

Valuación actuarial EsSalud

Estudