, 2014

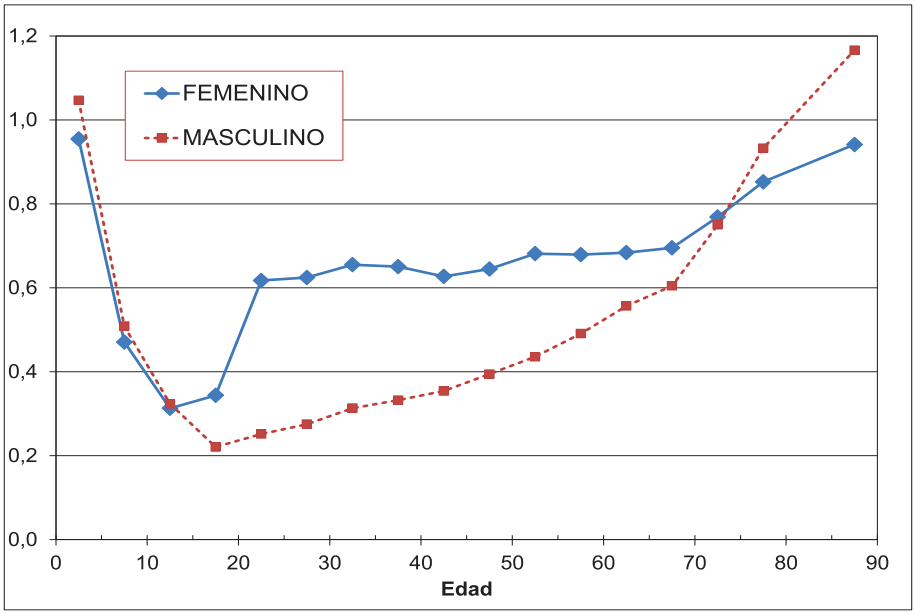


Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.5 del Anexo.

4.3.3. Emergencias

Durante 2014, la población acreditada promedió 0.54 atenciones en Emergencia, con un patrón bien notorio según edad, decreciente hasta los 20 años y creciente a continuación, aunque las mujeres presentan valores relativamente estables entre los 20 y los 60 años. Las mujeres (0.63) promediaron 37% más que los hombres (0.46). Hasta los 15 años la utilización es similar, pero entre los 15 y los 70 años las mujeres recurrieron a Emergencias más frecuentemente. A partir de los 75 años, los hombres revierten la tendencia y superan las atenciones de las mujeres, como se muestra en el gráfico 4.8.

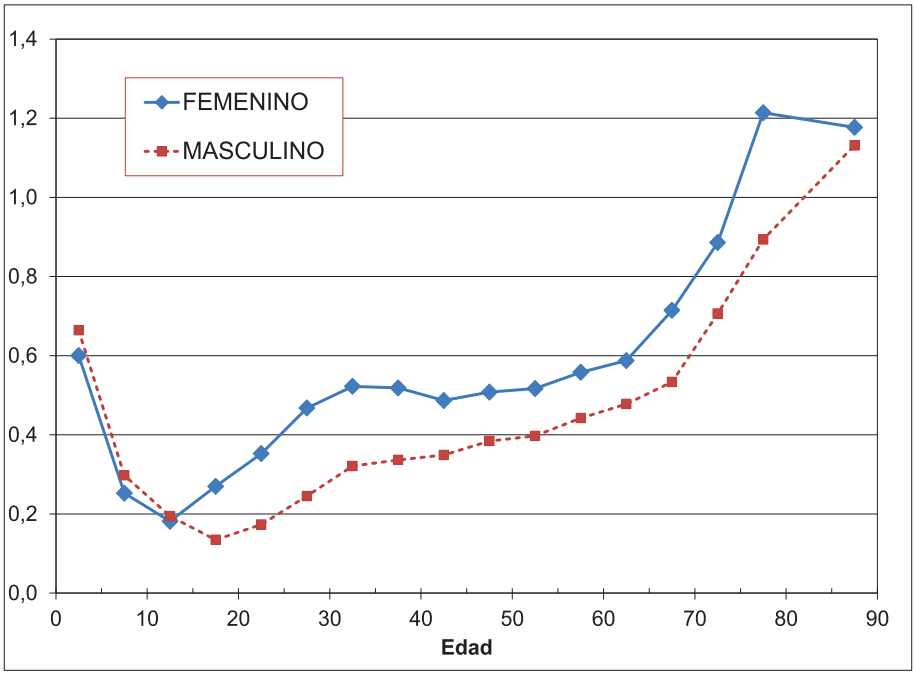
Gráfico 4.8. Atenciones anuales en Emergencia según edad y sexo de la población acreditada, EsSalud, 2014



Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.6 del Anexo.

Por su parte, la población del SSA promedió sólo 0.39 atenciones en Emergencia producto, como ya se dijo, de la menor disponibilidad de hospitales y también de la estructura etaria relativamente más joven y, por lo tanto, menos necesitada. El patrón por edad es similar al del SR (o al total), nuevamente con tasas específicas de utilización mayores en todas las edades; en este caso las mujeres (0.44) muestran mayores valores a partir de los 10 años, promediando 31% más de atenciones que los hombres (0.34).

Gráfico 4.9. Atenciones anuales en Emergencia según edad y sexo de la población acreditada del SSA, 2014

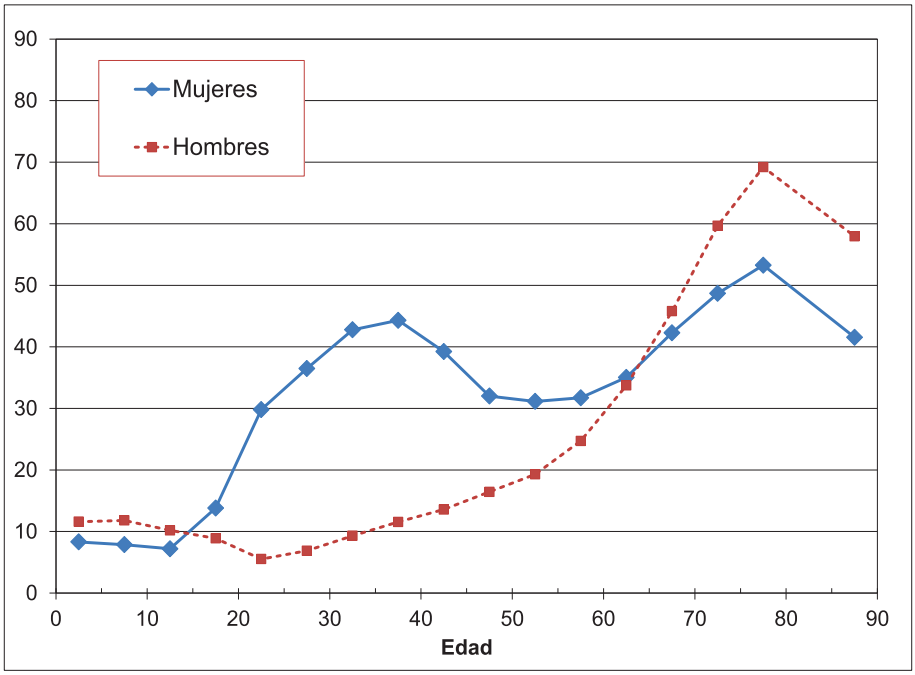


Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.6 del Anexo.

4.3.4. Intervenciones Quirúrgicas

Durante 2014, la población acreditada promedió 0.023 cirugías (23 de cada mil acreditados debió ser intervenido quirúrgicamente), con un patrón bien marcado según edad, con menos que el promedio hasta los 30 años, cerca entre los 30 y los 60 años y claramente por encima a continuación. Sin embargo, el patrón por género difiere significativamente: las mujeres (29 por mil) promediaron 76% más cirugías que los hombres (17 por mil). Hasta los 15 años la utilización es levemente superior para los hombres, entre los 15 y los 60 años las mujeres hacen un uso mucho más intensivo vinculado a los partos. A partir de los 65 años, los hombres superan de manera creciente las cirugías de las mujeres, como se muestra en el gráfico 4.10.

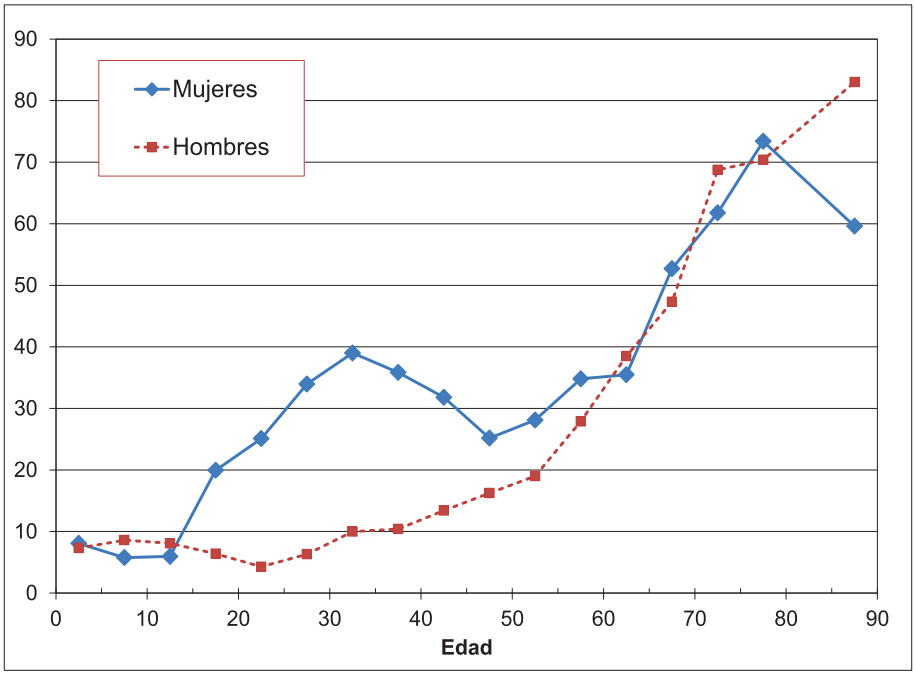
Gráfico 4.10. Intervenciones Quirúrgicas anuales según edad y sexo de la población acreditada, EsSalud, 2014 (por mil)



Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.5 del Anexo.

Por su parte, la población del SSA promedió sólo 0.018 cirugías (18 de cada mil acreditados fue intervenido quirúrgicamente) producto, como ya se dijo, de la menor disponibilidad de atención y también de la estructura relativamente más joven y, por lo tanto, menos necesitada. El patrón por edad es similar al del SR (o al total), nuevamente con tasas específicas de utilización mayores en todas las edades. Asimismo, las mujeres (24 por mil) promediaron 100% más cirugías que los hombres (12 por mil).

Gráfico 4.11. Intervenciones Quirúrgicas anuales de la población acreditada del SSA, según edad y sexo, 2014 (por mil)

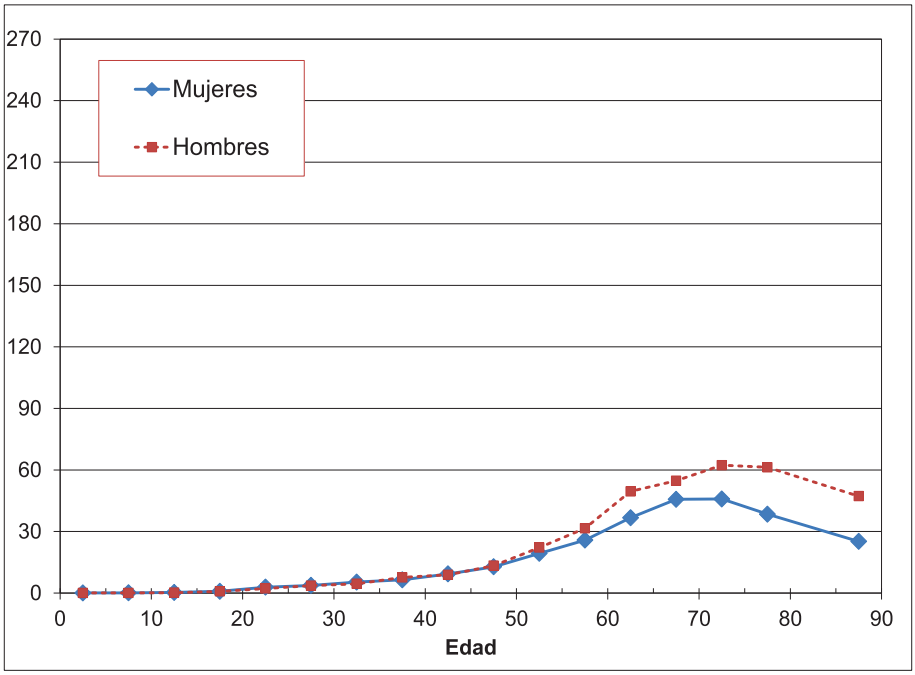


Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.5 del Anexo.

4.3.5. Hemodiálisis

Durante 2014, la población acreditada promedió 0.011 hemodiálisis (11 sesiones cada mil acreditados), con un patrón similar por género y significativamente creciente con la edad hasta los 70 años, y levemente decreciente a continuación. Los hombres recurren en mayor proporción a hemodiálisis a partir de los 55 años (como se muestra en el gráfico 4.12) y su promedio es 16% superior al de mujeres.

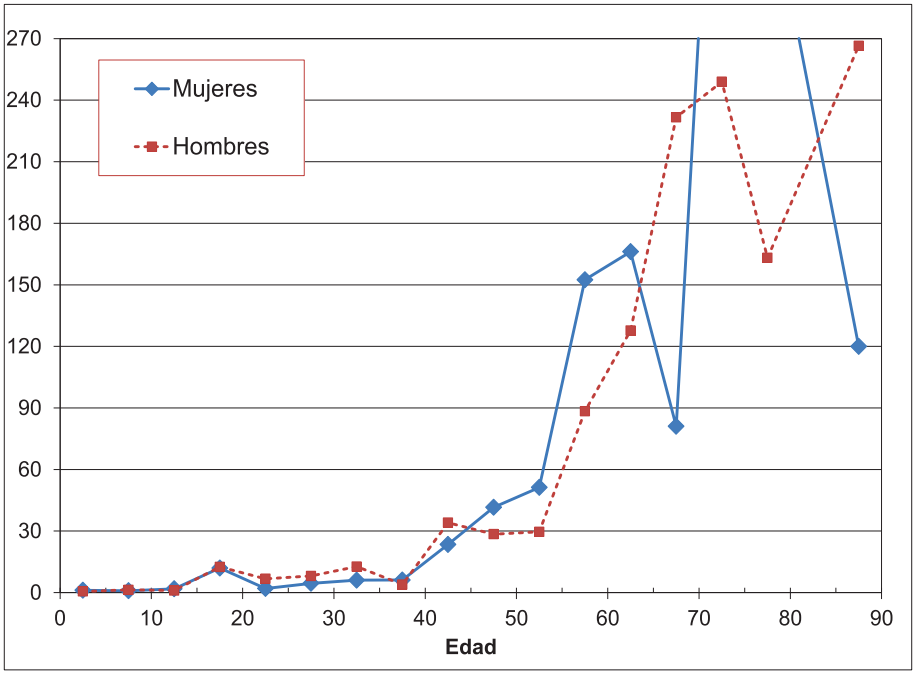
Gráfico 4.12. Hemodiálisis anuales según edad y sexo de la población acreditada, EsSalud, 2014 (por mil)



Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.5 del Anexo.

Por su parte, la población del SSA promedió 0.023 hemodiálisis (23 sesiones cada mil acreditados) producto de la estructura relativamente más joven y, por lo tanto, menos necesitada, con tasas específicas de utilización significativamente mayores al del SR (o al total) en todas las edades, especialmente en las más avanzadas. El patrón por edad y género es similar al del SR aunque más irregular, con las mujeres (22.6 por mil) promediando 4% menos hemodiálisis que los hombres (23.4 por mil).

Gráfico 4.13. Hemodiálisis anuales según edad y sexo de la población acreditada del SSA, 2014 (por mil)



Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.5 del Anexo.

4.4. Los costos médicos agregados según tipo de seguro

El cálculo de costos está disponible por tipo de atención sólo a nivel agregado. En ausencia de costos específicos resulta razonable suponer que son similares para todo tipo de asegurados, difiriendo el costo total según la tasa global de utilización que depende, a su vez, de las tasas específicas de utilización (variables según edad y sexo) y de la estructura poblacional.

El cálculo de costos, para cada tipo de seguro, requiere adicionar a los costos de las cinco atenciones consideradas (consultas médicas, hospitalizaciones, emergencias, intervenciones quirúrgicas y hemodiálisis), los de otras prestaciones de salud menos significativas y otras asignaciones presupuestarias mencionadas con anterioridad.

Como se detalla el Cuadro 4.1, el costo global del seguro de salud se estima en S/. 526 por acreditado. El SR tiene un costo (obviamente parecido) de S/. 529 por acreditado, 34% superior al del SSA (S/. 394 por acreditado). Los otros asegurados (potestativos) presentan altas tasas de utilización de todas las prestaciones (atribuibles a una estructura etaria más envejecida) por lo que su costo específico resulta notoriamente elevado (S/. 1,335 por acreditado).

Cuadro 4.1. Costos médicos globales y por tipo de seguro, según utilización de prestaciones por edad y sexo de la población acreditada, EsSalud, 2014

Concepto	Tipo de atención	Tipo de seguro			Total EsSalud
		Regular	Agrario	Otros	
Costo medios (S./ por caso)	Consulta	34,19			
	Hospitalización	1 223,90			
	Emergencia	90,51			
	Int. Quirúrgica	1 724,96			
	Hemodiálisis	191,09			
Miles de atenciones (casos)	Consulta	18 525	712	479	19 717
	Hospitalización	503	25	4	532
	Emergencia	5 322	210	33	5 565
	Int. Quirúrgica	235	10	2	247
	Hemodiálisis	1 220	13	11	1 243
	Total	**25 805**	**970**	**529**	**27 304**
Costo agregado (millones S./)	Consulta	633	24	16	674
	Hospitalización	615	31	5	652
	Emergencia	482	19	3	504
	Int. Quirúrgica	406	17	3	426
	Hemodiálisis	233	2	2	238
	Total	**2 369**	**94**	**30**	**2 493**
Costo médico estimado (millones S./)		5 417	215	68	**5 700**
Asegurados acreditados (millones)		10,2	0,5	0,1	**10,8**
Costo médico por acreditado (S./)		**529**	**394**	**1 335**	**526**

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos EsSalud.

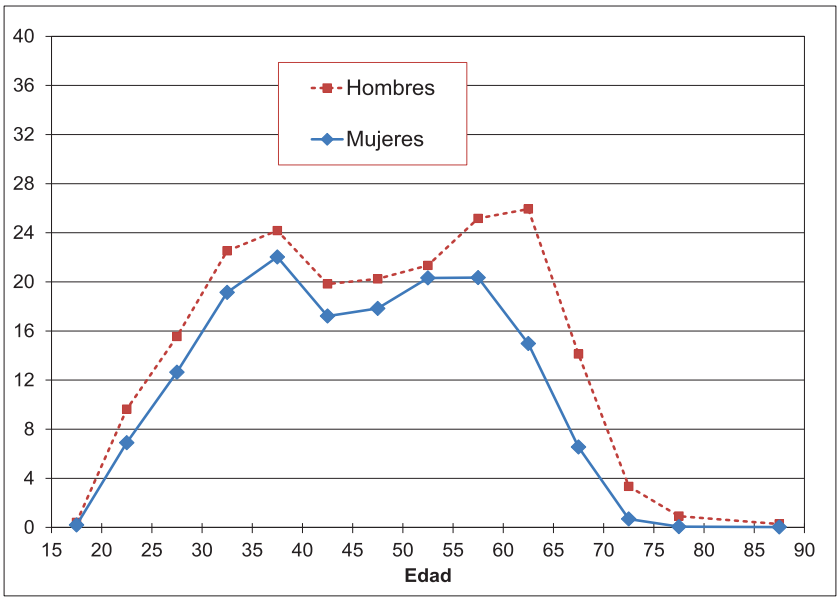
4.5. Las prestaciones económicas según edad, sexo y tipo de seguro

Las diversas prestaciones tienen una utilización muy diferenciada, dependiendo de la edad, el sexo y el tipo de seguro. A continuación se analizarán los cuatro tipos de prestaciones económicas ya mencionados.

4.5.1. Subsidios por incapacidad temporal

Durante 2014, la población acreditada promedió 0.011 subsidios por incapacidad (11 por mil), con un patrón bien marcado según edad, creciente hasta los 30 años, relativamente estable hasta los 65 años (alrededor del 20 por mil) y decreciente a continuación. Asimismo, las mujeres (10 por mil) recibieron subsidios en menor proporción (en todas las edades) y promediaron 18% menos que los hombres (12 por mil).

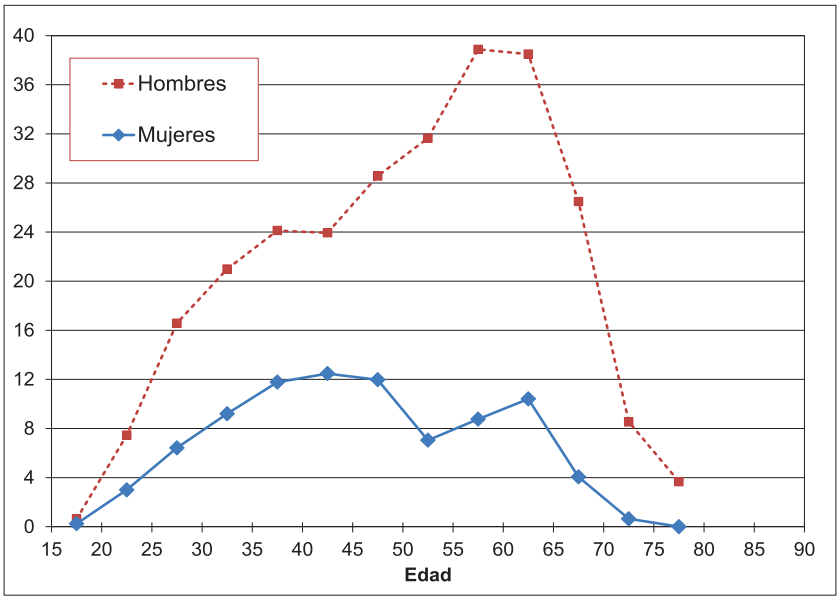
Gráfico 4.14. Subsidios anuales por incapacidad temporal según edad y sexo de la población acreditada, EsSalud, 2014 (por mil)



Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.4 del Anexo.

Por su parte, la población del SSA promedió similar tasa de incapacidad temporal (10 por mil) pero producto de una estructura relativamente más joven y, por lo tanto, menos necesitada. El patrón creciente con la edad es similar al del SR (o al total), con tasas específicas de utilización mayores en todas las edades, especialmente para los hombres. Así, las mujeres (5 por mil) promediaron 62% menos que los hombres (14 por mil).

Gráfico 4.15. Subsidios anuales por incapacidad temporal según edad y sexo de la población acreditada del SSA, 2014 (por mil)

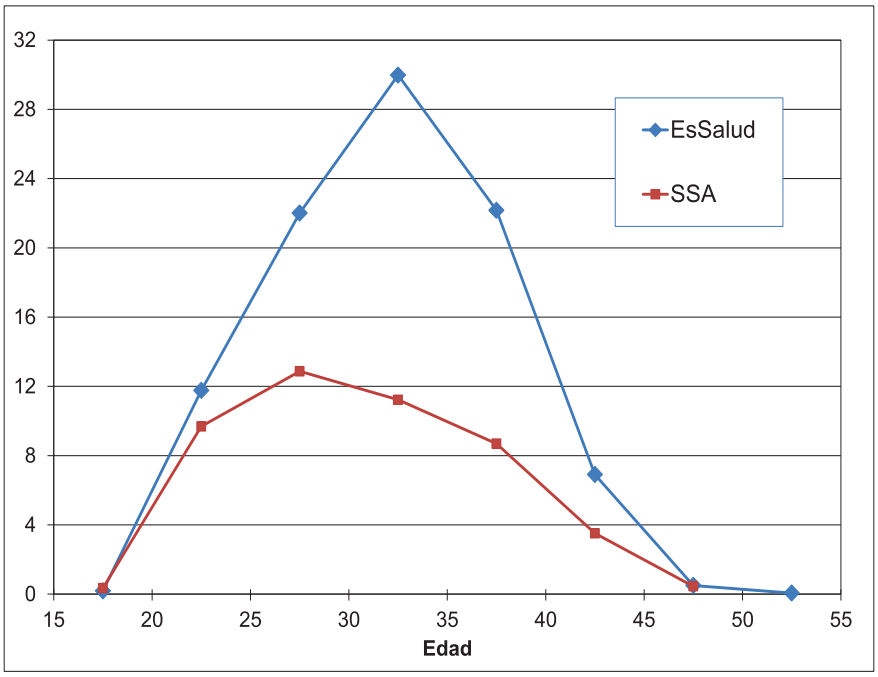


Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.4 del Anexo.

4.5.2. Subsidios por maternidad

Durante 2014, las mujeres acreditadas promediaron 0.008 subsidios por maternidad (8 por mil), con un patrón bien notorio según edad, creciente de los 15 a los 35 años y decreciente a continuación hasta los 55 años. Por su parte, las mujeres del SSA reciben este subsidio con menor frecuencia relativa (tasa promedio 4 por mil) producto de su acceso más restringido al carecer de la continuidad de cotizaciones requerida. El patrón por edad es bastante similar al del SR (o al total), con menores tasas específicas en todas las edades.

Gráfico 4.16. Subsidios anuales por maternidad según edad de las mujeres acreditadas y tipo de seguro, EsSalud, 2014 (por mil)

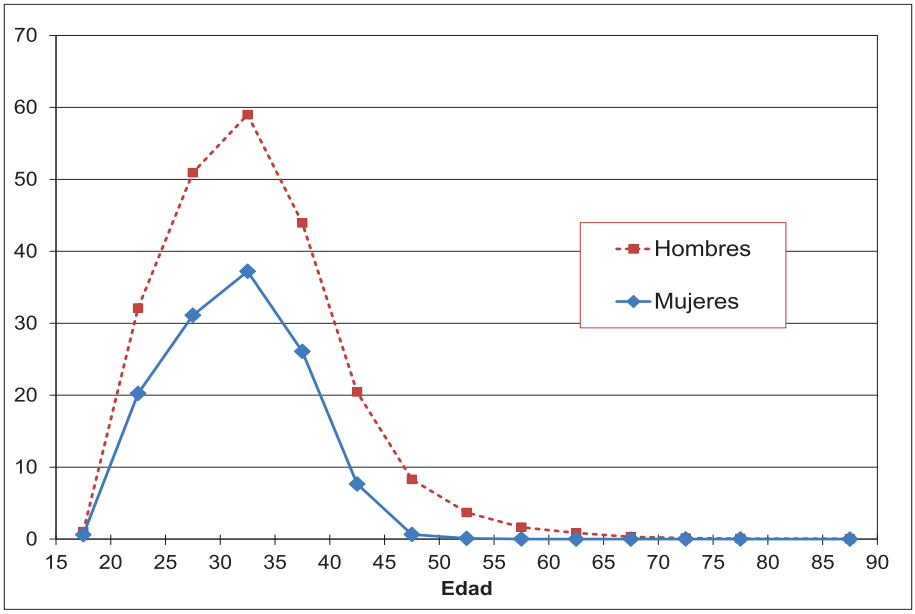


Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.4 del Anexo.

4.5.3. Subsidios por lactancia

Durante 2014, la población acreditada promedió 0.014 subsidios por lactancia (14 por mil), con un patrón bien marcado según edad, asociado al período reproductivo, creciente de los 15 a los 35 años y decreciente a continuación, haciéndose prácticamente nulo a partir de los 55 años para las mujeres y a partir de los 65 para los hombres (titulares). Las mujeres (10 por mil) recibieron subsidios en menor proporción (en todas las edades) y promediaron 45% menos que los hombres (18 por mil), dado su acceso más restringido al trabajo formal y su menor proporción entre los titulares.

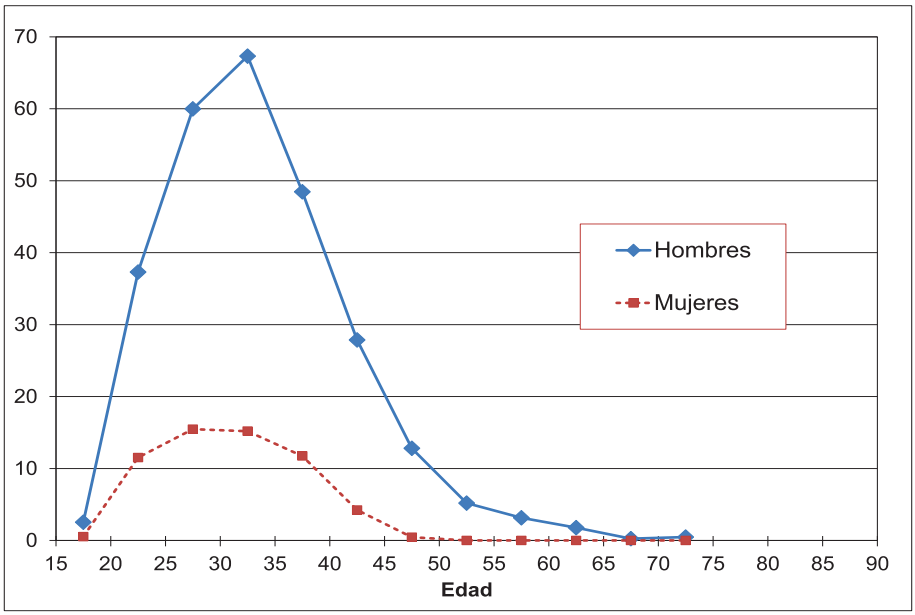
Gráfico 4.17. Subsidios anuales por lactancia según edad y sexo de la población acreditada, EsSalud, 2014 (por mil)



Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.4 del Anexo.

Por su parte, la población del SSA promedió mayor tasa de subsidios por lactancia (14 por mil) pero producto de una estructura relativamente más joven y, por lo tanto, más necesitada. El patrón creciente con la edad es similar al del SR (o al total), con tasas específicas de utilización sustancialmente mayores para los hombres, en todas las edades. Así, las mujeres (6 por mil) promediaron 77% menos que los hombres (24 por mil).

Gráfico 4.18. Subsidios anuales por lactancia según edad y sexo de la población acreditada del SSA, 2014 (por mil)

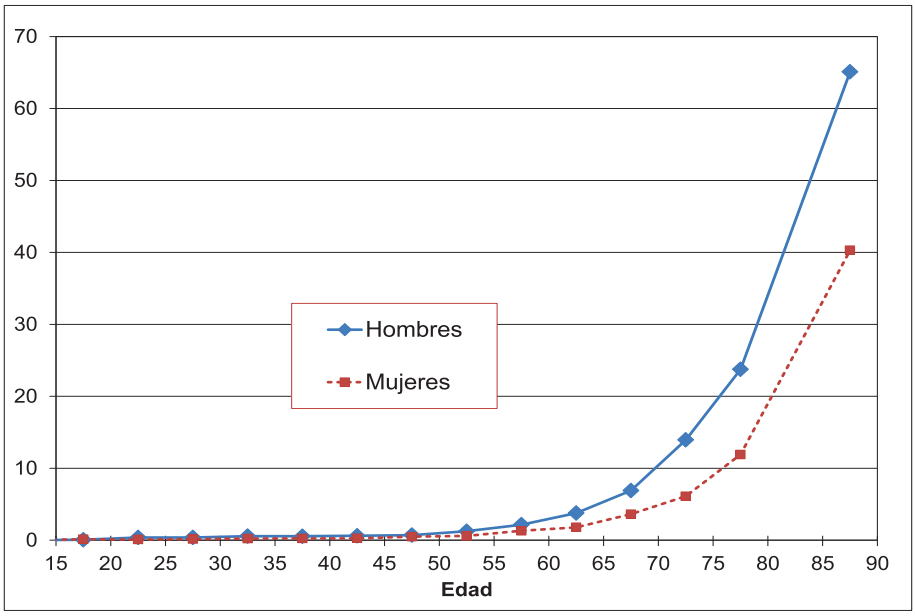


Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.4 del Anexo.

4.5.4. Subsidios por sepelio

Durante 2014, la población acreditada promedió 0.0024 subsidios por sepelio (2.4 por mil), con un patrón bien notorio, creciente de manera exponencial con la edad. Las mujeres (1.9 por mil) recibieron subsidios en menor proporción (en todas las edades) y promediaron 37% menos que los hombres (3.0 por mil).

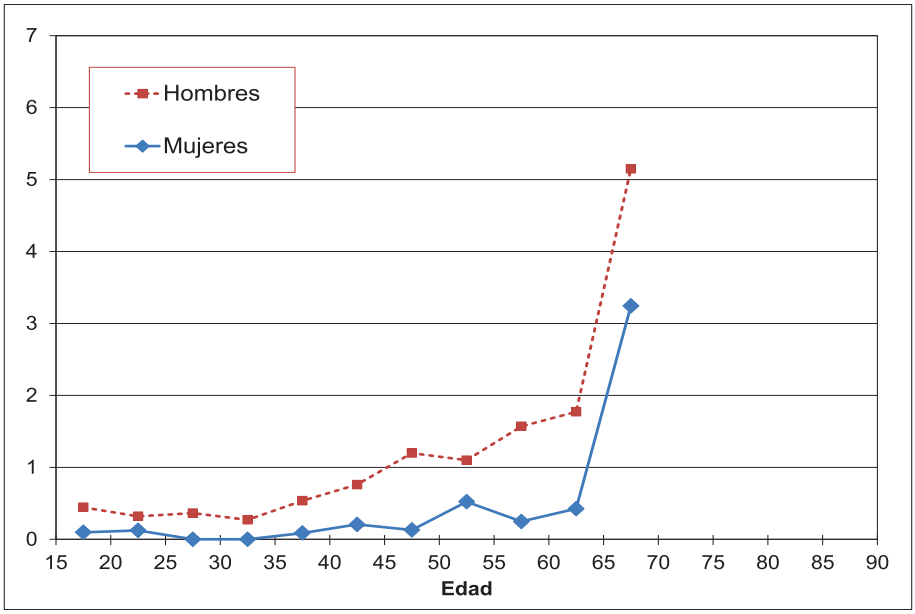
Gráfico 4.19. Subsidios anuales por sepelio según edad y sexo de la población acreditada, EsSalud, 2014 (por mil)



Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.4 del Anexo.

Por su parte, la población del SSA presentó una tasa de sepelio promedio de sólo 0.4 por mil, producto, principalmente, de su estructura relativamente más joven. El patrón creciente con la edad es similar al del SR (o al total), con menores tasas específicas en todas las edades. Así, las mujeres (0.1 por mil) promediaron 78% menos que los hombres (0.6 por mil).

Gráfico 4.20. Subsidios anuales por sepelio según edad y sexo de la población acreditada del SSA, 2014 (por mil)



Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.4 del Anexo.

4.6. Los costos de las prestaciones económicas según tipo de seguro

El cálculo de costos para las prestaciones económicas está disponible de manera consistente sólo a nivel agregado. En ausencia de costos específicos resulta razonable suponer que son similares para todo tipo de asegurados, difiriendo el costo total según la tasa global de utilización que depende, a su vez, de las tasas específicas de utilización (variables según edad y sexo) y de la estructura poblacional.

El cálculo de costos, para cada tipo de seguro, requiere adicionar los costos de las cuatro prestaciones consideradas (subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y sepelio). Como se detalla el Cuadro 4.2, el costo global de las prestaciones económicas se estima en S/. 52 por acreditado. El SR tiene un costo (obviamente parecido) de S/. 53 por acreditado, 39% superior al del SSA (S/. 38 por acreditado).

Cuadro 4.2. Costos no médicos globales y por tipo de seguro, según utilización de prestaciones económicas por edad y sexo de la población acreditada, EsSalud, 2014

Concepto	Tipo de atención	Total EsSalud	Tipo de seguro	
			Agrario	Regular
Montos medios (S./ por subsidio)	Incapacidad	1 617		
	Lactancia	820		
	Maternidad	4 446		
	Sepelio	2 056		
Prestaciones económicas (Miles de subsidios)	Incapacidad	123	5	117
	Lactancia	155	8	147
	Maternidad	41	1	40
	Sepelio	26	0	26
	Total	**346**	**15**	**331**
Prestaciones económicas (millones S./)	Incapacidad	199	9	190
	Lactancia	127	7	121
	Maternidad	184	5	179
	Sepelio	54	0	54
	Total	**564**	**21**	**544**
Asegurados acreditados (millones)		**10,8**	0,5	10,3
Subsidio total por acreditado (S./)		**52**	**38**	**53**

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos EsSalud.

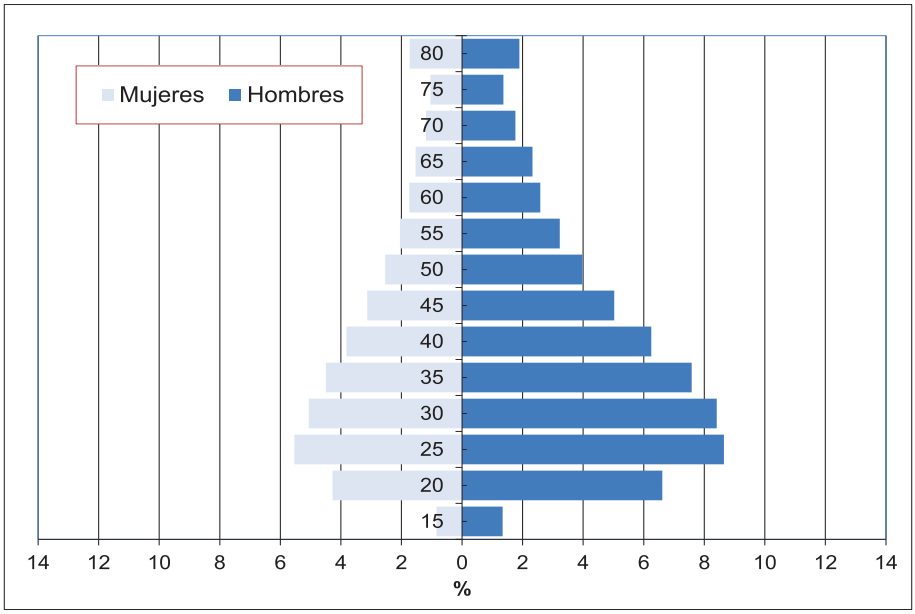
Cabe adelantar que, a efectos de proyección, se supone que las otras asignaciones presupuestarias de tipo administrativo guardan proporcionalidad con el total de costos médicos antes analizados.

4.7. Los cotizantes y sus ingresos según edad, sexo y tipo de seguro

Los ingresos de EsSalud dependen de los aportes efectivamente integrados por los empleadores de sus afiliados, sea de manera parcial o total durante el año, dando lugar a un nuevo concepto de población cotizante[19]. Los cotizantes del año 2014, estimados a partir de la BDGCA, eran 6.5 millones; los asegurados que cotizaban a EsSalud en el SR eran 6.2 millones, y en el SSA, 0.3 millones, con un 61.0% de hombres y edad media de 43 años. Su distribución por edad y sexo se presenta en el gráfico 4.21.

[19]Según el criterio de OIT (2012), incluye tanto la población con aporte parcial, aquélla por la que el empleador paga de forma irregular (unos meses sí y otros no) las contribuciones correspondientes, así como a la población con aporte completo, aquélla por la que el empleador paga totalmente sus obligaciones en materia de aportaciones.

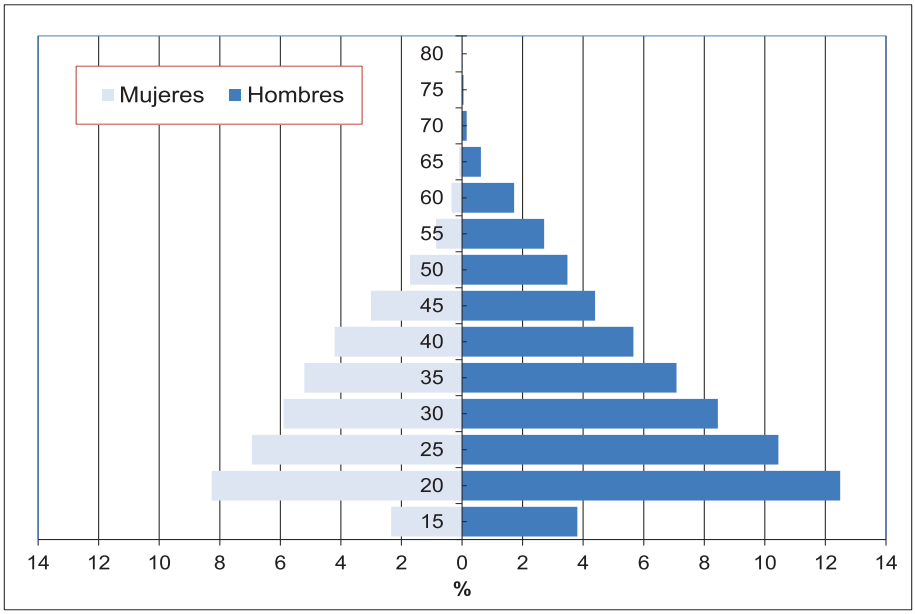
Gráfico 4.21. Distribución de la población cotizante a EsSalud, según edad y sexo, 2014



Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.7 del Anexo.

Mientras que la población del SR tiene una distribución muy similar (al constituir el 95% del total), la del SSA es notoriamente más joven: su edad media es de 34 años, con un 61.1% de hombres; su distribución por edad y sexo se presenta en el gráfico 4.22.

Gráfico 4.22. Distribución de la población cotizante del SSA, según edad y sexo, 2014



Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.7 del Anexo.

El análisis de los cotizantes permite captar las diferencias de ingresos afectos a EsSalud (y EPS) según tipo de seguro y otras variables relevantes. Es importante destacar aquí que en 2009 se exonera de la aportación del 9% a EsSalud a las gratificaciones de julio y diciembre. La Ley 29714, prorroga vigencia de la Ley 29351, que reduce costos laborales a los aguinaldos y gratificaciones por Fiestas Patrias y Navidad. Lamentablemente, este estímulo temporal adquirió carácter definitivo en 2015 (Ley 30334). Por otra parte, desde el año 2013, se establece que el 65% de la RIM magisterial está afecto a las cargas sociales, reduciendo la aportación de EsSalud.

En el año 2014, la tasa de contribución (TDC) a EsSalud promedió 8.84%, ponderando 8.86% del SR y sólo 4.00% del SSA. La TDC promedia 8.95% hasta los 60 años y a partir de ahí disminuye gradualmente al incorporarse de manera creciente los pensionistas (que sólo contribuyen 4%).

Las remuneraciones afectas a EsSalud del año 2014 promediaron S/. 1.7 miles, pero varían significativamente según tipo de seguro, de S/. 1.7 miles para el SR a S/. 0.8 miles (49%) para el SSA. Asimismo, la mediana de ingresos está por debajo de S/. 1,000.

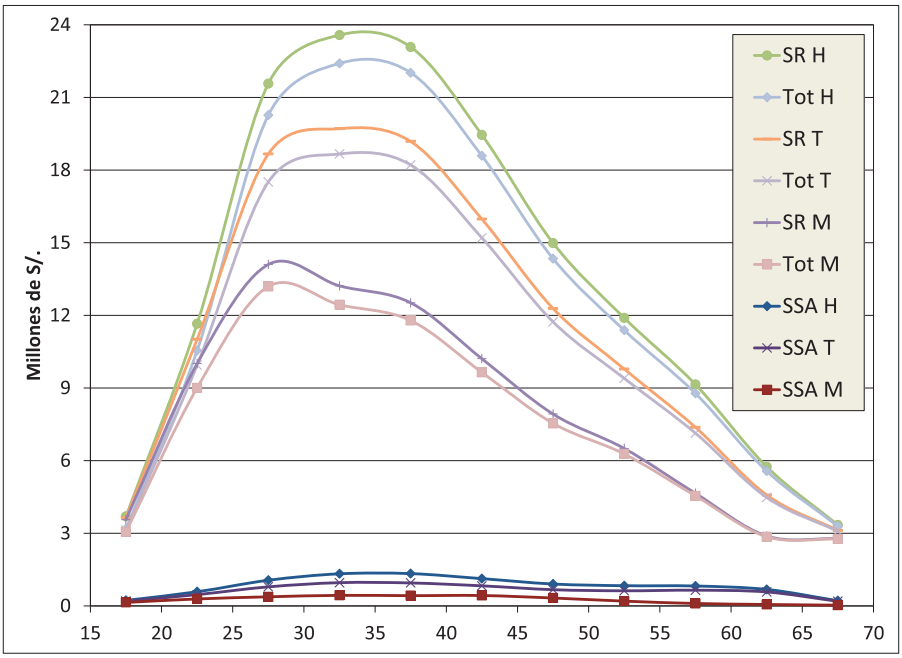
Cuadro 4.3. Distribución de la población cotizante según rango de remuneración y tipo de seguro, EsSalud, 2014

RANGO REMU-NERACIÓN	TIPO DE SEGURO					Total	%
	AGRARIO	CONVENIOS	NO DISP.	POTESTATIVO	REGULAR		
0 - 149	40 300	2	5 916	113	66 681	113 012	1,7
150 - 349	40 058	4	3 824	89	210 852	254 827	3,9
350 - 529	40 630	1	3 536	169	287 019	331 355	5,1
530 - 549	4 625	0	323	8	14 521	19 477	0,3
550 - 579	7 258	0	645	33	29 784	37 720	0,6
580 - 599	4 860	0	302	33	18 264	23 459	0,4
600 - 674	18 509	0	1 646	137	84 860	105 152	1,6
675 - 750	22 376	12	21 033	893	907 249	951 563	14,6
751 - 999	71 651	9	21 212	682	1 355 098	1 448 652	22,2
1000 - 1064	12 005	1	3 732	128	299 216	315 082	4,8
1065 - 1079	2 417	0	618	22	49 730	52 787	0,8
1080 - 1094	2 269	0	579	22	44 930	47 800	0,7
1095 - 1099	739	0	176	4	14 324	15 243	0,2
1100 - 1999	53 811	15	20 053	618	1 641 807	1 716 304	26,3
2000 - 2999	6 498	1	5 942	151	481 620	494 212	7,6
3000 - 4999	2 081	0	4 548	90	336 739	343 458	5,3
5000 - 9999	1 020	0	3 152	45	185 389	189 606	2,9
10000 - 49999	399	0	4 276	16	61 261	65 952	1,0
50000 - 99999	6	0	611	1	1 242	1 860	0,0
100000 +	2	0	159	1	281	443	0,0
Total	**331 514**	**45**	**102 283**	**3 255**	**6 090 867**	**6 527 964**	**100,0**
Promedio estimado (S/.)	**825,30**	**980,78**	**2869,87**	**1278,84**	**1688,96**	**1663,39**	

Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA.

En el año 2014 el monto de base imponible para EsSalud promedió S/. 14.3 miles, con claras diferencias según género: las mujeres (S/. 8.5 miles) ganan 42% menos que los hombres (S/. 14.7 miles). El comportamiento por edad responde a estándares internacionales con una forma acampanada y valores máximos entre los 25 y los 40 años, algo más temprano para mujeres que para hombres.

Gráfico 4.23. Base imponible para EsSalud, según tipo de seguro, edad y sexo, 2014



Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, Tabla A.4.8 del Anexo.

4.8. Escenario base y alternativas a considerar

El análisis actuarial debe considerar el contexto y el marco legal vigente y/o propuesto como referencias ineludibles, así como reconocer el rol preponderante que juega el tiempo. Al considerar el financiamiento de un seguro de salud surgen los conceptos de equilibrio, superávit o déficit y el horizonte temporal (corto, mediano o largo plazo). El equilibrio corriente se mide comparando ingresos y gastos de un determinado período, mientras que la idea de sustentabilidad suele ser asociada al equilibrio actuarial, que se mide comparando el valor presente de los probables ingresos y gastos de un prolongado período futuro (Grushka, 2014), aunque también debe evaluarse la evolución en la calidad de las prestaciones.

Las proyecciones actuariales no son pronósticos para "acertar el futuro", sino que permiten evaluar sus perspectivas, dadas ciertas hipótesis razonables sobre la evolución a mediano plazo de algunas variables determinantes. Además, las proyecciones permiten evaluar el

impacto sobre la cobertura y el financiamiento de hipótesis alternativas y/o de reformas a la normativa vigente.

4.8.1. Escenario base: La demografía y los costos del "envejecimiento"

En este escenario se muestran los resultados manteniendo la normativa vigente y el comportamiento reciente de todas las variables, para mostrar el gradual impacto demográfico que, al contemplar reducciones de mortalidad y fecundidad, conduce a un envejecimiento de la población, que llevaría a mayores tasas de utilización de las prestaciones y, *ceteris paribus,* a costos gradualmente crecientes.

4.8.2. Escenarios alternativos

En estos escenarios se muestran los resultados reconociendo **los costos crecientes en tecnología médica**[20]**,** también llamada "inflación médica", cuya deseable incorporación incrementaría los recursos necesarios**; los costos de mejorar servicios (camas por asegurado)** incorporando mayores inversiones planeadas (específicamente en la necesidad de extender la oferta de camas disponibles)[21], para mostrar los significativos recursos adicionales que ello demandaría; **mejoras en la formalidad laboral,** incorporando un aumento del número de contribuyentes a EsSalud a partir de mejoras en la formalidad laboral o de un esfuerzo de extensión de la cobertura en la población asalariada; **mejoras en la base salarial afecta a EsSalud**, incorporando aumentos salariales reales o la reducción de algunas de las exoneraciones vigentes, permitiendo incrementar gradualmente la recaudación.

Finalmente, se muestra un **escenario integrado** para EsSalud, donde se incorporan los cambios demográficos del escenario base, la inflación médica y el impacto conjunto de lograr graduales aumentos (2% anual) de la cobertura (cotizantes / población) y del IMA, considerando también los mayores costos de atención que se generan para los nuevos acreditados.

[20] Ver MINSA (2015).
[21] Ver EsSalud (2015b).

CAPÍTULO 5.

PROYECCIÓN ACTUARIAL: RESULTADOS Y CONCLUSIONES

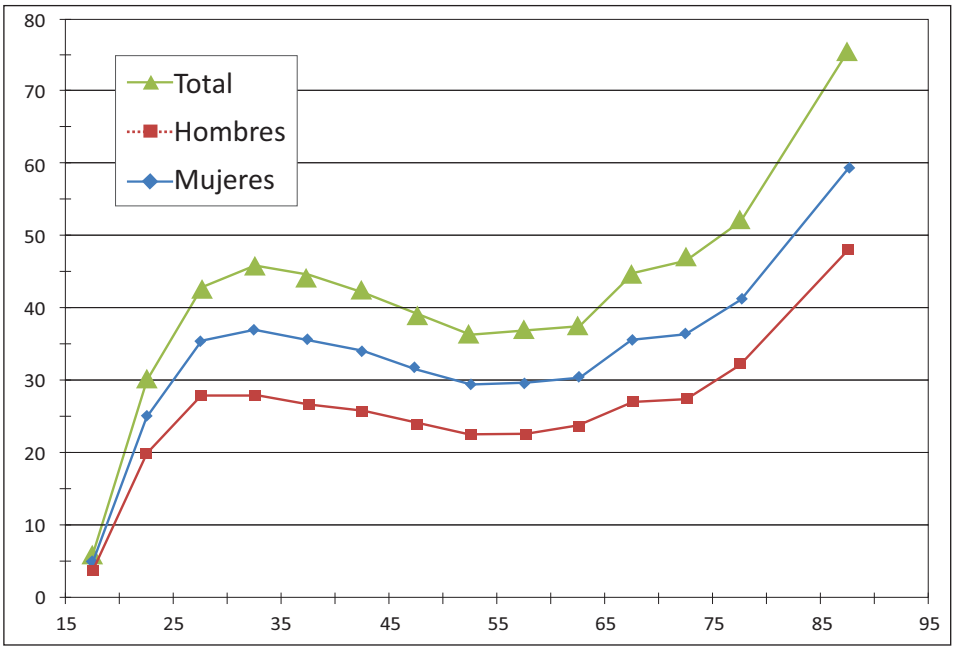
5.1. Escenario base

En este escenario se presenta la evolución de los resultados esperados manteniendo la normativa vigente y el comportamiento reciente de todas las variables, incorporando el gradual impacto demográfico que, al contemplar reducciones de mortalidad y fecundidad conduce a un envejecimiento de la población que va atenuando su ritmo de crecimiento. A continuación analizaremos por separado ingresos, egresos y resultados esperados para el total de EsSalud, para el Seguro de Salud Agrario (SSA) y, por diferencia, para el Seguro Regular (SR).

5.1.1. Los ingresos de EsSalud

Desde el lado de los ingresos, tres son los componentes que determinan las aportaciones: número de cotizantes, monto sobre el que contribuyen (función del ingreso mensual afecto a EsSalud -IMA- y de la cantidad de aportes mensuales que realicen en el año -MAP-, por edad y sexo) y TDC aplicada. En primer lugar, se supone constante la proporción cotizante por sexo y grupos de edad estimada para el año 2014, según datos del Capítulo 4 ilustrados en el gráfico 5.1. El ascenso con la edad a partir de los 55 años se debe a la creciente participación de los pensionistas.

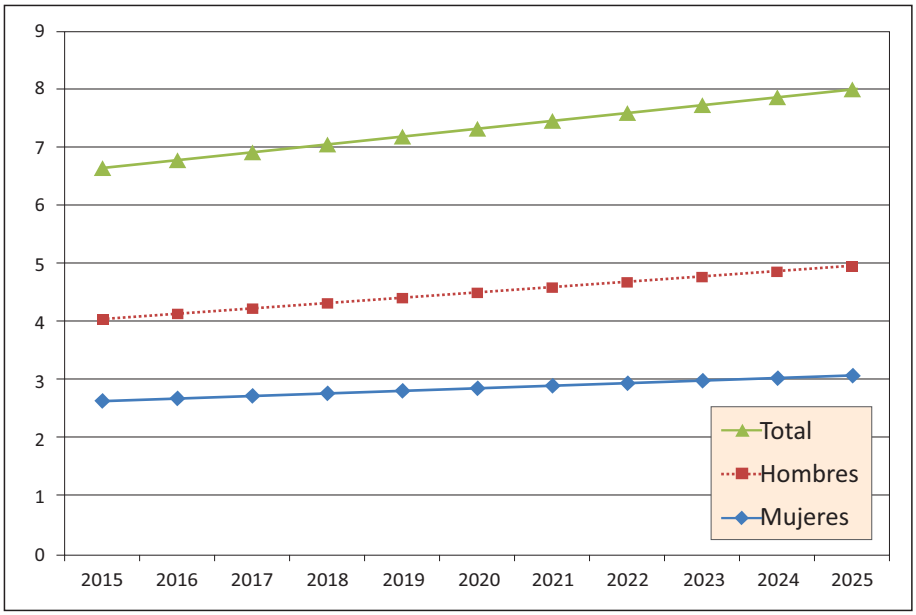
Gráfico 5.1. Proporción de la población peruana, cotizante a EsSalud, según edad y sexo, año 2014 (en %)



Fuente: Elaboración propia, a partir de Tabla A.5.1 del Anexo.

Entre 2015 y 2025 los cotizantes totales aumentarían de 6.5 a 8.0 millones, o 20.3% (equivalente a una tasa anual de 1.9%), casi igual para hombres que para mujeres, por efecto del aumento de la población y su cambio en la estructura por edades (gráfico 5.2).

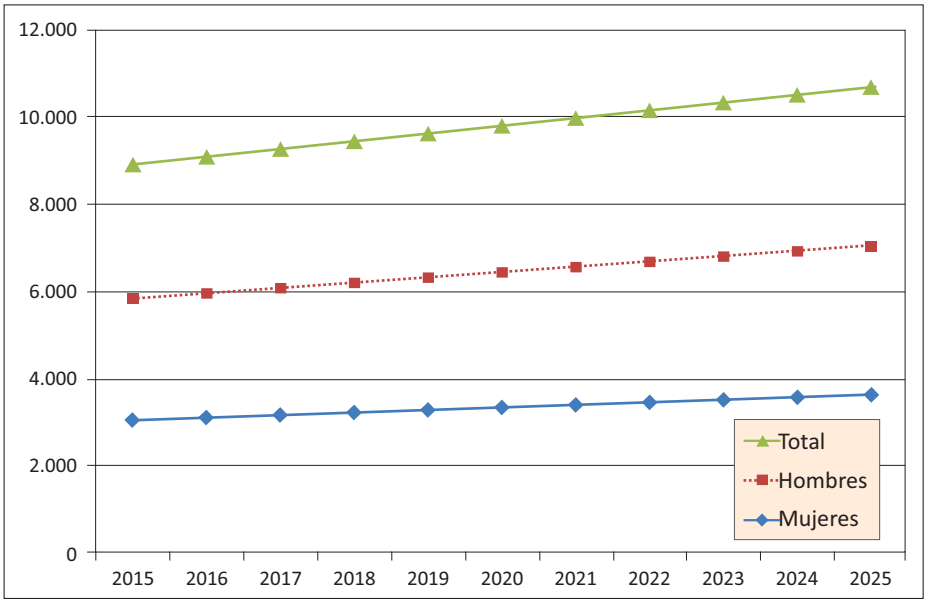
Gráfico 5.2. Evolución de la población cotizante a EsSalud, 2015-2025 (en millones)



Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto, Tabla A.5.2 del Anexo.

Een segundo lugar, se supone que los IMA y los MAP se mantienen constantes por edad y sexo. Sin embargo, dado el cambio composicional entre 2015 y 2025, se produce un incremento global de 9.4% en el IMA y de 2.4% en los MAP. Por último, la TDC aplicada se supone constante en 8.95% hasta los 65 años y en 4.0% a partir de entonces. En consecuencia, las aportaciones totales aumentarían de S/. 8,891 a 10,673 millones, o 20.0% (equivalente a una tasa anual de 1.8%), algo superior para hombres que para mujeres (gráfico 5.3).

Gráfico 5.3. Evolución de la recaudación por aportaciones a EsSalud, 2015-2025 (en millones de S/.)

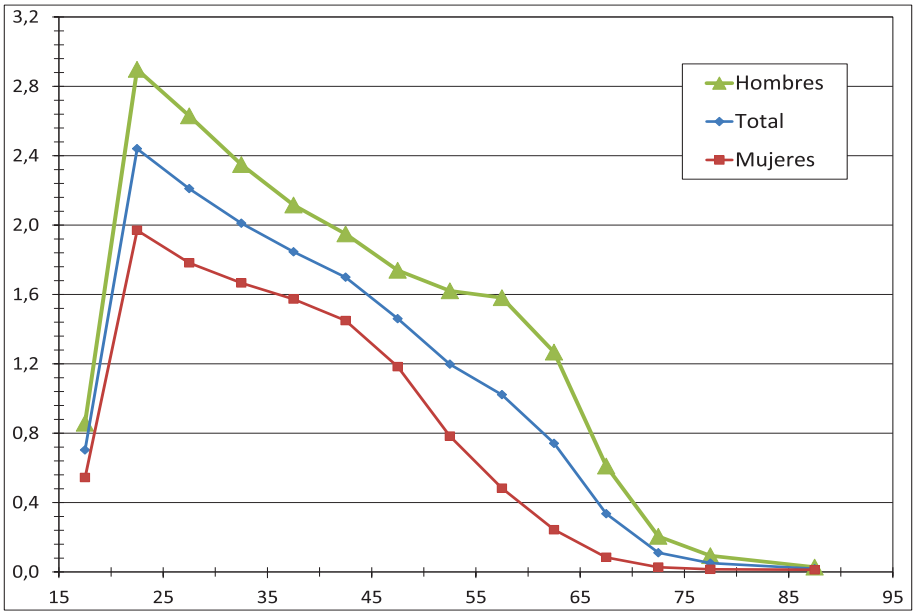


Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto, Tabla A.5.3 del Anexo.

5.1.2. Los ingresos del Seguro de Salud Agrario

Nuevamente se analizan los tres componentes que determinan las aportaciones: número de cotizantes, monto sobre el que contribuyen y TDC aplicada. En primer lugar, se supone constante la proporción cotizante por sexo y grupos de edad estimada para el año 2014, según datos del capítulo 4 ilustrados en el gráfico 5.4. En este caso, el descenso con la edad a partir de los 25 años se debe a la reciente incorporación a este seguro de jóvenes trabajadores.

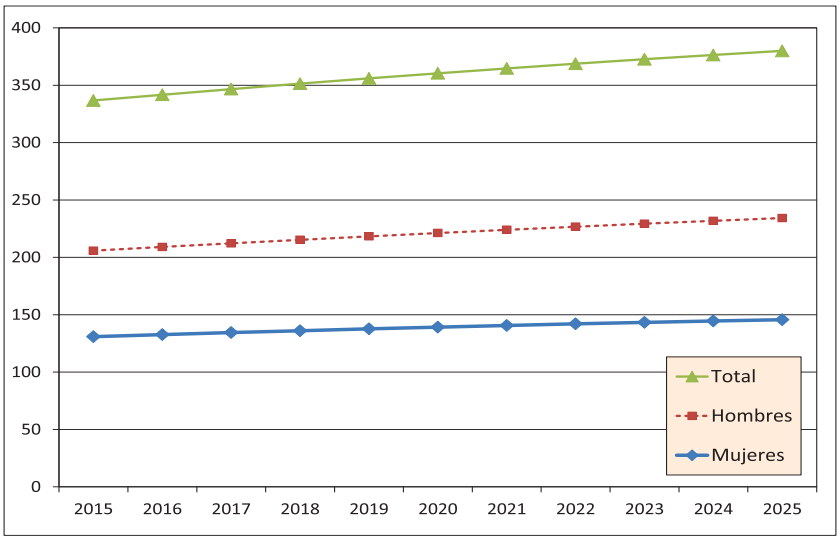
Gráfico 5.4. Proporción de la población peruana, cotizante al SSA, según edad y sexo, año 2014 (en %)



Fuente: Elaboración propia, a partir de Tabla A.5.4 del Anexo.

A pesar del supuesto de participación constante, por efecto del aumento de la población y su cambio en la estructura por edades, entre 2015 y 2025 los cotizantes totales aumentarían de 337 a 380 miles, o 12.8% (equivalente a una tasa anual de 1.2%), levemente superior para hombres que para mujeres (gráfico 5.5).

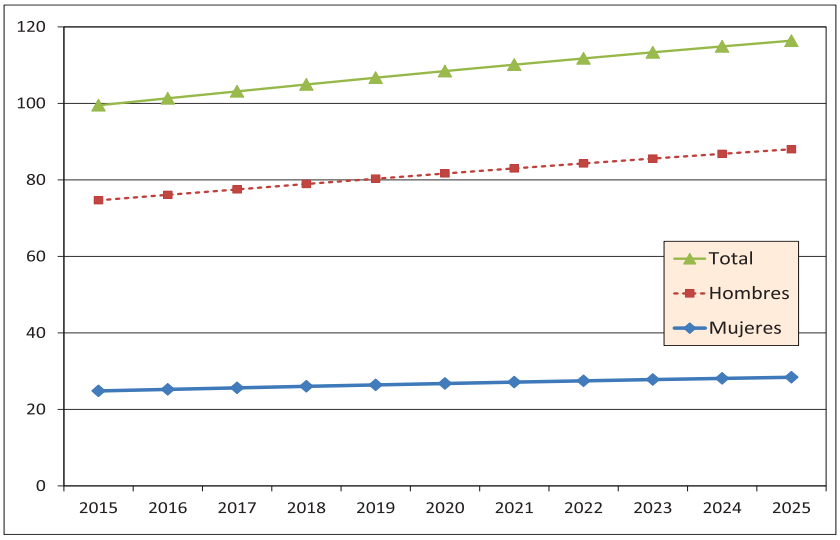
Gráfico 5.5. Evolución de la población cotizante al SSA, 2015-2025 (en miles)



Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto, Tabla A.5.5 del Anexo.

En segundo lugar, se supone que los IMA y los MAP, se mantienen constantes por edad y sexo. Sin embargo, dado el cambio composicional entre 2015 y 2025, se produce un incremento global de 2.4% en IMA y de 1.5% en MAP. Por último, la TDC aplicada se supone constante en 4.0% para todas las edades. En consecuencia, entre 2015 y 2025 las aportaciones totales aumentarían de S/. 100 a 116 millones, o 17.0% (equivalente a una tasa anual de 1.6%), bastante superior para hombres que para mujeres (gráfico 5.6).

Gráfico 5.6. Evolución de la recaudación por aportaciones al SSA, 2015-2025 (en millones de Soles)

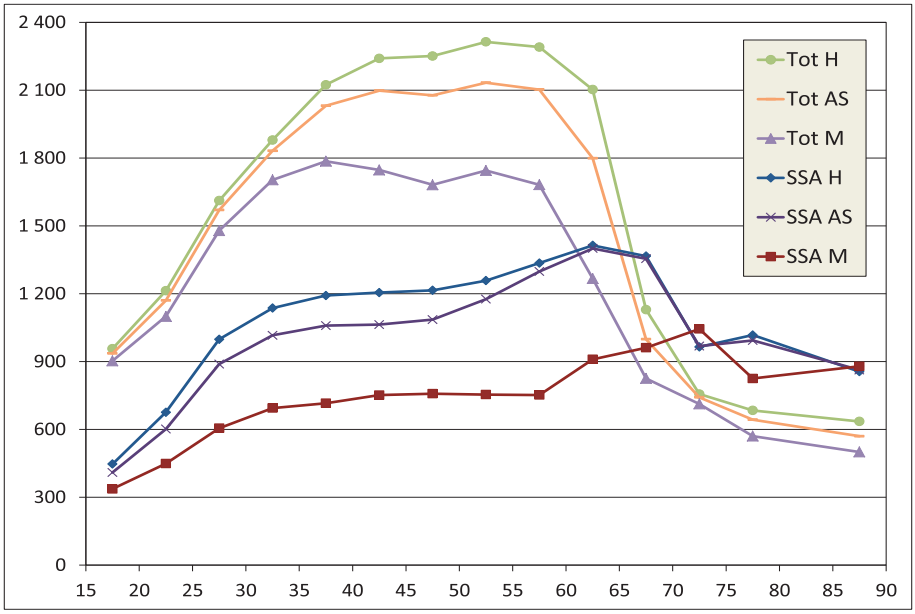


Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto, Tabla A.5.6 del Anexo.

En resumen, la situación y perspectivas de EsSalud respecto a sus ingresos, la del SSA y la del SR (por diferencia) dependen de algunos factores que no suelen ser considerados (como el IMA por edad y sexo que se presentan en el gráfico 5.7) y otros resumidos en el cuadro 5.1.

Los hombres tienen IMA superiores a las mujeres en todas las edades y tanto para EsSalud en su conjunto, como para el SSA. El IMA del SSA es inferior para todas las edades inferiores a 65 años cuando, probablemente, pasa a beneficiarse de no contar con pensionistas de muy bajos ingresos como en el caso del SR (en particular para quienes no acceden a una prestación mínima por estar afiliados al régimen previsional de las AFP).

Gráfico 5.7. Ingreso mensual afecto a EsSalud (IMA), según tipo de seguro, edad y sexo, año 2014 (en Soles)



Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto.

Cuadro 5.1. Indicadores y principales componentes de los ingresos de EsSalud, según tipo de seguro (agrario y regular), 2015-2025

Concepto	EsSalud			SSA			SR		
	2015	2020	2025	2015	2020	2025	2015	2020	2025
Número de cotizantes (en miles)	6 664	7 350	8 020	337	360	380	6 328	6 990	7 640
Edad media (en años)	42,9	43,9	45,0	34,4	34,9	35,5	43,4	44,4	45,5
Proporción > 65 años (en %)	13,1%	14,3%	16,0%	1,0%	1,1%	1,3%	13,7%	15,0%	16,7%
Proporción de mujeres (en %)	39,0%	39,0%	38,9%	38,9%	38,6%	38,3%	39,0%	39,0%	39,0%
Ingreso mensual afecto (IMA) a EsSalud (Soles)	1645	1642	1634	916	927	938	1684	1678	1669
Promedio de meses con aportes en el año	9,9	10,1	10,1	8,0	8,1	8,1	10,0	10,2	10,2
Alícuota estimada (en términos del IMA)	8,2%	8,1%	8,1%	4,0%	4,0%	4,0%	8,2%	8,1%	8,1%
Aportaciones estimadas (en millones de Soles)	8 891	9 809	10 673	100	108	116	8 792	9 701	10 557

Nota: El SR incluye valores no significativos correspondientes a convenios y seguros potestativos.
Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto.

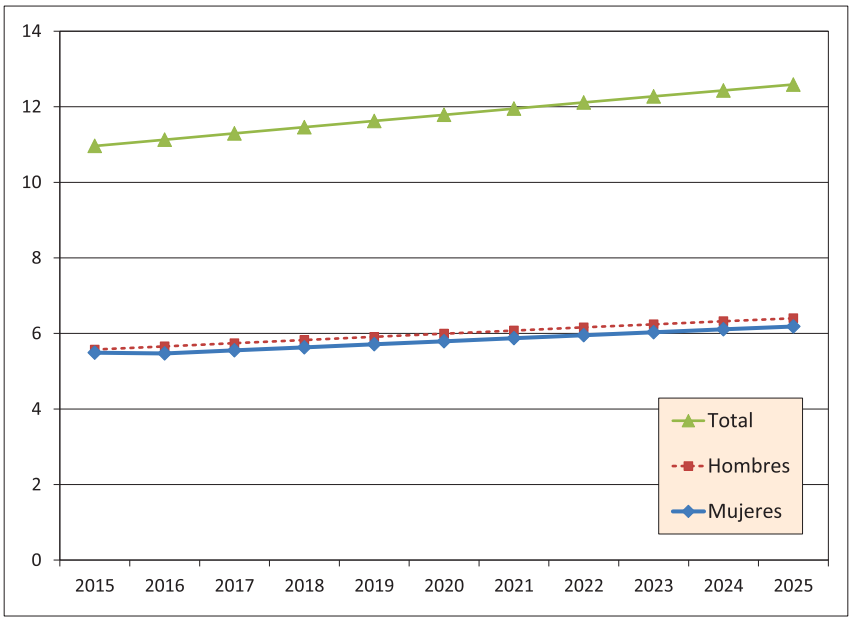
5.1.3. Los egresos de EsSalud

Desde el lado de los egresos, cinco son los componentes que los determinan:

- la población acreditada,
- las tasas de utilización (disponibles sólo para algunas prestaciones) diferenciadas por edad y sexo,
- el costo unitario (y agregado) de dichas prestaciones,
- el acceso a prestaciones económicas por edad y sexo, su costo unitario (y agregado),
- otros egresos no vinculados a salud propiamente dicha.

En primer lugar, se supone constante la proporción de población peruana acreditada por sexo y grupos de edad del año 2014, según datos del capítulo 4. Sin embargo, el efecto del aumento de la población peruana y su cambio en la estructura por edades llevaría a que la población acreditada se incremente 14.8% entre 2015 y 2025.

Gráfico 5.8. Evolución de la población acreditada a EsSalud, 2015-2025 (en millones)



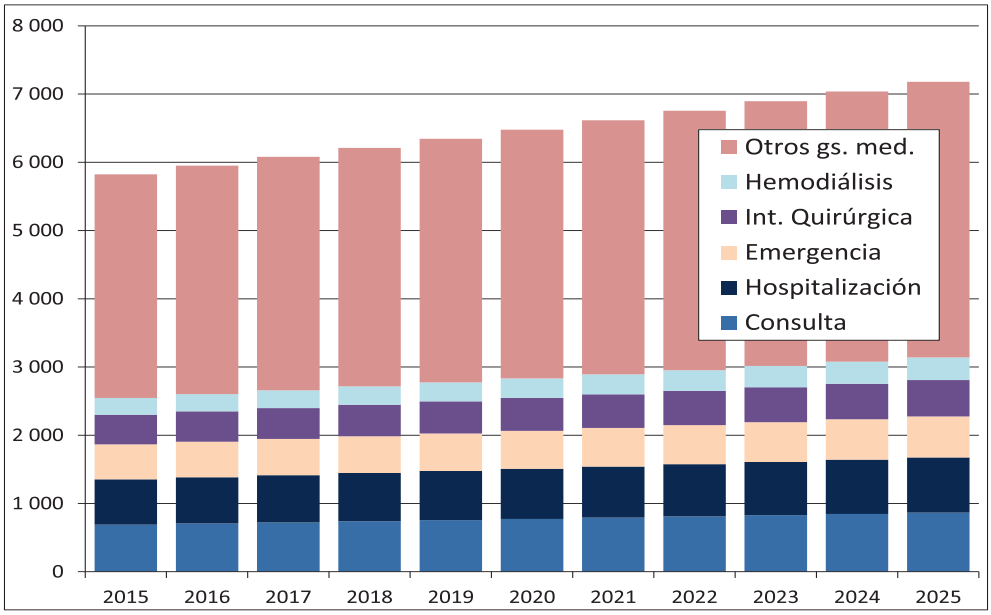
Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto, Tabla A.5.7 del Anexo.

El efecto es aún mayor en las tasas de utilización de las prestaciones: en el mismo período, las consultas aumentarían 25.7%, las hospitalizaciones 21.7%, las emergencias 17.3%, las intervenciones quirúrgicas 22.6%, y las hemodiálisis 35.0%.

Aún bajo el supuesto que los costos unitarios permanecen constantes, a nivel agregado las prestaciones incrementarían sus costos en igual porcentaje. Considerando la participación de cada tipo de prestación, el incremento promediaría 23.3%.

Por último, a falta de datos consistentes que permitan su desagregación por edad y sexo se considera que las otras prestaciones de salud mantendrán un peso proporcional al registrado en el año 2014. Así, entre 2015 y 2025, los costos médicos de EsSalud crecerían, por el sólo efecto demográfico, 23.3%, mientras que los costos per cápita aumentarían 7.3%.

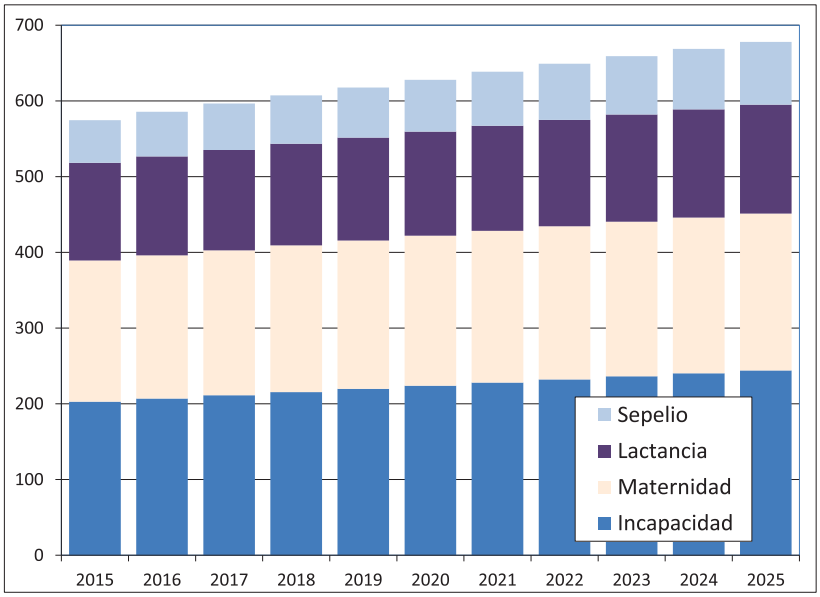
Gráfico 5.9. Estructura de los gastos médicos de EsSalud, 2015-2025 (en millones de soles)



Fuente: Elaboración propia, a partir de Tabla A.5.9 del Anexo.

El efecto de incremento y envejecimiento poblacional es menor en el acceso a las prestaciones económicas: en el mismo período, los subsidios por incapacidad temporal aumentarían 20.4%, por maternidad 11.1%, por lactancia 11.6% y por sepelio 46.9%. Aún bajo el supuesto que los costos unitarios permanecen constantes, a nivel agregado las prestaciones económicas incrementarían sus costos en igual porcentaje. Considerando la participación de cada tipo de prestación, el incremento promediaría 18.0%, mientras que los costos per cápita aumentarían 2.7%.

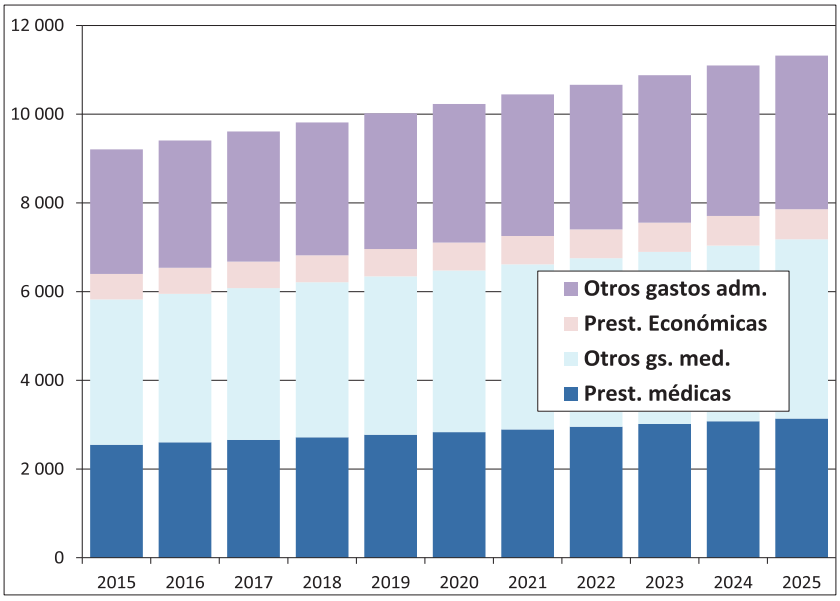
Gráfico 5.10. Estructura de las prestaciones económicas de EsSalud, 2015-2025 (en millones de soles)



Fuente: Elaboración propia, a partir de Tabla A.5.9 del Anexo.

Por último, a falta de datos consistentes que permitan desagregar los otros costos y gastos de administración por edad y sexo, se considera que impactan de manera proporcional a las prestaciones de salud y mantendrían el peso registrado en el año 2014 de 48.2%. En consecuencia, entre 2015 y 2025, los costos totales de EsSalud crecerían, por el sólo efecto demográfico, 23.0%, mientras que los costos per cápita aumentarían 7.0% (gráfico 5.11).

Gráfico 5.11. Proyección de los gastos operativos de EsSalud, 2015-2025 (en millones de soles)



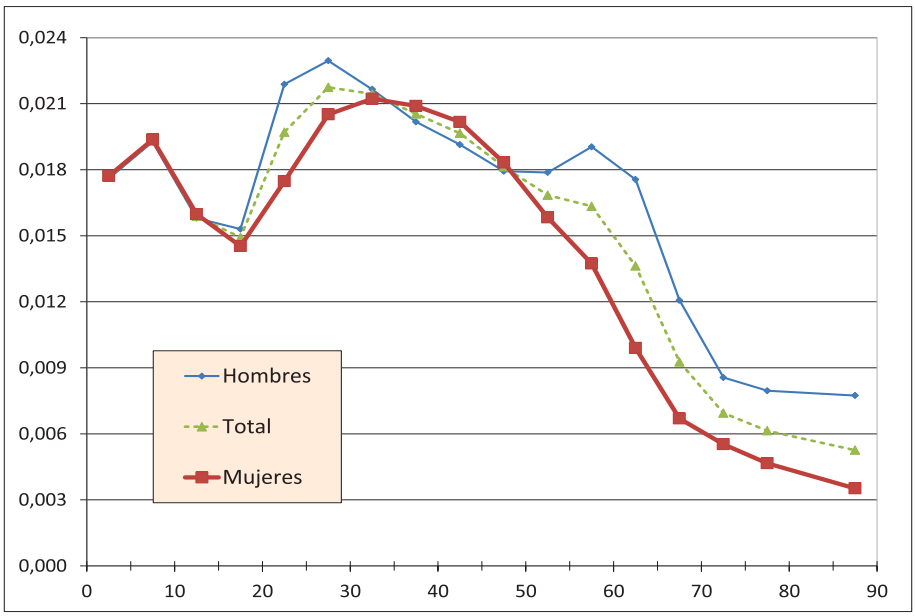
Fuente: Elaboración propia, a partir de Tabla A.5.9 del Anexo.

Obviamente, en la medida que nueva información esté disponible, con el grado de desagregación y consistencia deseable, ella podrá ser incorporada para un análisis más minucioso.

5.1.4. Los gastos del SSA

También para los gastos es importante analizar los componentes que los determinan. En primer lugar, se supone constante la proporción de población peruana acreditada al SSA en el año 2014, por sexo y grupos de edad (gráfico 5.12). Sin embargo, los efectos ya mencionados de aumento y cambio demográfico llevaría a que la población acreditada se incremente 10.5% entre 2015 y 2025.

Gráfico 5.12. Proporción de la población peruana, acreditada al SSA, según edad y sexo, año 2014



Fuente: Elaboración propia, a partir de Tabla A.5.9 del Anexo.

El efecto es aún mayor en las tasas de utilización de las prestaciones de salud: en el mismo período, las consultas aumentarían 19.4%, las hospitalizaciones 15.4%, las emergencias 13.3%, las intervenciones quirúrgicas 17.1%, y las hemodiálisis 31.8%. Aún bajo el supuesto que los costos unitarios permanecen constantes, a nivel agregado las prestaciones incrementarían sus costos en igual porcentaje. Considerando la participación de cada tipo de prestación, el incremento promediaría 16.6%.

El efecto de incremento y envejecimiento poblacional es menor en el acceso a las prestaciones económicas: en el mismo período, los subsidios por incapacidad temporal aumentarían 10.5%, por maternidad 5.3%, por lactancia 6.2% y por sepelio 11.9%. Aún bajo el supuesto que los costos unitarios permanecen constantes, a nivel agregado las prestaciones económicas incrementarían sus costos promedios en 7.9%, mientras que los costos per cápita se reducirían 2.2%.

Por último, se considera que, tanto las otras prestaciones de salud como los gastos administrativos mantendrán un peso proporcional al registrado en el año 2014. En consecuencia, entre 2015 y 2025, los costos del SSA crecerían, por el sólo efecto demográfico, 16.2%, mientras que los costos per cápita aumentarían 5.3%.

El impacto demográfico en sólo una década, tanto para EsSalud en su conjunto como para el SSA, puede apreciarse a través de algunos indicadores que se resumen en el cuadro 5.2. En todos los casos, partiendo de situaciones diferentes, las poblaciones crecen, envejecen (aumentan su edad media y su proporción mayor de 65 años) y se reduce levemente la participación femenina.

Cuadro 5.2. Indicadores demográficos de la población acreditada en EsSalud, según tipo de seguro (agrario y regular), 2015-2025

Concepto	EsSalud			SSA			SR		
	2015	2020	2025	2015	2020	2025	2015	2020	2025
Número de acreditados (en miles)	10 964	11 788	12 589	555	586	613	10 410	11 202	11 976
Edad media (en años)	33,4	34,8	36,3	28,1	29,1	30,2	33,7	35,1	36,6
Proporción > 65 años (en %)	9,1%	10,3%	11,7%	2,6%	3,0%	3,4%	9,5%	10,6%	12,1%
Proporción de mujeres (en %)	51,2%	48,0%	47,9%	51,2%	48,0%	47,9%	51,2%	48,0%	47,9%

Nota: El SR incluye valores no significativos correspondientes a convenios y seguros potestativos.
Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto.

En resumen, la situación de EsSalud respecto a sus costos médicos, la del SSA y la del SR (por diferencia) se presenta en el siguiente cuadro.

Cuadro 5.3.
Escenario base "demográfico". Costos médicos de EsSalud, 2015-25, en moneda constante de 2014

Concepto	Tipo de atención	Año 2015			Año 2025			Dif. relativas 2015-2025		
		Total	Tipo de seguro		Total	Tipo de seguro		Total	Tipo de seguro	
		EsSalud	Agrario	Regular	EsSalud	Agrario	Regular	EsSalud	Agrario	Regular
Costo medios 2014 (S./ por caso)	Consulta	34,19						**0,0%**		
	Hospitalización	1 223,90								
	Emergencia	90,51								
	Int. Quirúrgica	1 724,96								
	Hemodiálisis	191,09								
Miles de atenciones (casos)	Consulta	20 177	739	19 439	25 355	882	24 472	25,7%	19,4%	25,9%
	Hospitalización	543	26	517	661	30	631	21,7%	15,1%	22,0%
	Emergencia	5 658	213	5 445	6 636	241	6 395	17,3%	13,1%	17,4%
	Int. Quirúrgica	252	10	242	309	12	297	22,6%	17,1%	22,8%
	Hemodiálisis	1 282	13	1 269	1 731	17	1 714	35,0%	31,8%	35,1%
	Total	**27 913**	**1 000**	**26 912**	**34 692**	**1 181**	**33 510**	**24,3%**	**18,1%**	**24,5%**
Costo agregado (millones S./)	Consulta	690	25	665	867	30	837	25,7%	19,4%	25,9%
	Hospitalización	665	32	633	809	36	772	21,7%	15,1%	22,0%
	Emergencia	512	19	493	601	22	579	17,3%	13,1%	17,4%
	Int. Quirúrgica	435	17	418	533	20	513	22,6%	17,1%	22,8%
	Hemodiálisis	245	2	243	331	3	328	35,0%	31,8%	35,1%
	Total	**2 547**	**96**	**2 451**	**3 140**	**112**	**3 028**	**23,3%**	**16,6%**	**23,6%**
Costo médico estimado (millones S./)		**5 823**	219	5 604	**7 180**	256	6 924	***23,3%***	16,6%	23,6%
Asegurados acreditados (millones)		**11,0**	0,6	10,4	**12,6**	0,6	12,0	**14,9%**	**10,3%**	**15,1%**
Costo total por acreditado (S./)		**530**	398	**537**	**568**	**421**	**576**	**7,3%**	**5,7%**	**7,3%**

Nota: El SR incluye valores no significativos correspondientes a convenios y seguros potestativos.
Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto.

Las perspectivas de EsSalud respecto a las prestaciones económicas, del SSA y del SR (por diferencia) se presentan en el cuadro 5.4.

Cuadro 5.4.
Escenario base "demográfico". Prestaciones económicas, 2015-25, en moneda constante de 2014

Concepto	Tipo de atención	Año 2015			Año 2025			Dif. relativas 2015-2025		
		Total EsSalud	Tipo de seguro		Total EsSalud	Tipo de seguro		Total EsSalud	Tipo de seguro	
			Agrario	Regular		Agrario	Regular		Agrario	Regular
Montos medios 2014 (S./ por subsidio)	Incapacidad	1 616,67						**0,0%**		
	Maternidad	4 445,66								
	Lactancia	820,00								
	Sepelio	2 056,00								
Prestaciones económicas (Miles de subsidios)	Incapacidad	125	5	120	151	6	145	20,4%	10,5%	20,8%
	Maternidad	42	1	41	47	1	45	11,1%	5,3%	11,2%
	Lactancia	157	8	149	175	9	167	11,6%	6,2%	11,9%
	Sepelio	27	0	27	40	0	40	46,9%	11,9%	47,2%
	Total	**352**	**15**	**337**	**413**	**16**	**397**	**17,4%**	**7,8%**	**17,8%**
Prestaciones económicas (millones S./)	Incapacidad	203	9	194	244	10	234	20,4%	10,5%	20,8%
	Maternidad	186	5	181	207	5	202	11,1%	5,3%	11,2%
	Lactancia	129	7	122	144	7	137	11,6%	6,2%	11,9%
	Sepelio	56	0	56	83	0	82	46,9%	11,9%	47,2%
	Total	**575**	**21**	**553**	**678**	**23**	**655**	**18,0%**	**7,9%**	**18,4%**
Asegurados acreditados (millones)		**11,0**	0,6	10,4	**12,6**	0,6	12,0	**14,9%**	**10,3%**	**15,1%**
Prestaciones económicas por acreditado (S./)		**52**	**38**	**53**	**54**	**38**	**54**	**2,7%**	**-2,2%**	**2,8%**

Nota: El SR incluye valores no significativos correspondientes a convenios y seguros potestativos.
Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto.

5.1.5. Los resultados de EsSalud

Para el escenario base, se optó por simular sólo el efecto demográfico, es decir los cambios producto del crecimiento y cambio de estructura de la población. Así, se mantienen constantes (por edad y sexo) las proporciones de población cotizante y acreditada, los IMA y los MAP, la TDC aplicada, las tasas de utilización de cinco prestaciones de salud y las cuatro prestaciones económicas, los costos medios unitarios de cada una de ellas y las proporciones de otras prestaciones médicas y gastos de administración.

Ingresos y gastos fueron analizados previamente por separado, por lo que en el cuadro 5.5 se resumen los principales resultados. EsSalud arrojaría en el año 2015 pérdidas que representarían cerca de S/. 315 millones o 3.5% de las aportaciones esperadas; para el año 2025, las pérdidas aumentarían a S/. 648 millones o 6.1% de las aportaciones.

Claramente, el SSA no es autosustentable y se beneficia de la solidaridad del sistema, a pesar de

tener menos gasto por acreditado, presenta niveles muy reducidos de ingresos (por la menor tasa de cotización y el menor IMA de sus trabajadores). La participación del SSA en el resultado total se reduciría de 78% en 2015 a 44% en 2025.

El resultado negativo de EsSalud equivale a S/. 29 por afiliado acreditado y aumentaría leve y gradualmente con el paso del tiempo.

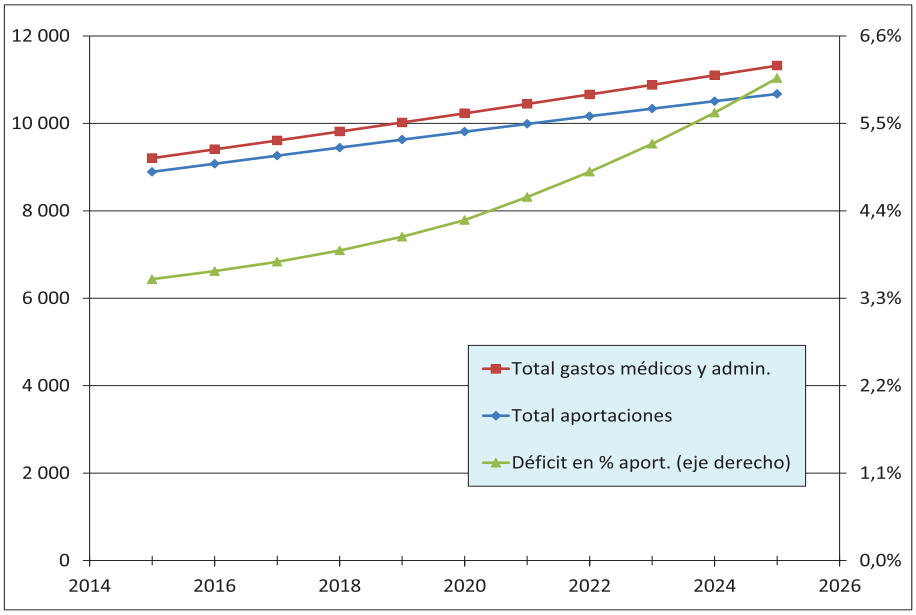
Cuadro 5.5.
Escenario base "demográfico". Resultado de EsSalud, 2015-25, en moneda constante de 2014

Concepto	Unidad	Año 2015			Año 2025			Dif. relativas 2015-2025		
		Total EsSalud	Tipo de seguro		Total EsSalud	Tipo de seguro		Total EsSalud	Tipo de seguro	
			SSA	SR		SSA	SR		SSA	SR
Ingreso total estimado	Millones de Soles	**8 891**	100	8 792	**10 673**	116	10 557	**20,0%**	17,0%	20,1%
Total gastos salud y admin.		**9 206**	346	8 860	**11 321**	403	10 918	**23,0%**	16,5%	23,2%
Resultado estimado		**- 315**	- 246	- 68	**- 648**	- 287	- 361	**105,8%**	16,3%	429,3%
Resultado estimado	sobre ingresos	**-3,5%**	-248%	-1%	**-6,1%**	-246%	-3%	**71,5%**		
Ingreso por cotizante	Soles per cápita	**1 334**	296	1 389	**1 331**	306	1 382	**-0,3%**	3,7%	-0,6%
Ingreso por acreditado		**809**	181	842	**845**	192	878	**4,5%**	6,0%	4,3%
Costos por acreditado		**838**	628	849	**896**	664	908	**7,0%**	5,6%	7,0%
Resultado por acreditado		**-29**	-448	-7	**-51**	-472	-30	**79,1%**	5,4%	359,6%

Nota: El SR incluye valores no significativos correspondientes a convenios y seguros potestativos.
Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto.

La similar evolución de ingresos y gastos, a lo largo de la década, y el creciente deterioro de los resultados se presenta en el gráfico 5.13.

Gráfico 5.13. Evolución de las variables financieras de EsSalud, 2015-2025 (en millones de soles y en % de las aportaciones)



Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto.

5.2. Los costos de mantener la innovación tecnológica médica

En este escenario se reconocen los costos crecientes en tecnología médica ("inflación médica"), cuya deseable incorporación incrementaría la necesidad de recursos. El supuesto adoptado se basa en registros históricos y valores usados para proyecciones correspondientes a Canadá (entre otras), donde los gastos reales per cápita aumentan alrededor del 3% anual (Brimacombe y otros, 2001).

Dado que en este escenario no se incluyen aumentos salariales reales, se adoptó un crecimiento anual de costos del 2%, suponiendo que no se producen cambios en las cantidades de atenciones ni cómo se brindan cuidados de salud, mientras que los pacientes no aumentarían ni disminuirían su "consumo" de servicios sanitarios. Los mismos autores no juzgan si la introducción de dichas innovaciones podría generar ahorros netos para el sistema.

Los resultados de incorporar(o mantener) nuevas tecnologías generarían la necesidad gradual de contar con recursos adicionales, tal como se presenta en el cuadro 5.6.

Cuadro 5.6.
Escenario alternativo manteniendo tecnología. Resultado de EsSalud, 2015-25, millones de S/. de 2014

Concepto	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Aportaciones base	8 891	9 076	9 261	9 445	9 628	9 809	9 988	10 165	10 338	10 507	10 673
Costo y gasto admin. base	9 206	9 406	9 609	9 814	10 021	10 229	10 445	10 662	10 880	11 099	11 321
Resultado base	**- 315**	**- 330**	**- 348**	**- 368**	**- 392**	**- 420**	**- 457**	**- 497**	**- 542**	**- 592**	**- 648**
> Costos médicos	- 184	- 380	- 588	- 809	- 1 043	- 1 291	- 1 553	- 1 830	- 2 123	- 2 431	- 2 755
Resultado Neto > costos	**- 499**	**- 710**	**- 936**	**- 1 177**	**- 1 435**	**- 1 711**	**- 2 010**	**- 2 327**	**- 2 664**	**- 3 023**	**- 3 403**
Aumento IMA necesario	5,6%	7,8%	10,1%	12,5%	14,9%	17,4%	20,1%	22,9%	25,8%	28,8%	31,9%
TDC necesaria	8,6%	8,8%	9,0%	9,2%	9,4%	9,5%	9,8%	10,0%	10,2%	10,4%	10,6%

Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto.

En este escenario, que reconoce gastos necesarios adicionales, se incorporan los cambios demográficos del escenario base y el impacto financiero de aprovechar las innovaciones médicas tecnológicas. En ausencia de restricción presupuestaria y/o manteniendo la calidad de servicios constante, este escenario sería el más plausible. A lo largo de la década, las aportaciones debieran incrementarse en promedio 18%, lo que es equivalente a 1.4% del ingreso afecto a EsSalud: todos los cotizantes tendrían que incrementar su TDC 1.4 pp., de 8.2% a 9.6%.

5.3. Los costos de mejorar servicios (camas por asegurado)

Para evaluar el desempeño alcanzado en el año 2014 respecto de 2013 y de lo programado, así como para establecer metas cuantitativas para 2015, EsSalud (2015_03) eligió ocho indicadores. Entre ellos surge que el tiempo de espera para intervención quirúrgica logró reducirse de 109.7 días a 58.8, aunque la meta es de 45.

Para 2015 se presupuesta aumentar los proyectos de inversión de S/. 75.9 a 228.3 millones (destacándose la nueva emergencia de Lima metropolitana, Rebagliati) y disponer de 256 nuevas camas (Abancay, Rebagliati e INCOR). En este sentido, EsSalud (2015_06) identifica necesidades de inversión a partir de la brecha que surge de comparar indicadores internacionales de camas hospitalarias por cada diez mil habitantes (Cuba 51, EEUU 30, Brasil 23, México 17, Perú 15 y Bolivia 11) con la oferta de 9 por parte de EsSalud.

Para alcanzar el valor de Perú, la brecha estimada es de 8 mil camas en 2015 y 13 mil en 2021. La inversión necesaria se distribuye en 8,680 camas en hospitales de Nivel II y 4,245 en hospitales de Nivel III que demandarían un total de S/. 16,289 millones (que a efectos ilustrativos se supone amortizables en once años), a los que debe sumarse S/. 5,176 millones anuales por costos de operación y mantenimiento.

En consecuencia, resulta conveniente mostrar los resultados esperados incorporando las mayores inversiones planeadas (específicamente en la necesidad de extender la oferta de camas disponibles), para mostrar el gradual impacto que ello generaría, es decir la necesidad de contar con significativos recursos adicionales (Cuadro 5.7).

Cuadro 5.7.

Escenario alternativo con mayor inversión. Resultado de EsSalud, 2015-25, millones de S/. de 2014

Concepto	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Total aportaciones	8 891	9 076	9 261	9 445	9 628	9 809	9 988	10 165	10 338	10 507	10 673
Total costos y gastos admin.	9 206	9 406	9 609	9 814	10 021	10 229	10 445	10 662	10 880	11 099	11 321
Resultado base	**- 315**	**- 330**	**- 348**	**- 368**	**- 392**	**- 420**	**- 457**	**- 497**	**- 542**	**- 592**	**- 648**
Amortización inversión total	- 1 481	- 1 481	- 1 481	- 1 481	- 1 481	- 1 481	- 1 481	- 1 481	- 1 481	- 1 481	- 1 481
Costo operación y mantenimiento	- 5 176	- 5 176	- 5 176	- 5 176	- 5 176	- 5 176	- 5 176	- 5 176	- 5 176	- 5 176	- 5 176
Resultado con inversión	**- 6 972**	**- 6 987**	**- 7 005**	**- 7 025**	**- 7 049**	**- 7 077**	**- 7 114**	**- 7 154**	**- 7 199**	**- 7 249**	**- 7 305**
Aumento IMA necesario	78,4%	77,0%	75,6%	74,4%	73,2%	72,1%	71,2%	70,4%	69,6%	69,0%	68,4%
TDC necesaria	14,6%	14,5%	14,3%	14,2%	14,1%	14,0%	13,9%	13,8%	13,7%	13,7%	13,6%

Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto.

En el escenario base se partió de sólo incorporar cambios demográficos, mientras que aquí se optó por contemplar el impacto de satisfacer necesidades de inversión identificadas. A lo largo de la década, las aportaciones (o los IMA) debieran incrementarse en promedio 73%, lo que es equivalente a 5.9% del ingreso afecto a EsSalud: todos los cotizantes tendrían que incrementar su TDC 5.9 pp., por lo que la TDC promedio efectiva de 2014 (8.2%) debería elevarse a 14.0%.

5.4. Mejoras en la formalidad laboral

En este escenario se incorpora un aumento del número de contribuyentes de EsSalud a partir de mejoras en la formalidad laboral. Cabe destacar que al considerar 2% anual de nuevas afiliaciones, éstas también incrementan costos por su atención y la de sus derechohabientes. Se supone que cada nuevo cotizante ingresa con las mismas características que los vigentes en 2014 (misma distribución por edad, sexo, tipo de seguro, IMA y MAP), y con el mismo promedio registrado de carga de familia (0.26 cónyuges y 0.55 hijos).[22] Adoptar este supuesto implica que ingresos y gastos crecen en forma proporcional. Los resultados de este escenario se presentan en el cuadro 5.8.

[22]Ver Tabla A.5.12 del Anexo.

Cuadro 5.8
Escenario alternativo con más cotizantes. Resultado de EsSalud, 2015-25, millones de S/. de 2014

Concepto	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Aportaciones base	8 891	9 076	9 261	9 445	9 628	9 809	9 988	10 165	10 338	10 507	10 673
Costo y gasto admin. base	9 206	9 406	9 609	9 814	10 021	10 229	10 445	10 662	10 880	11 099	11 321
Resultado base	**- 315**	**- 330**	**- 348**	**- 368**	**- 392**	**- 420**	**- 457**	**- 497**	**- 542**	**- 592**	**- 648**
Aportación por > cotizantes	178	367	567	779	1 002	1 238	1 485	1 745	2 017	2 301	2 598
Costo atención nuevos acred.	- 175	- 362	- 559	- 768	- 988	- 1 221	- 1 465	- 1 722	- 1 991	- 2 274	- 2 569
Resultado Neto > cotizantes	**- 312**	**- 325**	**- 340**	**- 358**	**- 378**	**- 403**	**- 437**	**- 474**	**- 517**	**- 565**	**- 619**
Aumento IMA necesario	3,5%	3,6%	3,7%	3,8%	3,9%	4,1%	4,4%	4,7%	5,0%	5,4%	5,8%
TDC necesaria	8,5%	8,5%	8,4%	8,4%	8,4%	8,4%	8,4%	8,4%	8,4%	8,4%	8,4%

Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto.

En el escenario base se partió de sólo incorporar cambios demográficos, mientras que aquí se optó por contemplar el impacto de lograr graduales aumentos de la cobertura, considerando también los mayores costos de atención que se generan. A lo largo de la década, las aportaciones se incrementarían en promedio alrededor del 13% y los costos otro tanto; para permanecer en equilibrio, las aportaciones (o los IMA) debieran incrementarse en promedio 4.3%, lo que es equivalente a 0.3% del ingreso afecto a EsSalud: todos los cotizantes tendrían que incrementar su TDC 0.3 pp., por lo que la TDC promedio efectiva de 2014 (8.2%) debería elevarse a 8.4%.

5.5. Mejoras en el ingreso afecto a EsSalud

Como ya se mencionara, además de sufrir la pérdida generada por la exoneración de las gratificaciones, EsSalud debería promover la posibilidad de reducir algunas de las restantes exoneraciones vigentes para incrementar los recursos disponibles. Cabe mencionar, por ejemplo, que docentes y profesionales de la salud sólo aportan por el 65% de su salario, por lo que sus IMA podrían crecer 54% sin cambios en su salario nominal. Suponiendo mejoras del 2% anual en el IMA promedio, a lo largo de la década, las aportaciones se incrementarían en promedio alrededor del 13%, lo que permitiría reducir la TDC promedio 0.6%, de 8.2% a 7.6%. Los resultados esperados se presentan en el cuadro 5.9.

Cuadro 5.9

Escenario alternativo con mayor ingreso afecto a EsSalud. Resultado 2015-25, millones de S/. de 2014

Concepto	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Aportaciones base	8 891	9 076	9 261	9 445	9 628	9 809	9 988	10 165	10 338	10 507	10 673
Costo y gasto admin. base	9 206	9 406	9 609	9 814	10 021	10 229	10 445	10 662	10 880	11 099	11 321
Resultado base	**- 315**	**- 330**	**- 348**	**- 368**	**- 392**	**- 420**	**- 457**	**- 497**	**- 542**	**- 592**	**- 648**
Aportación por > IMA (2% anual)	178	367	567	779	1 002	1 238	1 485	1 745	2 017	2 301	2 598
Resultado Neto > IMA	**- 137**	**36**	**219**	**410**	**610**	**817**	**1 028**	**1 248**	**1 475**	**1 709**	**1 950**
Aumento IMA necesario	1,5%	-0,4%	-2,4%	-4,3%	-6,3%	-8,3%	-10,3%	-12,3%	-14,3%	-16,3%	-18,3%
TDC necesaria	8,3%	8,1%	8,0%	7,8%	7,7%	7,5%	7,4%	7,3%	7,1%	7,0%	6,9%

Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto.

5.6. Escenario integrado

Adicionalmente, en este escenario se incorporan los cambios demográficos del escenario base, la inflación médica y el impacto conjunto de lograr graduales aumentos (2% anual) de la cobertura (cotizantes / población) y del IMA, considerando también los mayores costos de atención que se generan para los nuevos acreditados. A lo largo de la década, las aportaciones y los costos totales se incrementarían en promedio alrededor del 29%; para permanecer en equilibrio, los IMA debieran incrementarse en promedio 4.3% o todos los cotizantes tendrían que incrementar su TDC 0.26 pp., por lo que la TDC promedio efectiva de 2014 (8.18%) debería elevarse a 8.44%. Los resultados de este escenario se presentan en el cuadro 5.10.

Cuadro 5.10

Escenario alternativo integrado. Resultado 2015-25, millones de S/. de 2014

Concepto	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Aportaciones base	8 891	9 076	9 261	9 445	9 628	9 809	9 988	10 165	10 338	10 507	10 673
Costo y gasto admin. base	9 206	9 406	9 609	9 814	10 021	10 229	10 445	10 662	10 880	11 099	11 321
Resultado base	**- 315**	**- 330**	**- 348**	**- 368**	**- 392**	**- 420**	**- 457**	**- 497**	**- 542**	**- 592**	**- 648**
Aportación por > cot. y > IMA	359	748	1 168	1 621	2 109	2 631	3 191	3 789	4 427	5 106	5 827
Costo atención nuevos acred.	- 175	- 362	- 559	- 768	- 988	- 1 221	- 1 465	- 1 722	- 1 991	- 2 274	- 2 569
> Costos atención salud	- 188	- 395	- 622	- 872	- 1 146	- 1 445	- 1 771	- 2 126	- 2 511	- 2 929	- 3 380
Resultado Neto global	**- 319**	**- 339**	**- 361**	**- 387**	**- 418**	**- 454**	**- 502**	**- 556**	**- 617**	**- 688**	**- 770**
Aumento IMA necesario	3,6%	3,7%	3,9%	4,1%	4,3%	4,6%	5,0%	5,5%	6,0%	6,5%	7,2%
TDC necesaria	8,5%	8,5%	8,4%	8,4%	8,4%	8,4%	8,4%	8,4%	8,4%	8,4%	8,4%

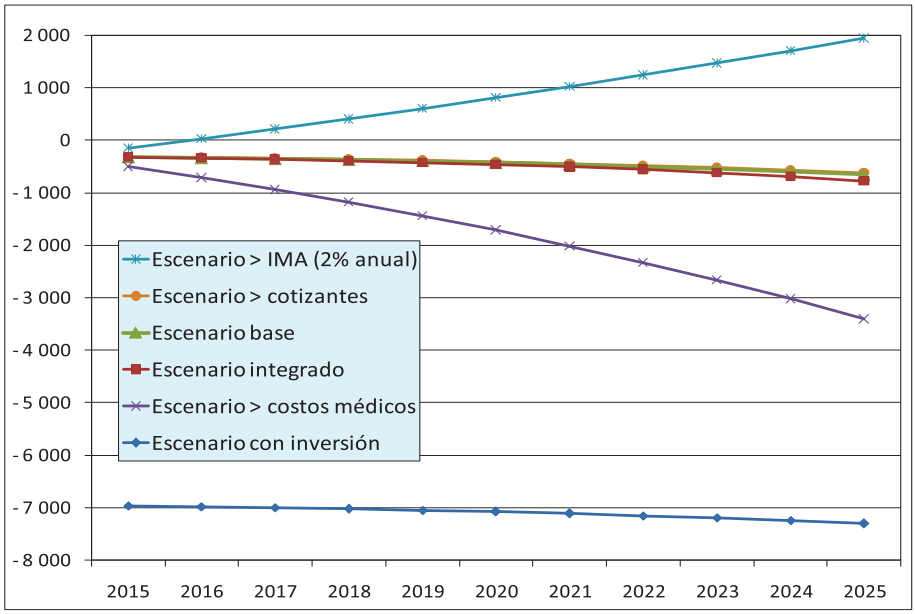
Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto.

5.7. Principales hallazgos

Tras analizar diversas variables que componen y afectan la evolución de los resultados esperados de EsSalud, es conveniente resumir los distintos escenarios considerados.

En el escenario demográfico base los resultados se mantendrían muy cerca del equilibrio dada la restricción de presupuestar los gastos de acuerdo con los recursos esperados. El crecimiento poblacional tendería a compensar mayores ingresos y mayores gastos, con tendencia decreciente muy leve dado el proceso de envejecimiento. Su comparación con los restantes escenarios se presenta en el gráfico 5.14.

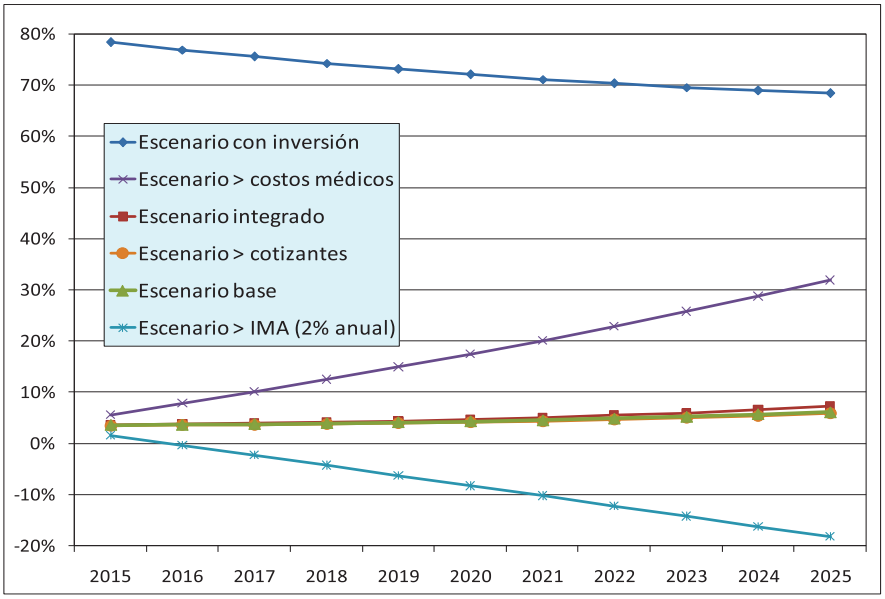
Gráfico 5.14. Evolución del resultado financiero de EsSalud, escenarios alternativos años 2015-2025 (en millones de soles de 2014)



Fuente: Cuadros 5.5 a 5.10.

Otra manera de considerar los resultados es en términos del IMA que permitiría equilibrar gastos y recursos en los distintos escenarios, tal como se presenta en el gráfico 5.15. En el escenario base, el IMA debería aumentar 4.5%; en el escenario con mayores costos que acompañe el mantenimiento de las innovaciones tecnológicas (inflación médica), requeriría un aumento promedio de 18%; lograr graduales aumentos de la cobertura y del IMA permitiría reducir el IMA 21%, en los tres casos con tendencia creciente. Por su parte, en el escenario con las inversiones identificadas como necesarias el IMA debería aumentar 73%, con tendencia decreciente.

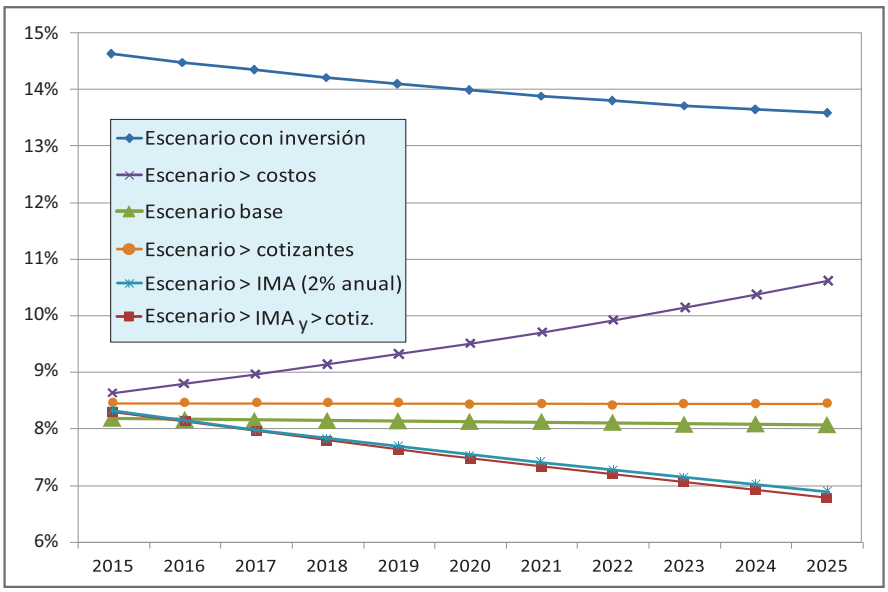
Gráfico 5.15. Variación necesaria del ingreso afecto a EsSalud (en %) para mantener el equilibrio financiero, escenarios alternativos 2015-2025



Fuente: Cuadros 5.5 a 5.10.

Otra manera de considerar los resultados es en términos de la TDC que permitiría equilibrar gastos y recursos en los distintos escenarios, tal como se presenta en el gráfico 5.16. En el escenario base la TDC debería aumentar a 8.5%; en el escenario con las inversiones identificadas como necesarias sería 14.0%; lograr graduales aumentos del IMA implicaría poder reducirla a 7.5%, en los tres casos con tendencia decreciente. Por su parte, el escenario con mayores costos que acompañen el mantenimiento de las innovaciones médicas requeriría una TDC promedio de 9.6%, con tendencia creciente.

Gráfico 5.16. Tasa de cotización necesaria para mantener el equilibrio financiero (en % del IMA), escenarios alternativos 2015-2025



Fuente: Cuadros 5.5 a 5.10.

Como ya se dijera en el capítulo 4, las proyecciones actuariales no son pronósticos para “acertar el futuro”, sino que permiten evaluar sus perspectivas, dadas ciertas hipótesis razonables sobre la evolución a mediano plazo de algunas variables determinantes. Las proyecciones permiten evaluar el impacto sobre la cobertura y el financiamiento de hipótesis alternativas y/o de reformas a la normativa vigente y constituyen un primer paso para un debate sustentado y de mayor profundidad, como el que EsSalud se propone impulsar.

CAPÍTULO 6.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se presentan las principales conclusiones y recomendaciones que se desprenden del estudio, no sólo del análisis cuantitativo, sino también de entrevistas realizadas a funcionarios de alto nivel de EsSalud y de otras instituciones nacionales que tienen relación con las funciones de esta entidad.

6.1. Valuación actuarial y perspectivas de EsSalud

El estudio estableció y modeló por un lado, los cuatro componentes que determinan los ingresos por aportaciones para el SR y el SSA: número de cotizantes, monto sobre el que contribuyen (función de IMA y MAP, por edad y sexo) y TDC aplicada. Por el otro, los seis componentes que determinan los egresos son: la población acreditada, las tasas de utilización (sólo disponibles para cinco tipos de atención) por edad y sexo, el costo unitario (y agregado) de dichas prestaciones, el acceso a cuatro prestaciones económicas por edad y sexo, su costo unitario (y agregado), otros egresos no vinculados a salud propiamente dicha.

De la proyección demográfica y financiera, surge que si las condiciones en que viene operando EsSalud (inercia pasada) continúan en el futuro, junto al crecimiento y envejecimiento poblacional, se observarán crecientes resultados financieros deficitarios. Dado el estricto manejo presupuestal que adopta la Institución y que refleja un forzado equilibrio financiero, estos déficits se manifestarán a través de un deterioro creciente de la calidad y oportunidad de los servicios prestados. Si esta situación continúa, se verá sin duda afectada la confianza que la población asegurada tiene con EsSalud.

En el escenario con costos que acompañen el mantenimiento de la tecnología médica se requeriría, para equilibrar gastos y recursos, un aumento promedio de 18% del IMA o una TDC promedio de 9.6% con tendencia creciente. En el escenario con las inversiones identificadas como necesarias, el IMA debería aumentar 73% o la TDC elevarse a 14.0%.

Con objeto de asegurar una situación de equilibrio financiero y avanzar gradualmente hacia un esquema de prestaciones con calidad y oportunidad, es necesario actuar simultáneamente abordando los diversos aspectos que inciden en el desempeño del sistema de seguridad social en salud: incremento de cobertura tanto horizontal como vertical, mejorar la gestión (procesos de afiliación, acreditación, recaudación, inspección, inteligencia de información), estandarizar el ingreso afecto, entre otros.

Para contener y eventualmente revertir la tendencia deficitaria estimada, es necesario adoptar una estrategia integral, con planes de acción coherentes y coordinados en varios ámbitos: evaluación y ajuste constante de políticas y prácticas de recaudación, cobertura, control y afiliación, inversión en sistemas de información, modelo de gestión administrativo y prestacional, coordinación con organizaciones externas, fomento de cambios normativos, etc. Estos planes deberán contener metas específicas, responsables de su implementación, indicadores de avance y mecanismos de

seguimiento. Las organizaciones de trabajadores, de empleadores, y el mismo gobierno deberían participar activamente en este proceso a través del Consejo Directivo de EsSalud.

Es altamente recomendable la realización de un diálogo nacional informado con participación pluri-institucional, incluido el Congreso de la República y de los actores sociales, con objeto de lograr la voluntad política y el compromiso para asegurar el cumplimiento de los objetivos planteados en los planes de acción.

6.2. Cobertura de salud en el Perú (fragmentaria e insuficiente)

El sistema de salud del Perú se caracteriza por un elevado grado de fragmentación. Existen varios subsistemas de salud operando en forma simultánea (EsSalud, MINSA a través del SIS, EPS, Fuerzas Armadas, etc.) y con niveles totalmente insuficientes de coordinación y coherencia en sus acciones. Lo anterior, aunado al hecho de que la legislación actual no define suficientemente los niveles de coordinación necesarios para orientar las acciones conjuntas del sistema, impide el manejo de economías de escala y es fuente de inequidades e ineficiencias.

La población contribuyente a EsSalud es el 65% de la población asalariada del país (obligada a cotizar a la Seguridad Social). EsSalud tiene un margen importante del 35% para extender la cobertura y acercarse al cumplimiento del principio de universalidad. Además, EsSalud sólo cubre al 29% del total de la Población Económicamente Activa (PEA), síntoma de los altos niveles de informalidad que tiene el país (MTPE, 2013).

EsSalud opera bajo un enfoque orientado a lo curativo, invirtiendo importantes recursos en este tipo de acciones (para ejemplificarlo, EsSalud tiene 1.6 médicos especialistas por cada médico general). Perú enfrenta el reto, en parte debido a la transición demográfica, del incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y las causas externas de muerte, las que requieren de tratamientos más prolongados y más costosos.

EsSalud presenta importantes brechas de recursos asistenciales (médicos, enfermeras, camas de hospitalización, etc.), cuyos indicadores (por ejemplo, camas hospitalarias por habitante) se encuentran muy por debajo del promedio nacional, lo que ocasiona que los afiliados a EsSalud no reciban un servicio oportuno y de calidad. Asimismo, al interior de la Institución hay diferencias importantes en la disposición de recursos asistenciales tanto físicos como humanos.

Pese a que la Ley Marco de AUS establece que las IAFAS deben brindar como mínimo las condiciones asegurables establecidas en el PEAS, en la actualidad las EPS continúan brindando a sus afiliados (que también son asegurados de EsSalud) solamente la cobertura establecida en el Plan Mínimo de Atención cuyo alcance es menor que el PEAS, quedando a cargo de EsSalud el resto de la cobertura.

El plan de salud de EsSalud considera sólo algunas exclusiones previstas en el Reglamento de la Ley Nº 26790. Las prestaciones asistenciales otorgadas a los asegurados fuera del territorio nacional se configuraron para suplir una necesidad transitoria de la entidad sólo mientras se realizara la correspondiente transferencia tecnológica, a fin de que las patologías eventualmente fueran atendidas localmente. Por diversas razones estos objetivos no han sido alcanzados y en la actualidad se incurre en gastos importantes que violentan el principio de equidad de la seguridad social.

En consecuencia de lo aquí mencionado, surgen las siguientes recomendaciones:

- Crear o fortalecer la legislación nacional en materia de salud, en la cual se establezca claramente qué población corresponde a cada una de las instituciones, las sinergias que deben generarse a fin de aprovechar mejor los recursos existentes y las coordinaciones que obligatoriamente deben existir, con objeto de alcanzar los objetivos planteados.

- En la lógica contributiva del seguro regular, la inserción laboral de las personas es un factor fundamental para la ampliación de la cobertura en salud, en ese marco, ESSALUD debe coordinar con MTPE, SUNAFIL y SUNAT, a fin de desarrollar acciones de control conjuntas, inspección laboral y cruce de bases de datos (inteligencia de información) para elevar la detección de casos de incumplimiento (evasión, sub declaración).
- Con objeto de incrementar la cobertura de EsSalud con respecto a la PEA, se recomienda adoptar mecanismos innovadores, no tradicionales para incorporar de manera obligatoria a trabajadores no asalariados y con capacidad contributiva. Es una tendencia internacional cada vez más generalizada la incorporación de trabajadores independientes a través de modalidades contributivas y semi-contributivas, donde se suelen establecer niveles de subsidio inversamente proporcionales al ingreso del trabajador.
- Establecer mecanismos que permitan una ágil incorporación al SIS de los trabajadores que forman parte del ámbito del SSA independiente y no tienen capacidad contributiva (según la ENAHO 2012, el 83.4% gana menos que la RMV).
- Fortalecer las acciones para extender la cobertura del SSA independiente para los trabajadores con capacidad contributiva; dado que EsSalud no cuenta con una oferta de servicios amplia en las zonas rurales, fortalecer los mecanismos de articulación con el SIS y con otras IPRESS que operan en ese ámbito geográfico.
- Es conveniente transitar gradualmente hacia un modelo de atención en salud con un enfoque más preventivo/promocional. Fortalecer el primer nivel de atención para aumentar su capacidad resolutiva e impedir referencias innecesarias a otros niveles de atención, por lo que resulta necesario trabajar en la medicina social basada en el principio de la atención a la familia y a las comunidades y no sólo a los individuos.
- Promover el cumplimiento para que las EPS adecúen su cobertura al PEAS considerando el marco del AUS.
- Limitar progresivamente el otorgamiento de las prestaciones asistenciales fuera del territorio nacional, procurando la transferencia tecnológica de manera sostenible, mejorar sus

procedimientos operativos y orientar su otorgamiento hacia prestaciones que representen mayor costo-efectividad.

- Profundizar los mecanismos de coordinación e intercambio de prestaciones con otras IAFAS e IPRESS públicas y al interior de EsSalud, a fin de optimizar los recursos existentes en forma más racional y eficiente, para de esta forma cerrar las brechas de infraestructura de EsSalud (camas hospitalarias) sin necesidad de hacer cuantiosas e innecesarias inversiones. Aunque esta sinergia debe realizarse a nivel nacional, especial énfasis requiere el ámbito rural en el cual las brechas son aún mayores.
- Cabe destacar que la Ley Marco del AUS, ya establece líneas de acción que plantean criterios de articulación, como mecanismos de pago e intercambio de servicios, entre EsSalud, SIS y otras IAFAS, así como criterios de intercambio de servicios basados en el cumplimiento de los principios de complementariedad y subsidiaridad. Dichos mecanismos, permitirían utilizar la infraestructura existente de una manera más racional y más eficiente, maximizando el impacto de los escasos recursos disponibles.

6.3. Gestión de EsSalud

Se han detectado debilidades de gestión que están incidiendo en forma significativa en una disminución de los ingresos y en un incremento sustancial de los gastos. Se destacan las áreas de afiliación, acreditación, control de recaudación, y otros seguros administrados por EsSalud:

- Dispersión de funciones y bajo nivel de coordinación entre EsSalud y otros entes públicos que le brindan apoyo en las funciones de afiliación, acreditación, recaudación, inteligencia de información y fiscalización laboral.
- Existe un mandato legal para constituir una reserva "técnica" cuyo uso no está definido con suficiente detalle y cuya cuantía podría reducirse gradualmente acorde con el propósito de prever fluctuaciones inesperadas tanto en ingresos como en gastos.
- La SUNAT tiene (según DS 039-2001-EF) las funciones de afiliación y acreditación de la población asegurada. EsSalud ha asumido estos procesos en forma paralela tras haber identificado riesgos importantes asociados a la falta de actualización de hechos vitales, cuyo registro oportuno es necesario para el reconocimiento de derechos y para evitar la obtención indebida de prestaciones.
- La falta de controles y de información tanto en la recaudación como en la operatividad de otros seguros administrados por EsSalud merecen un análisis y un eventual rediseño. En el caso del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR), se identifica una normativa desactualizada, y un nivel desconocido de subsidio cruzado con el SR y el sistema de pensiones[23].
- EsSalud está facultado para exigir el reembolso del costo de las prestaciones brindadas a los trabajadores de las entidades empleadoras que incumplan las normas de salud ocupacional. Sin embargo, quien está facultado para realizar las visitas de verificación es SUNAFIL y no existe una adecuada coordinación con dicha entidad.
- Los pagos relacionados con las pensiones correspondientes a los regímenes de los DL Nº 20530 (ex trabajadores de EsSalud pensionados) y 18846 (Pensionistas del antiguo Seguro de

Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, SATEP) ambos grupos cerrados, muestran una tendencia creciente en los últimos años, a pesar que debería ir disminuyendo por la mortalidad de los beneficiarios.

- Los beneficios de la Seguridad Social constituyen derechos inalienables, de rango constitucional[24], y sin embargo no tienen una protección especial de orden penal, lo que dificulta la aplicación de medidas o sanciones realmente disuasivas ante conductas que se presentan frecuentemente.

Es necesario efectuar cambios sustanciales relacionados con la gestión de EsSalud, en interacción con otros organismos (MTPE, SUNAT, SUNAFIL, RENIEC, MINSA, SUSALUD, entre otros) que juegan un papel relevante:

- Cruzar las bases de información (inteligencia de información) para detectar casos de incumplimiento (evasión, sub declaración), actividad de control combinada y conjunta.
- Modernizar los procedimientos y sistemas de información para que respondan a las necesidades actuales, esto requerirá apoyo político y significativos recursos adicionales.
- Impulsar cambios normativos que permitan que la actual "reserva técnica" adopte un carácter de contingencia y por lo tanto pueda gradualmente reducirse a un nivel razonable, de alrededor del 15% de los gastos asistenciales anuales, de acuerdo al uso previsto.
- Evaluar la posibilidad de implementar un mecanismo de transferencia directa del MEF a EsSalud de las aportaciones correspondientes a los trabajadores del sector público, evitando la posibilidad de incumplimiento de estos organismos (especialmente municipales y regionales), a quienes es muy difícil ejecutar la recuperación de la deuda.
- Analizar el cambio normativo que permita a EsSalud asumir plenamente las funciones de afiliación y acreditación, al tiempo que se fortalecen las correspondientes capacidades técnicas.
- Transparentar la operación del SCTR para evaluar técnicamente la suficiencia de su prima y estar en mejor posibilidad de incidir en mejorar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo. Mejorar el sistema de notificación y registro de accidentes y enfermedades de origen laboral para identificar los casos efectivamente correspondientes al SCTR y hacer el seguimiento de las prestaciones médicas para su cobro, si es el caso, a la EPS correspondiente. Fomentar e impulsar la incorporación del pago de subsidio por incapacidad temporal en la cobertura del SCTR y no con recursos provenientes del SR. Fortalecer el área de prevención de riesgos laborales de EsSalud.
- Fomentar la colaboración interinstitucional con el organismo a cargo de la fiscalización laboral (SUNAFIL), a fin de que los empleadores que incumplan las normas de salud ocupacional, asuman las consecuencias económicas y legales que resulten de un accidente o enfermedad que sufra el trabajador en el desempeño de sus funciones.

---

[23]En caso de incapacidad permanente el pago de subsidios por incapacidad temporal siempre se extiende al límite máximo otorgado por EsSalud, correspondiendo asumir el financiamiento del monto de la prestación económica a la entidad previsional desde los primeros meses de haberse calificado la incapacidad permanente.

[24]El artículo 10º de la Constitución Política del Perú establece que el Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

- Proponer la aprobación de medidas legislativas que precisen a quién corresponde el pago de las pensiones que actualmente asume EsSalud, a efectos de salvaguardar la intangibilidad de los fondos de EsSalud, dado que la Ley impide el uso de los fondos para un propósito diferente al originalmente establecido.
- Fomentar la aprobación de normas contra el fraude a la Seguridad Social, tanto en el sentido de omitir las obligaciones que suponen la incorporación de los trabajadores a la Seguridad Social, como intentar la obtención de prestaciones de forma indebida, de tal manera que para el obligado resulte más oneroso el no cumplir que cumplir.
- Avanzar hacia la separación de funciones formalizando las relaciones de financiamiento y prestación de salud, implementando compromisos de gestión que permitan la administración adecuada de los riesgos y la incorporación de mecanismos de asignación de recursos que estimulen la mejora en el desempeño de las diferentes áreas.

6.4. Prácticas inequitativas en el financiamiento

Existe la tendencia, que se ha acentuado recientemente, de aprobar esquemas especiales de aportación para grupos específicos, que resultan en una reducción significativa de los ingresos de EsSalud. Estos grupos reciben el mismo perfil de beneficios que el resto de asegurados y su aportación correspondiente es menor en términos porcentuales. Estas prácticas, si bien están respaldadas por la aprobación de nueva legislación, no han sido sustentadas con un análisis técnico y atentan contra los principios de equidad y de sostenibilidad.

Hay un margen importante entre los niveles de los ingresos afectos considerados para el cálculo de las aportaciones a EsSalud y los ingresos totales realmente percibidos por los trabajadores. Este fenómeno se da principalmente en el sector público, aunque también en el sector privado pero con menor intensidad, debido a la exclusión de la base de cotización de un buen número de retribuciones.

- Ejemplo de lo anterior, es el tratamiento especial que reciben los alrededor de 680 mil trabajadores del magisterio y del MINSA, cuya base imponible es de tan solo un 65% de sus ingresos afectos a las cargas sociales (los ingresos totales son superiores pues contemplan otros conceptos tales como: asignación por cargo directivo, función docente, excelencia profesional, etc.) lo que resulta en una tasa de cotización de un 5.85% de dicho ingreso.
- Los cada vez más utilizados Contratos Administrativos de Servicios (CAS), por quienes se cotiza sobre una base máxima del 30% de la Unidad Impositiva Tributaria (UIT, equivalente a S/. 3,850 al 2014), de tal forma que si su ingreso mensual fuera de S/. 5,000, estarían cotizando a una tasa promedio de 2.08%.
- La exoneración del aporte a EsSalud por las gratificaciones de julio y diciembre.
- No existe una base imponible mínima para el cálculo de las aportaciones a EsSalud de los

pensionistas de AFPs, el 46% de ellos aporta por debajo de la pensión mínima establecida para el Sistema Nacional de Pensiones[25].

• El SSA está siendo subsidiado por el fondo del SR. La Ley no establece una base imponible mínima para el cálculo de los aportes (el 36% de los trabajadores dependientes aporta sobre remuneraciones inferiores a la RMV). Aunque parte de este subsidio puede ser de tipo solidario e ir orientado hacia los sectores más pobres, habría que analizar si algunos tipos de actividad y ámbitos geográficos que se benefician de este tratamiento especial, están en condiciones de justificarlo. En caso contrario la TDC debería gradualmente estandarizarse en 9%.

Estas prácticas y nuevos esquemas de aportación son discriminatorias y atentan contra los principios de equidad, solidaridad y sostenibilidad de la Seguridad Social, privilegiando a sectores que no se encuentran en situación de vulnerabilidad, a la vez que tienen un importante impacto adverso en los ingresos de EsSalud, que llevan la TDC promedio efectiva a aproximadamente un 5.77% sobre el salario total percibido. Si se estandarizara la TDC en un 9% sobre el ingreso total, tal y como se determina para el pago del impuesto a la renta, los ingresos por cotizaciones podrían crecer hasta en un 30%[26].

Los poderes públicos en su libertad de configuración normativa deberían velar por la sostenibilidad financiera y política de las instituciones de la Seguridad Social. En ese sentido, es necesario impulsar los cambios necesarios para avanzar progresivamente hacia la estandarización de las tasas de aportación y de las bases imponibles, en atención a los principios de equidad y sostenibilidad.

En consecuencia se recomienda elaborar e implementar una estrategia de incidencia política que contemple la socialización del presente estudio actuarial en el ámbito de los organismos vinculados a la seguridad social, entre ellos el Consejo Nacional de Trabajo (órgano tripartito de diálogo), Congreso de la República, la agenda política del nuevo gobierno desde el proceso electoral, y otras acciones que se identifiquen a fin de alcanzar los consensos y voluntad necesarios para lograr este objetivo.

6.5. Información al público e información para la gestión

EsSalud no cuenta con sistemas de información suficientemente desarrollados, por ejemplo, las bases de datos de prestaciones asistenciales otorgadas es local y no registra todos los consumos de los asegurados, lo que ocasiona que al momento de liquidar las prestaciones otorgadas a personas sin derecho, el reclamo no siempre sea completo. Tampoco cuenta con información oportuna e íntegra de empleadores morosos, a fin de iniciar la gestión de reembolso del costo de las prestaciones brindadas.

[25]El Estado Peruano ratificó el Convenio Núm. 102 de la OIT el 23 de agosto de 1961, por lo cual se obligó a actuar en línea con dicha norma. Este convenio establece que debe existir una pensión mínima con objeto de garantizar al pensionado los ingresos mínimos necesarios para su digna subsistencia. El Sistema Privado de Pensiones del Perú no está cumpliendo con esta disposición del Convenio.

[26]Estimación realizada por la Oficina de Estudios y Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas de EsSalud

EsSalud no cuenta con herramientas de gestión eficientes, insuficientes indicadores de atención que muestren la calidad y oportunidad de las prestaciones (listas de espera quirúrgica, otros diferimientos, acceso efectivo) y sistemas de costos integrados. Esto dificulta controlar adecuadamente la gestión asistencial y mejorar la asignación de recursos.

Con el fin de mejorar bases estadísticas y estudios periódicos se recomienda:

- Modernizar los procedimientos y sistemas de información para que respondan a las necesidades actuales, lo que requerirá recursos adicionales.
- Empoderar, con mayor capacitación y la posible incorporación de un especialista actuario, el área de estadísticas, estudios y análisis.
- Mejorar los sistemas e invertir en tecnologías de información, así como los sistemas de contabilidad de costos y explorar los sistemas de información en los Centros Asistenciales, como herramienta de gestión para la toma de decisión sobre las redes y los costos de servicios de salud.
- Asumir desafíos conjuntos e integrales entre el sector público y privado, académico-científico y político, para mejorar la calidad y cantidad de estudios epidemiológicos nacionales (MINSA, 2014). Ello permitirá también estimar los factores de riesgo y otros parámetros epidemiológicos, especialmente los referidos a la discapacidad y su valoración social, necesarios en el cálculo de la CDE.
- Incorporar mecanismos tecnológicos de acceso del asegurado a su cuenta individual (por ejemplo vía internet), con las respectivas medidas de seguridad, a fin de permitirle la verificación del cumplimiento de aportes y otras declaraciones realizadas por su empleador.

ANEXO

Tabla 1.1

Tabla 1.1Diferencias segun sexo en la esperanza de vida al nacer, mundo y regiones con distinto desarrollo, 1950-2010

Quinquenio	EVN (en años), mujeres					EVN (en años), hombres					Diferencia (mujeres-hombres)				
	Perú	Mundo	P+D	P-D	Amér. Latina	Perú	Mundo	P+D	P-D	Amér. Latina	Perú	Mundo	P+D	P-D	Amér. Latina
1950-1955	45,0	47,9	67,2	42,0	53,1	42,9	45,9	62,1	41,3	49,7	2,1	2,0	5,1	0,8	3,4
1955-1960	47,5	50,7	70,4	44,8	56,3	45,1	48,1	64,8	43,5	52,5	2,4	2,6	5,6	1,3	3,8
1960-1965	50,5	53,0	72,4	47,4	59,0	47,8	49,2	66,3	44,8	54,9	2,7	3,7	6,1	2,6	4,1
1965-1970	53,0	57,9	73,6	53,4	61,1	50,1	55,1	66,9	52,2	56,8	2,9	2,8	6,7	1,3	4,3
1970-1975	57,2	60,7	74,5	56,9	63,5	53,9	56,9	67,5	54,6	58,7	3,4	3,8	7,1	2,3	4,9
1975-1980	60,5	62,8	75,6	59,4	65,9	56,7	58,6	68,2	56,7	60,6	3,8	4,2	7,4	2,8	5,3
1980-1985	63,7	64,7	76,5	61,6	68,5	59,5	60,2	69,0	58,4	62,1	4,3	4,5	7,5	3,2	6,3
1985-1990	66,7	66,2	77,4	63,4	70,5	62,0	61,8	70,2	60,2	64,0	4,7	4,4	7,2	3,2	6,6
1990-1995	69,2	67,1	78,0	64,5	72,4	64,4	62,5	70,2	61,1	65,6	4,8	4,6	7,8	3,4	6,8
1995-2000	71,9	68,0	78,5	65,5	74,0	66,8	63,4	71,0	62,0	67,4	5,1	4,6	7,6	3,5	6,6
2000-2005	74,3	69,3	79,3	67,1	75,5	69,0	64,9	71,8	63,7	68,9	5,3	4,4	7,4	3,4	6,6
2005-2010	75,9	71,0	80,4	68,8	76,7	70,5	66,5	73,4	65,2	70,2	5,4	4,5	7,0	3,6	6,5
2010-2015	77,4	72,3	81,1	70,2	77,9	72,0	67,8	74,3	66,5	71,5	5,4	4,5	6,8	3,7	6,4

Fuente: Elaboración propia en base a Naciones Unidas (2013).

Tabla 1.2. Incidencia de la pobreza y valor agregado por departamentos, 2010 (en %)

Departamento	Pobreza	Distribución del Valor Agregado
Amazonas	50,1	0,6
Áncash	29,0	3,5
Apurimac	63,1	0,5
Arequipa	19,6	5,7
Ayacucho	55,9	1,0
Cajamarca	49,1	2,6
Callao	15,6	
Cusco	49,5	2,8
Huancavelica	66,1	0,8
Huánuco	58,5	0,9
Ica	11,6	3,1
Junín	32,5	3,1
La Libertad	32,6	4,9
Lambayeque	35,3	2,7
Lima	13,3	53,0
Loreto	49,1	1,9
Madre de Dios	8,7	0,4
Moquegua	15,7	1,3
Pasco	43,6	1,0
Piura	42,5	4,0
Puno	56,0	2,1
San Martín	31,3	1,3
Tacna	14,0	1,4
Tumbes	20,1	0,5
Ucayali	20,3	1,0
Total país	**31,3**	**100,0**

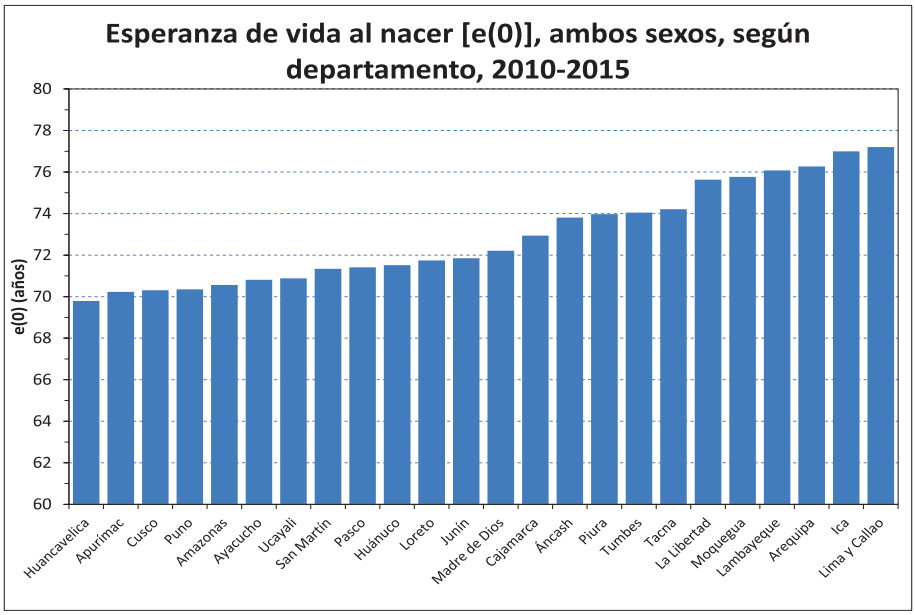
Fuente: INEI

Tabla 1.3. Acceso a servicios básicos, 2010

Departamento	Acceso a agua	Acceso a agua segura	Acceso a saneamiento
Amazonas	31,6	3,3	80,0
Ancash	70,3	23,2	83,3
Apurímac	74,8	2,2	84,8
Arequipa	85,5	35,0	90,2
Ayacucho	62,9	6,5	85,1
Cajamarca	64,6	2,7	89,3
Callao	91,8	63,0	96,8
Cusco	62,4	14,1	81,2
Huancavelica	44,4	2,1	65,1
Huánuco	49,6	9,7	85,0
Ica	83,5	4,8	91,8
Junín	80,0	14,0	85,9
La Libertad	68,4	12,9	83,7
Lambayeque	74,9	7,5	89,0
Lima	89,1	51,0	96,2
Loreto	40,9	8,2	55,9
Madre de Dios	61,1	37,8	82,7
Moquegua	91,6	41,2	90,3
Pasco	38,7	3,4	55,4
Piura	65,7	8,1	78,4
Puno	40,1	4,9	80,5
San Martín	63,2	7,4	88,1
Tacna	90,6	48,0	94,8
Tumbes	77,5	34,7	83,7
Ucayali	54,2	5,1	39,7
Total país	**72,3**	**23,6**	**86,3**

Fuente: Dirección General de Epidemiología - DGE - MINSA.

Gráfico A.1.1



Fuente: Elaboración propia en base a INEI (2014).

Tabla A.2.1

Tabla Nº 2. Distribución del número y razón de AVISA (por 1000 habitantes) según sexo, Perú 2012.

Sexo	Número	%	Razón por mil
Hombres	**3 093 842**	**53,3**	**204,8**
Mujeres	**2 707 107**	**46,7**	**190,1**
Total	**5 800 949**	**100,0**	**192,5**

Tabla A.2.2

Tabla Nº 4. Distribución del número y razón de AVISA (por 1000 habitantes) según Grupo de Enfermedades. Perú 2012.

Grupo de Enfermedades	Número	%	Razón por mil
I. Enfermedades Transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	1 466 933	25.3	48.7
II. Enfermedades No Transmisibles	3 508 431	60.5	116.4
III. Accidentes y lesiones	825 585	14.2	27.4
Total	**5 800 949**	**100.0**	**192.5**

Tabla A.3.1.

Redes Asistenciales	Consultas	Consultantes	Consultas CAI	Horas Médicas Programadas	Horas Médicas Efectivas	Médicos	Consultantes Asegurados	Consultantes del Servicio
ALMENARA	2.944.724	706.095	90.035	750.114	686.850	1.262	705.886	1.234.947
AMAZONAS	133.441	35.784	0	29.058	26.954	46	35.784	54.741
ANCASH	458.984	123.609	45.874	93.076	86.202	172	123.549	163.069
APURIMAC	152.982	56.883	0	33.728	30.944	59	56.815	75.847
AREQUIPA	1.161.444	314.413	72.061	255.542	242.674	549	314.079	491.892
AYACUCHO	174.471	50.514	0	35.091	33.285	65	50.514	85.035
CAJAMARCA	226.323	53.438	17.219	49.146	46.301	79	53.421	97.500
CENTRO NAC. SALUD RENAL	523	52	0	144	144	3	52	52
CUSCO	360.183	118.002	44.913	87.984	81.094	197	117.789	166.927
HUANCAVELICA	135.476	32.814	0	31.794	30.318	42	32.814	44.553
HUANUCO	364.389	93.692	0	73.657	67.380	94	93.636	151.789
ICA	622.920	195.469	49.133	131.702	123.367	246	195.201	268.111
INCOR	26.055	7.380	0	10.321	9.749	51	7.380	10.575
JULIACA	250.100	68.462	15.793	50.386	48.143	76	68.326	110.554
JUNIN	534.238	171.083	0	119.623	112.990	155	171.006	237.127
LA LIBERTAD	1.103.408	317.349	0	239.066	224.917	433	317.305	432.296
LAMBAYEQUE	1.036.972	294.103	9.848	244.043	222.589	439	294.057	435.873
LORETO	310.079	92.148	73.641	72.364	65.105	103	92.098	110.503
MADRE DE DIOS	56.681	21.535	3.338	13.639	11.066	23	21.482	22.817
MOQUEGUA	197.605	37.736	16.855	44.921	41.603	66	37.634	82.887
MOYOBAMBA	77.665	22.643	0	14.357	13.938	29	22.485	33.397
PASCO	256.799	68.223	0	51.913	50.744	85	68.011	91.405
PIURA	654.035	208.196	27.598	147.910	134.265	255	207.488	306.603
PUNO	227.949	65.139	0	44.913	41.961	72	65.073	100.884
REBAGLIATI	3.308.165	969.084	85.733	890.332	821.819	1.703	968.886	1.619.961
SABOGAL	2.748.440	814.699	43.486	856.184	807.361	1.131	814.529	1.202.673
TACNA	246.402	75.171	21.745	51.002	47.320	118	75.161	113.530
TARAPOTO	172.672	47.362	15.572	34.574	34.016	62	47.136	68.425
TUMBES	120.335	29.931	0	27.006	25.239	26	29.872	49.538
UCAYALI	273.983	65.690	38.768	55.860	51.890	58	65.549	187.984
HUARAZ	128.215	35.439	0	28.649	25.326	46	35.439	49.206
Total general	**18.465.658**	**5.192.138**	**671.612**	**4.568.099**	**4.245.554**	**7.745**	**5.188.457**	**8.100.701**

Tabla A.3.2.

PRESTACIONES Y RECURSOS DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA SEGÚN RED ASISTENCIAL

DATOS DEFINITIVOS AL MES DE DICIEMBRE 2014

Redes Asistenciales	Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III	Prioridad IV	Paciente Día < 24 Horas	Paciente Día > 24 Horas
ALMENARA	6.606	211.193	467.287	45.433	56.759	17.018
AMAZONAS	25	4.603	19.578	1.384	3.584	366
ANCASH	466	11.125	116.594	34.488	6.858	3.300
APURIMAC	190	3.412	37.413	3.135	5.802	0
AREQUIPA	7.440	189.980	323.060	11.851	16.999	12.371
AYACUCHO	155	361	52.670	14	976	278
CAJAMARCA	339	5.361	27.225	27.040	3.910	494
CUSCO	798	13.596	93.423	13.948	9.204	3.779
HUANCAVELICA	105	1.416	15.611	2.576	1.585	365
HUANUCO	641	23.531	91.509	8.297	10.101	6.618
ICA	2.389	62.343	221.373	17.951	16.438	3.816
INCOR	379	946	998	0	1.828	483
JULIACA	54	5.471	11.478	250	2.809	107
JUNIN	1.682	19.778	88.696	12.078	6.086	1.505
LA LIBERTAD	2.903	59.231	226.436	46.342	17.827	5.554
LAMBAYEQUE	1.944	55.011	247.201	9.342	24.341	7.350
LORETO	456	54.642	108.045	1.920	7.462	2.232
MADRE DE DIOS	89	3.071	12.119	1.446	1.113	175
MOQUEGUA	138	26.626	49.085	1.491	4.581	0
MOYOBAMBA	67	1.763	37.936	2.948	2.620	61
PASCO	1.155	23.301	24.242	75	7.315	106
PIURA	3.531	63.253	121.195	28.629	13.541	3.400
PUNO	286	13.813	22.911	1.158	4.721	365
REBAGLIATI	10.552	248.368	533.763	113.179	164.659	44.225
SABOGAL	9.262	229.305	631.271	230.137	151.746	49.617
TACNA	1.264	14.287	48.471	12.329	4.791	1.169
TARAPOTO	61	15.529	34.789	2.141	6.163	573
TUMBES	8	734	37.358	15.864	11.945	537
UCAYALI	365	55.030	19.855	231	10.538	6
HUARAZ	198	1.873	27.181	1.173	3.012	425
Total general	**53.548**	**1.418.953**	**3.748.773**	**646.850**	**579.314**	**166.295**

Tabla A.3.3.

PRESTACIONES Y RECURSOS DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION SEGÚN RED ASISTENCIAL

DATOS DEFINITIVOS AL MES DE DICIEMBRE 2014

Redes Asistenciales	Egresos	Estancias	Pacientes Dia	Dias Cama Disponible	Camas Hospitalarias	Defunciones antes de 48 horas	Defunciones despues de 48 horas	Reingresos
ALMENARA	75.124	483.503	466.895	531.624	1.457	354	1.679	395
AMAZONAS	3.683	12.792	12.783	16.123	45	0	5	17
ANCASH	10.579	45.462	43.620	49.459	136	44	201	42
APURIMAC	5.279	16.690	16.717	20.409	56	5	8	4
AREQUIPA	36.197	178.210	182.000	200.580	553	148	633	770
AYACUCHO	5.548	19.838	17.443	23.725	65	28	44	48
CAJAMARCA	5.350	14.762	14.301	19.677	56	8	34	113
CENTRO NACIONAL SALUD RENAL	0	0	0	0	0	0	0	0
CUSCO	17.810	103.204	93.637	101.695	278	68	322	139
HUANCAVELICA	1.944	6.664	6.341	8.395	22	11	6	0
HUANUCO	7.734	28.810	28.367	31.259	85	77	7	63
ICA	26.359	103.508	97.568	112.234	308	176	472	380
INCOR	2.885	19.261	11.301	13.962	38	26	64	0
JULIACA	7.307	27.070	25.922	28.458	79	33	61	143
JUNIN	18.807	101.402	97.911	111.935	307	96	348	355
LA LIBERTAD	30.642	143.000	134.305	163.889	453	139	555	420
LAMBAYEQUE	33.444	177.889	194.748	219.190	601	179	836	247
LORETO	9.447	37.203	34.775	39.546	109	97	152	274
MADRE DE DIOS	2.821	8.324	8.242	9.124	25	11	4	16
MOQUEGUA	4.780	17.606	17.537	19.397	54	24	41	129
MOYOBAMBA	3.407	8.962	8.595	10.037	29	7	9	0
PASCO	6.918	24.942	25.988	28.879	81	17	33	145
PIURA	27.103	116.825	112.116	128.411	353	155	443	229
PUNO	5.085	19.326	19.300	22.443	60	15	46	138
REBAGLIATI	76.880	655.518	562.166	614.937	1.733	399	1.909	641
SABOGAL	62.461	280.253	270.865	308.672	889	364	1.161	278
TACNA	6.515	35.228	35.692	39.084	106	50	143	140
TARAPOTO	7.765	24.582	23.876	26.986	75	26	44	242
TUMBES	3.385	8.574	8.439	11.680	32	14	27	0
UCAYALI	8.185	32.133	26.442	29.661	80	66	87	44
HUARAZ	4.064	12.896	12.929	15.566	42	7	13	116
Total general	**517.508**	**2.764.437**	**2.610.821**	**2.957.037**	**8.207**	**2.644**	**9.387**	**5.528**

Tabla A.4.1.

Evolución de asegurados activos por tipo de seguro, EsSalud, 2006-2014

TIPO DE SEGURO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ASEGURADOS REGULARES	6.050.965	6.399.727	7.172.282	7.667.956	8.146.114	8.567.521	9.206.055	9.706.810	10.038.008
Trabajador Activo	4.882.986	5.226.709	6.092.578	6.331.202	6.740.800	6.981.003	7.528.064	7.966.031	8.209.613
Pensionista	1.078.361	1.074.999	973.053	996.094	1.014.855	1.142.319	1.180.395	1.176.594	1.204.269
Trabajador del hogar	54.089	54.005	57.223	73.813	78.507	86.665	90.825	91.516	92.141
Pescador artesanal	2.957	3.657	3.385	3.495	3.785	4.821	5.238	5.225	5.404
Pensionista de la CBSSP	8.737	10.148	8.968	9.070	10.093	11.236	12.708	12.884	1.438
Trabajador de la CBSSP	21.288	24.611	31.597	34.516	34.024	30.382	29.520	28.840	28.539
Pensionista en tramite	2.547	5.598	5.478	1.477	1.427	1.457	1.009	883	389
Contra. Administ. Serv				218.289	262.623	309.638	358.296	424.837	496.215
ASEGURADOS AGRARIOS	320.218	346.984	424.830	443.215	442.343	474.685	506.868	521.599	553.273
Agrario dependiente	276.139	302.465	362.901	394.310	395.596	428.304	461.411	464.139	494.356
Agrario independiente	44.079	44.519	61.929	48.905	46.747	46.381	45.457	44.575	45.546
Actividad Acuicola								12.885	13.371
SEGUROS POTESTATIVOS	70.706	45.894	36.111	31.764	38.920	86.751	73.941	56.980	53.312
Independiente Personal-Familiar	33.344	14.572	8.919	7.602	3.334	2.900	2.632	2.439	2.217
Plan Protección Total y Vital	36.601	30.901	27.068	24.074	17.593	36.804	10.280	9.212	8.411
EsSalud Independiente(antiguo)	761	421	124	88	65	52	47	44	35
EsSalud Independiente (vigente)					17.928	46.995	60.982	45.285	42.649
TOTAL	6.441.889	6.792.605	7.633.223	8.142.935	8.627.377	9.128.957	9.786.864	10.285.389	10.644.593

Fuente: EsSalud (2015).

Tabla A.4.2.

Población Asegurada Activa según Redes Asistenciales, EsSalud, 2014

RED ASISTENCIAL	Población	%
REBAGLIATI	1.815.396	17,1
SABOGAL	1.675.653	15,7
ALMENARA	1.533.292	14,4
AREQUIPA	626.725	5,9
LA LIBERTAD	592.002	5,6
PIURA	579.240	5,4
LAMBAYEQUE	557.524	5,2
ICA	438.599	4,1
JUNIN	356.703	3,4
CUSCO	337.964	3,2
LORETO	222.047	2,1
ANCASH	220.480	2,1
CAJAMARCA	169.200	1,6
HUANUCO	157.046	1,5
JULIACA	130.799	1,2
UCAYALI	127.100	1,2
TACNA	121.243	1,1
AYACUCHO	108.626	1,0
PUNO	102.729	1,0
HUARAZ	100.005	0,9
TARAPOTO	99.311	0,9
PASCO	97.157	0,9
MOQUEGUA	96.710	0,9
HUANCAVELICA	81.892	0,8
APURIMAC	81.050	0,8
AMAZONAS	67.718	0,6
TUMBES	67.052	0,6
MOYOBAMBA	47.623	0,4
MADRE DE DIOS	33.707	0,3
TOTAL	**10.644.593**	**100,0**

Fuente: EsSalud (2015).

Tabla A.4.3. Población acreditada según tipo de seguro, edad y sexo. EsSalud, 2014

Grupo de edad x,x+4	AGRARIO		CONVENIOS		POTESTATIVO		REGULAR			ND		TOTAL		
	F	M	F	M	F	M	F	M	ND	F	M	F	M	ND
0	25 371	26 266	50	43	563	625	410 456	428 213	0	63	65	436 503	455 212	0
5	27 584	28 498	29	52	280	262	434 975	452 975	0	13	9	462 881	481 796	0
10	22 810	23 356	34	37	236	258	390 011	404 334	0	7	3	413 098	427 988	0
15	20 709	22 524	65	47	1 187	873	316 610	336 805	1	23	19	338 594	360 268	1
20	24 311	31 259	48	44	2 764	2 062	263 683	308 430	1	30	20	290 836	341 815	1
25	26 471	30 223	37	32	1 781	1 458	443 760	472 930	1	22	9	472 071	504 652	1
30	24 897	25 824	37	27	1 244	1 030	460 438	488 998	0	23	9	486 639	515 888	0
35	22 937	22 386	32	40	1 140	917	429 853	455 875	0	21	4	453 983	479 222	0
40	19 398	18 426	46	34	1 217	916	371 056	385 586	0	26	14	391 743	404 976	0
45	15 453	15 018	53	34	1 583	1 011	312 443	316 973	1	33	15	329 565	333 051	1
50	11 494	12 735	52	37	2 234	1 301	262 100	255 833	0	59	47	275 939	269 953	0
55	8 102	10 828	42	38	2 787	1 648	224 711	211 163	0	52	34	235 694	223 711	0
60	4 708	7 898	34	35	2 790	1 873	193 967	173 034	0	35	35	201 534	182 875	0
65	2 466	4 078	46	52	2 946	1 526	163 620	156 191	0	28	19	169 106	161 866	0
70	1 554	2 109	42	55	2 259	1 211	124 224	119 491	0	7	14	128 086	122 880	0
75	981	1 364	45	34	1 878	998	100 772	92 805	0	2	7	103 678	95 208	0
80	546	771	33	38	1 371	562	74 698	67 801	0	0	4	76 648	69 176	0
85	205	349	30	16	853	265	44 871	40 663	0	1	3	45 960	41 296	0
90	61	122	12	11	425	114	18 079	15 005	0	1	0	18 578	15 252	0
95	8	18	2	6	159	31	4 817	3 400	0	0	1	4 986	3 456	0
100	1	5	1	0	18	5	927	527	0	0	0	947	537	0
105	0	0	0	1	1	0	82	64	0	0	0	83	65	0
110	1	0	0	0	0	0	13	3	0	0	0	14	3	0
ND	2	1	0	0	0	0	86	68	0	0	0	88	69	0
Total	**260 070**	**284 058**	**770**	**713**	**29 716**	**18 946**	**5 046 252**	**5 187 167**	**4**	**446**	**331**	**5 337 254**	**5 491 215**	**4**

Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, EsSalud.

Tabla A.4.7. Población cotizante según tipo de seguro, edad y sexo. EsSalud, 2014

Grupo de edad x,x+4	AGRARIO			CONVENIOS		POTESTATIVO		REGULAR			ND			TOTAL		
	F	M	ND	F	M	F	M	F	M	ND	F	M	ND	F	M	ND
0	12 618	7 756	0	2	3	48	68	73 105	45 923	1	300	165	0	86 073	45 994	1
5	41 389	27 402	1	5	2	342	428	382 050	245 748	2	656	407	0	424 442	246 179	3
10	34 626	22 995	0	6	2	245	239	519 965	331 488	1	374	217	0	555 216	331 729	1
15	28 012	19 544	0	2	3	147	97	511 521	304 717	1	223	123	0	539 905	304 817	1
20	23 474	17 263	0	3	0	108	76	462 865	270 843	0	155	111	0	486 605	270 919	0
25	18 758	13 935	0	2	1	76	63	382 167	230 527	0	127	92	0	401 130	230 591	0
30	14 568	9 980	0	5	1	76	61	307 833	190 687	1	105	96	0	322 587	190 749	1
35	11 544	5 684	0	2	1	75	71	243 617	156 548	0	92	91	0	255 330	156 620	0
40	8 992	2 848	0	1	0	83	87	198 150	128 463	0	75	74	0	207 301	128 550	0
45	5 702	1 156	0	2	1	69	68	160 003	110 110	0	67	39	0	165 843	110 179	0
50	2 062	309	0	1	0	196	272	146 943	97 722	0	40	32	0	149 242	97 994	0
55	506	77	0	0	0	78	82	112 598	76 087	0	26	9	0	113 208	76 169	0
60	161	32	0	0	0	29	34	87 691	66 817	0	10	3	0	87 891	66 851	0
65	36	19	0	0	0	9	14	64 704	54 814	0	6	0	0	64 755	54 828	0
70	6	6	0	0	0	3	7	39 001	35 865	0	4	1	0	39 014	35 872	0
75	3	3	0	0	0	0	3	14 220	15 116	0	1	2	0	14 224	15 119	0
80	0	1	0	0	0	0	0	3 123	4 068	0	1	0	0	3 124	4 068	0
85	0	0	0	0	0	0	1	448	724	0	1	0	0	449	725	0
90	0	0	0	0	0	0	0	42	70	2	0	0	0	42	70	2
95	0	0	0	0	0	0	0	5	8	0	0	0	0	5	8	0
100	26	20	0	0	0	0	0	7 455	7 008	0	0	2	98 556	7 481	105 564	98 556
105	0	0	0	0	1	1	0	82	64	0	0	0	0	83	65	0
110	1	0	0	0	0	0	0	13	3	0	0	0	0	14	3	0
ND	2	1	1	0	0	0	0	86	68	0	0	0	0	88	69	1
Total	**202 486**	**129 031**	**2**	**31**	**15**	**1 585**	**1 671**	**3 717 687**	**2 373 488**	**8**	**2 263**	**1 464**	**98 556**	**3 924 052**	**2 473 732**	**98 566**

Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, EsSalud.

Tabla A.5.1. Población del Perú, mujeres según grupos de edad, años 2015-2025 (en miles)

Grupo de edad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0-4	1 432	1 433	1 432	1 430	1 427	1 423	1 420	1 415	1 410	1 404	1 397
5-9	1 422	1 421	1 421	1 421	1 421	1 421	1 420	1 418	1 416	1 413	1 409
10-14	1 425	1 423	1 420	1 418	1 416	1 415	1 414	1 413	1 413	1 411	1 410
15-19	1 425	1 424	1 422	1 420	1 419	1 417	1 414	1 411	1 409	1 408	1 406
20-24	1 400	1 406	1 409	1 410	1 410	1 410	1 409	1 407	1 405	1 403	1 402
25-29	1 309	1 327	1 343	1 357	1 369	1 378	1 384	1 387	1 388	1 387	1 387
30-34	1 184	1 200	1 221	1 243	1 265	1 284	1 304	1 321	1 334	1 345	1 352
35-39	1 114	1 127	1 136	1 142	1 150	1 162	1 180	1 201	1 225	1 248	1 268
40-44	984	1 008	1 033	1 057	1 079	1 097	1 110	1 119	1 126	1 135	1 148
45-49	863	882	902	923	944	967	991	1 016	1 041	1 064	1 082
50-54	749	769	789	807	826	845	865	885	905	927	950
55-59	611	633	657	681	705	728	748	767	786	805	824
60.64	493	510	527	545	565	585	607	631	655	678	701
65-69	383	397	412	429	446	464	480	497	514	534	555
70-74	290	299	310	321	334	348	361	376	392	408	425
75-79	218	223	228	234	242	251	259	268	279	291	304
80 +	244	258	271	284	296	307	322	336	350	365	379
Total	**15 545**	**15 739**	**15 932**	**16 124**	**16 314**	**16 502**	**16 687**	**16 869**	**17 049**	**17 225**	**17 398**

Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas (2013).

Tabla A.5.2. Población del Perú, hombres según grupos de edad, 2015-2025 (en miles)

Grupo de edad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0-4	1 493	1 495	1 495	1 493	1 490	1 487	1 484	1 480	1 475	1 469	1 462
5-9	1 477	1 477	1 477	1 478	1 479	1 479	1 479	1 478	1 477	1 475	1 472
10-14	1 476	1 474	1 473	1 471	1 469	1 468	1 468	1 469	1 469	1 468	1 467
15-19	1 473	1 472	1 471	1 469	1 468	1 467	1 465	1 463	1 462	1 461	1 460
20-24	1 439	1 446	1 451	1 453	1 454	1 455	1 455	1 454	1 453	1 453	1 452
25-29	1 337	1 357	1 374	1 390	1 403	1 414	1 422	1 427	1 429	1 430	1 431
30-34	1 205	1 222	1 243	1 267	1 290	1 311	1 331	1 350	1 366	1 378	1 388
35-39	1 128	1 142	1 152	1 159	1 168	1 181	1 199	1 221	1 246	1 270	1 291
40-44	986	1 010	1 037	1 064	1 087	1 106	1 121	1 131	1 139	1 148	1 162
45-49	857	877	897	918	940	963	988	1 015	1 042	1 066	1 085
50-54	736	756	776	794	814	834	853	873	894	916	940
55-59	590	611	635	659	684	707	727	746	765	784	804
60.64	467	483	499	516	534	555	576	598	622	646	668
65-69	351	364	379	394	410	426	441	456	473	491	511
70-74	255	263	272	282	293	306	318	331	345	360	375
75-79	177	182	187	192	198	206	213	221	230	240	251
80 +	169	180	189	198	206	212	223	234	243	252	261
Total	**15 616**	**15 811**	**16 005**	**16 198**	**16 388**	**16 577**	**16 763**	**16 947**	**17 127**	**17 305**	**17 479**

Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas (2013).

Tabla A.5.3. Población del Perú, ambos sexos según grupos de edad, 2015-2025 (en miles)

Grupo de edad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0-4	2 925	2 928	2 926	2 922	2 916	2 910	2 903	2 895	2 885	2 873	2 859
5-9	2 899	2 898	2 898	2 899	2 900	2 900	2 899	2 897	2 893	2 888	2 881
10-14	2 901	2 897	2 893	2 889	2 886	2 883	2 882	2 882	2 881	2 880	2 877
15-19	2 898	2 895	2 893	2 890	2 887	2 884	2 879	2 875	2 871	2 868	2 866
20-24	2 840	2 852	2 860	2 863	2 865	2 866	2 864	2 861	2 858	2 856	2 853
25-29	2 646	2 683	2 718	2 747	2 772	2 792	2 806	2 814	2 817	2 818	2 818
30-34	2 389	2 422	2 464	2 510	2 555	2 595	2 635	2 670	2 700	2 723	2 741
35-39	2 242	2 270	2 288	2 302	2 319	2 344	2 379	2 422	2 470	2 517	2 559
40-44	1 970	2 018	2 070	2 121	2 166	2 203	2 231	2 250	2 265	2 283	2 310
45-49	1 720	1 759	1 800	1 841	1 885	1 930	1 979	2 031	2 083	2 129	2 166
50-54	1 484	1 525	1 564	1 601	1 639	1 678	1 718	1 758	1 799	1 843	1 890
55-59	1 201	1 244	1 291	1 341	1 389	1 434	1 475	1 513	1 550	1 588	1 628
60.64	959	993	1 026	1 061	1 099	1 140	1 183	1 229	1 277	1 324	1 369
65-69	734	761	791	823	856	890	921	953	987	1 024	1 065
70-74	545	562	581	603	628	654	679	707	737	768	800
75-79	395	405	415	426	440	457	472	489	509	531	555
80 +	413	437	460	482	501	520	545	570	594	617	640
Total	**31 161**	**31 550**	**31 937**	**32 321**	**32 702**	**33 079**	**33 450**	**33 816**	**34 176**	**34 530**	**34 877**

Fuente: Elaboración propia a partir de Naciones Unidas (2013).

Tabla A.5.4. Población cotizante a EsSalud, según edad y sexo, y proporción respecto a la población peruana, año 2014 (en %)

Grupo de edad	Población cotizante a EsSalud			Cobertura de la población del Perú (%)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
15-19	87 559	54 896	142 455	5,9	3,9	4,9
20-24	431 772	278 970	710 742	30,2	20,1	25,2
25-29	564 804	361 396	926 201	42,9	28,0	35,5
30-34	549 229	330 385	879 615	46,0	28,2	37,2
35-39	495 009	293 536	788 545	44,6	26,7	35,7
40-44	408 057	249 067	657 124	42,4	25,9	34,1
45-49	328 158	204 477	532 635	39,2	24,2	31,7
50-54	259 740	165 349	425 088	36,5	22,8	29,6
55-59	210 881	133 863	344 744	37,1	22,7	29,8
60.64	168 707	113 400	282 107	37,5	23,9	30,5
65-69	151 819	100 123	251 943	44,9	27,2	35,7
70-74	115 163	77 642	192 805	46,7	27,6	36,5
75-79	89 409	68 102	157 511	52,2	32,4	41,3
80 +	123 713	112 736	236 449	75,7	48,3	59,6
Total	**3 984 021**	**2 543 943**	**6 527 964**	**25,8**	**16,6**	**21,2**

Fuente: Elaboración propia, a partir de supuestos desarrollados en el texto, BDGCA, y Naciones Unidas (2013).

Tabla A.5.5. Población cotizante a EsSalud, según grupos de edad, años 2015-2025

Grupo de edad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
15-19	142 529	142 396	142 261	142 128	141 991	141 842	141 619	141 415	141 245	141 123	141 037
20-24	715 846	719 107	721 030	721 951	722 376	722 647	722 208	721 627	721 025	720 439	719 877
25-29	940 087	953 470	965 658	976 334	985 235	992 290	997 461	1 000 379	1 001 616	1 001 998	1 002 116
30-34	888 237	900 881	916 382	933 528	950 308	965 420	980 352	993 558	1 004 656	1 013 509	1 020 217
35-39	800 966	811 093	817 778	822 729	828 826	837 864	850 558	866 070	883 239	900 016	914 947
40-44	672 761	689 257	706 972	724 657	740 333	752 804	762 675	769 244	774 258	780 556	789 852
45-49	544 939	557 517	570 350	583 546	597 355	611 902	627 421	644 090	660 704	675 446	687 294
50-54	438 689	450 889	462 363	473 421	484 623	496 298	507 908	519 780	532 090	545 128	558 990
55-59	357 452	370 308	384 363	399 069	413 535	427 194	439 302	450 708	461 802	473 162	485 105
60.64	292 589	302 655	312 879	323 499	334 996	347 670	360 716	374 932	389 685	404 128	417 821
65-69	261 994	271 612	282 170	293 540	305 439	317 648	328 735	340 098	352 161	365 471	380 225
70-74	199 091	205 357	212 558	220 581	229 387	239 039	248 304	258 495	269 400	280 788	292 599
75-79	162 907	166 962	171 157	175 943	181 737	188 669	195 008	202 140	210 177	219 221	229 301
80 +	246 143	260 560	274 242	286 965	298 553	309 088	324 684	339 391	353 446	367 105	380 569
Total	**6 664 230**	**6 802 063**	**6 940 163**	**7 077 890**	**7 214 693**	**7 350 375**	**7 486 952**	**7 621 927**	**7 755 504**	**7 888 088**	**8 019 950**

Fuente: Elaboración propia a partir de BDGCA, EsSalud, y Naciones Unidas (2013).

Tabla A.5.6. Población cotizante al SSA, según edad y sexo, y proporción respecto a la población peruana (en %), año 2014

Grupo de edad	Población cotizante al SSA			Cobertura de la población del Perú (%)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
15-19	12 620	7 757	20 377	0,9	0,5	0,7
20-24	41 394	27 406	68 801	2,9	2,0	2,4
25-29	34 630	22 999	57 629	2,6	1,8	2,2
30-34	28 016	19 547	47 563	2,3	1,7	2,0
35-39	23 477	17 266	40 743	2,1	1,6	1,8
40-44	18 760	13 937	32 698	1,9	1,4	1,7
45-49	14 570	9 982	24 551	1,7	1,2	1,5
50-54	11 545	5 685	17 230	1,6	0,8	1,2
55-59	8 993	2 848	11 842	1,6	0,5	1,0
60.64	5 703	1 156	6 859	1,3	0,2	0,7
65-69	2 062	309	2 371	0,6	0,1	0,3
70-74	506	77	583	0,2	0,0	0,1
75-79	161	32	193	0,1	0,0	0,1
80 +	45	29	74	0,0	0,0	0,0
Total	**202 483**	**129 030**	**331 513**	**1,3**	**0,8**	**1,1**

Fuente: Elaboración propia a partir de BDGCA, EsSalud, y Naciones Unidas (2013).

Tabla A.5.7. Población cotizante al SSA según grupos de edad. EsSalud, 2015-2025

Grupo de edad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
15-19	20 388	20 369	20 349	20 330	20 311	20 289	20 258	20 228	20 204	20 187	20 175
20-24	69 294	69 609	69 795	69 884	69 925	69 951	69 908	69 852	69 793	69 736	69 681
25-29	58 493	59 325	60 083	60 746	61 300	61 738	62 059	62 240	62 316	62 339	62 346
30-34	48 027	48 710	49 547	50 474	51 380	52 196	53 002	53 714	54 311	54 787	55 147
35-39	41 382	41 903	42 247	42 501	42 814	43 279	43 934	44 735	45 621	46 487	47 256
40-44	33 475	34 294	35 173	36 050	36 827	37 445	37 935	38 260	38 508	38 820	39 281
45-49	25 118	25 698	26 289	26 897	27 533	28 203	28 917	29 685	30 450	31 128	31 673
50-54	17 783	18 278	18 744	19 193	19 649	20 123	20 594	21 076	21 575	22 105	22 668
55-59	12 279	12 722	13 207	13 715	14 215	14 688	15 106	15 500	15 884	16 277	16 690
60.64	7 115	7 358	7 605	7 863	8 144	8 455	8 773	9 121	9 483	9 839	10 177
65-69	2 466	2 556	2 656	2 763	2 875	2 991	3 095	3 202	3 315	3 441	3 582
70-74	602	621	643	667	694	723	751	782	816	850	886
75-79	200	205	210	216	223	232	240	248	258	269	282
80 +	77	82	86	90	93	97	102	106	111	115	119
Total	**336 699**	**341 730**	**346 634**	**351 390**	**355 983**	**360 409**	**364 673**	**368 749**	**372 646**	**376 380**	**379 963**

Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, EsSalud, y Naciones Unidas (2013).

Tabla A.5.8. Recaudación anual por aportaciones a EsSalud, según grupos de edad, 2015-2025 (en millones de Soles)

Grupo de edad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
15-19	61	61	61	60	60	60	60	60	60	60	60
20-24	513	515	516	517	517	517	517	517	516	516	516
25-29	1 091	1 106	1 121	1 133	1 143	1 151	1 158	1 161	1 162	1 163	1 163
30-34	1 300	1 318	1 341	1 366	1 390	1 413	1 434	1 454	1 470	1 483	1 493
35-39	1 354	1 371	1 382	1 390	1 401	1 416	1 438	1 464	1 493	1 521	1 546
40-44	1 208	1 238	1 270	1 302	1 330	1 353	1 371	1 382	1 391	1 403	1 420
45-49	995	1 018	1 042	1 066	1 091	1 118	1 146	1 177	1 207	1 234	1 256
50-54	849	872	894	916	938	960	983	1 006	1 030	1 055	1 082
55-59	696	721	749	777	805	832	856	878	900	922	945
60.64	507	525	543	561	581	603	626	650	676	701	725
65-69	127	131	136	142	148	154	159	165	170	177	184
70-74	72	74	76	79	82	86	89	93	97	101	105
75-79	51	52	53	55	57	59	61	63	65	68	71
80 +	69	73	77	81	84	87	91	95	99	103	107
Total	**8 891**	**9 076**	**9 261**	**9 445**	**9 628**	**9 809**	**9 988**	**10 165**	**10 338**	**10 507**	**10 673**

Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, EsSalud, y Naciones Unidas (2013).

Tabla A.5.9. Recaudación anual por aportaciones al SSA según grupos de edad. EsSalud, 2015-2025 (en miles de Soles)

Grupo de edad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
15-19	1 646	1 645	1 643	1 642	1 640	1 639	1 636	1 634	1 632	1 631	1 630
20-24	10 895	10 945	10 976	10 990	10 998	11 003	10 997	10 989	10 981	10 973	10 965
25-29	15 758	15 984	16 190	16 372	16 523	16 644	16 733	16 785	16 808	16 817	16 821
30-34	15 874	16 101	16 379	16 686	16 987	17 259	17 527	17 765	17 966	18 128	18 251
35-39	14 740	14 928	15 052	15 144	15 258	15 426	15 660	15 946	16 262	16 572	16 848
40-44	12 421	12 727	13 056	13 385	13 676	13 908	14 091	14 214	14 308	14 425	14 598
45-49	9 726	9 951	10 180	10 416	10 664	10 925	11 203	11 503	11 801	12 066	12 280
50-54	7 595	7 807	8 007	8 199	8 395	8 599	8 801	9 007	9 220	9 448	9 690
55-59	5 978	6 193	6 430	6 679	6 924	7 155	7 359	7 552	7 740	7 932	8 134
60.64	3 955	4 089	4 227	4 370	4 526	4 699	4 876	5 070	5 272	5 471	5 660
65-69	1 302	1 350	1 403	1 459	1 518	1 579	1 634	1 691	1 751	1 817	1 892
70-74	213	220	228	237	246	256	266	277	289	301	314
75-79	69	71	73	75	77	80	83	86	89	93	98
80 +	24	26	27	28	29	30	32	33	35	36	37
Total	**100 196**	**102 037**	**103 870**	**105 682**	**107 462**	**109 202**	**110 899**	**112 551**	**114 155**	**115 710**	**117 218**

Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, EsSalud, y Naciones Unidas (2013).

Tabla A.5.10. Población acreditada a EsSalud, 2015-2025 según grupos de edad (en miles)

Grupo de edad	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0-4	892	911	912	911	910	908	907	905	902	899	896	892
5-9	945	962	961	962	962	963	963	963	962	961	960	958
10-14	841	855	854	853	852	851	850	850	850	850	850	849
15-19	699	711	710	709	709	708	708	707	706	705	705	704
20-24	633	645	649	650	651	652	652	652	652	652	651	651
25-29	977	1 002	1 016	1 030	1 041	1 051	1 059	1 065	1 069	1 071	1 071	1 072
30-34	1 003	1 021	1 036	1 054	1 074	1 093	1 111	1 128	1 144	1 157	1 168	1 176
35-39	933	953	966	974	980	988	999	1 014	1 033	1 053	1 073	1 092
40-44	797	816	837	859	881	900	916	928	936	943	951	962
45-49	663	676	691	707	724	741	760	779	800	821	840	855
50-54	546	558	574	589	603	617	633	647	663	678	695	713
55-59	459	468	485	503	523	542	560	576	591	606	621	637
60.64	384	388	401	414	428	444	461	478	497	517	537	555
65-69	331	330	342	355	370	385	400	414	428	443	460	479
70-74	251	243	251	259	269	280	292	303	316	329	343	358
75-79	199	186	191	196	201	208	216	223	232	241	251	263
80 +	277	241	256	270	282	293	302	318	333	347	360	372
Total	**10 828**	**10 964**	**11 130**	**11 295**	**11 460**	**11 625**	**11 788**	**11 952**	**12 114**	**12 274**	**12 433**	**12 589**

Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, EsSalud, y Naciones Unidas (2013).

Tabla A.5.11. Población acreditada al SSA, según grupos de edad. EsSalud, 2015-2025

Grupo de edad	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0-4	51 637	52 729	52 792	52 778	52 709	52 610	52 503	52 394	52 249	52 074	51 866	51 629
5-9	56 082	57 087	57 071	57 086	57 122	57 158	57 160	57 153	57 121	57 064	56 979	56 865
10-14	46 166	46 923	46 858	46 804	46 752	46 705	46 671	46 671	46 679	46 680	46 664	46 631
15-19	43 233	43 946	43 911	43 875	43 840	43 806	43 769	43 709	43 655	43 611	43 583	43 566
20-24	55 570	56 651	56 929	57 099	57 189	57 237	57 273	57 258	57 231	57 200	57 170	57 140
25-29	56 694	58 115	58 963	59 740	60 425	60 999	61 457	61 805	62 014	62 119	62 169	62 201
30-34	50 721	51 662	52 407	53 317	54 324	55 312	56 208	57 090	57 880	58 555	59 102	59 526
35-39	45 323	46 317	46 917	47 317	47 617	47 985	48 524	49 264	50 166	51 165	52 146	53 027
40-44	37 824	38 753	39 721	40 764	41 809	42 737	43 478	44 062	44 455	44 758	45 135	45 685
45-49	30 471	31 069	31 792	32 529	33 288	34 087	34 932	35 830	36 800	37 770	38 633	39 330
50-54	24 229	24 792	25 487	26 143	26 778	27 423	28 095	28 754	29 428	30 128	30 875	31 674
55-59	18 930	19 333	20 033	20 802	21 609	22 405	23 158	23 821	24 448	25 058	25 684	26 342
60.64	12 606	12 817	13 253	13 697	14 161	14 668	15 232	15 806	16 436	17 094	17 741	18 357
65-69	6 544	6 595	6 837	7 103	7 390	7 690	7 999	8 277	8 563	8 867	9 205	9 582
70-74	3 663	3 587	3 700	3 829	3 973	4 133	4 308	4 475	4 659	4 857	5 065	5 281
75-79	2 345	2 237	2 295	2 355	2 423	2 504	2 600	2 689	2 789	2 900	3 025	3 165
80 +	2 087	1 909	2 025	2 134	2 231	2 316	2 389	2 516	2 633	2 741	2 842	2 937
Total	**544 128**	**554 522**	**560 990**	**567 372**	**573 640**	**579 774**	**585 754**	**591 574**	**597 205**	**602 642**	**607 885**	**612 937**

Fuente: Elaboración propia, a partir de BDGCA, EsSalud, y Naciones Unidas (2013).

Tabla A.5.12. Población derechohabiente por categoría y sexo según sexo del titular. EsSalud, 2014 (en miles)

TITULAR	HIJOS E HIJOS INCAPACITADOS			CÓNYUGES , CONCUBINOS Y GESTANTES			DERECHOHABIENTES		
	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL
HOMBRE	1 217	1 170	2 387	0	1 392	1 392	1 217	2 562	3 779
MUJER	461	445	906	177	0	177	637	445	1 083
TOTAL	1 678	1 615	**3 293**	177	1 392	**1 569**	1 855	3 007	**4 862**
Distribución por sexo	51,0%	49,0%	100,0%	11,3%	88,7%	100,0%	38,1%	61,9%	100,0%
Distribución por categoría			67,7%			32,3%			100,0%
Dependientes por titular			**0,55**			**0,26**			**0,81**

Fuente: Elaboración propia, a partir de tabulado especial GCA, EsSalud.

Bibliografía

Alcalde-Rabanal, J.; O. Lazo-González y G. Nigenda (2011) "Sistema de salud de Perú", **Salud Pública** de México, Vol. 53, Suplemento 2, pp. 243-254.

BCRP (2015) **Reporte de inflación: Panorama actual y proyecciones macroeconómicas 2015-2017.** Banco Central de Reserva del Perú, mayo 2015.

Banco Mundial (2011) "Mejorando los resultados de salud mediante el fortalecimiento de los derechos de los usuarios y de la gestión del sector público", Informe N° 59218 - PE Unidad de Gestión del Sector de Desarrollo Humano, Unidad de Gestión de Países Andinos, Región de América Latina y el Caribe.

Brimacombe, G.G., P. Antunes y J. McIntyre (2001) *The Future Cost of Health Care in Canada, 2000 to 2020. Balancing Affordability and Sustainability.* The Conference Board of Canada.

Casalí, P.; O. Cetrángolo y A. Goldschmit (2015) "Análisis integral de la protección social en el Perú", mimeo.

Casalí, P. y Sánchez, W. (2014) "Evolución de la Seguridad Social en el Perú", 2001-2012, mimeo.

CEPAL (2008) **Fecundidad**. Observatorio Demográfico 5. Santiago de Chile.

CEPAL (2011) **Envejecimiento poblacional.** Observatorio Demográfico 12. Santiago de Chile.

Cetrángolo, O., F. Bertranou, L. Casanova y P. Casalí (2013) **El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva.** OIT / Oficina de la OIT para los Países Andinos, Lima.

d'Albis, H. y F. Collard (2013) "Age groups and the measure of population aging", **Demographic Research** 29(23):617-640. Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock, www.demographic-research.org

Díaz, J.J. (2014) "Formalización empresarial y laboral", en Infante R. y Chacaltana, J. (editores) **Hacia un Desarrollo Inclusivo: El caso del Perú**, CEPAL y OIT, Santiago de Chile.

EsSalud (2012) E**stimación de carga de enfermedad y lesiones en la población asegurada. EsSalud – 2010.** EsSalud, Lima.

EsSalud (2014)

EsSalud (2014) **Análisis del Boletín 2013. Análisis de las principales prestaciones de EsSalud.** EsSalud, Lima.

EsSalud (2014) **Plan General de Salud 2015–2021.** Gerencia Central de Prestaciones de Salud, EsSalud, Lima.

EsSalud (2015) **Análisis de las principales prestaciones de EsSalud 2014.** EsSalud, Lima.

EsSalud (2015_03) **EsSalud en cifras. Cifras definitivas de diciembre 2014.** OCPD; EsSalud, Lima.

EsSalud (2015_06) “Identificación de necesidades de inversión. Brecha de camas, nivel nacional”. GCPD, EsSalud, Lima.

Gragnolati, M. y otros (ed.) (2014) **Los años no vienen solos. Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina.** Banco Mundial, Buenos Aires.

Grushka, C. (2002) **Proyecciones previsionales de largo plazo. Argentina 2000-2050**. Estudio Especial 14, SAFJP, Buenos Aires.

Grushka, C. (2014) "Casi un siglo y medio de mortalidad en la Argentina…", **Revista Latinoamericana de Población** (RELAP) Año 8, N° 15. Asociación Latinoamericana de Población (ALAP).

Grushka, C. (2014) “Evaluación y perspectivas del Sistema Integrado Previsional Argentino”, en Danani, C. y Hintze, S. (coord.) **Protecciones y desprotecciones (II): Problemas y debates de la seguridad social en Argentina.** UNGS, Buenos Aires.

INEI (2012) “Evolución de la pobreza en el Perú al 2011”, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima, mayo.

INEI (2014) **Boletín de Análisis Demográfico Nº 37,** Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima.

Infante, R., Chacaltana, J. e Higa, M. (2014) “Aspectos estructurales del desempeño macroeconómico del Perú. Situación actual, perspectivas y políticas”, en Infante R. y Chacaltana, J. (ed.) **Hacia un Desarrollo Inclusivo: El caso del Perú,** CEPAL y OIT, Santiago de Chile.

Lacasta, L. (2008) **Estudio de la mortalidad en el SIJP. 2002-2006.** Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Buenos Aires.

Lip Licham, C. y Rocabado Quevedo, F. (2005) **Determinantes Sociales de la Salud en Perú,** Ministerio de Salud.

MINSA (2008) **La carga de enfermedad y lesiones en el Perú**. Velásquez, A.; Carlos, C.; Munayco, C.; Poquioma, E.; Espinoza, R.; Seclén, Y. Ministerio de Salud, Lima.

MINSA (2014) **Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos, 2012.** Ministerio de Salud, Lima.

MINSA (2015) **Avances 2014 y perspectivas 2015.** Aníbal Velásquez Valdivia, Ministro de Salud, www.

Monge Zegarra, A. y Flores Pérez, S. (2014) “Pisos de protección social en el Perú: evaluación y políticas”, en Infante R. y Chacaltana, J. (ed.) **Hacia un Desarrollo Inclusivo: El caso del Perú,** CEPAL y OIT, Santiago de Chile.

MTPE (2009) **La Mujer en el Mercado Laboral Peruano. Informe Anual 2008.** Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Lima.

Naciones Unidas (2013) Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, **World Population Prospects: The 2012 Revision,** http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm

OIT (2012) **Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud).** Casalí, Pablo (Coord.), Oficina de la OIT para los Países Andinos, Lima.

OIT (2013) Nota técnica para la determinación del nivel adecuado de reservas para EsSalud.

OIT (2014).

OIT (2015) L**os trabajadores agrarios y la Seguridad Social en Salud del Perú.** Oficina de la OIT para los Países Andinos, Lima.

MTPE (2013) **Síntesis de indicadores laborales II trimestre 2013.** Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Lima.

Mendoza Bellido, (2014)

Parodi, C. (2014) **Perú 1995-2012. Cambios y Oportunidades,** Ed. Universidad del Pacífico, Lima.

Rofman, R. (1994) "Diferenciales de Mortalidad Adulta en Argentina". Notas de Población 22(59), CELADE.

Rofman, R., G. Stirparo y P. Lattes (1997) **Proyecciones del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones 1995-2050,** Estudio Especial 12, SAFJP, Buenos Aires.

Sanderson, W. y S. Sherbov (2007) "A new perspective on population aging", **Demographic Research** 16(2):27-58. Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock,www.demographic-research.org

SEDLAC (2012).

SUSALUD (2015) **Anuario Estadístico 2014.** Superintendencia Nacional de Salud, Lima.

UNFPA (2010) **Estado de la población mundial. Desde conflictos y crisis hacia la renovación: generaciones de cambio.** Fondo de Población de las Naciones Unidas www.unfpa.org

UNFPA-CEPAL (2009) **El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América latina y el Caribe**. Santiago de Chile. www.unfpa.org

EsSalud
Humanizando el Seguro Social

Organización
Internacional
del Trabajo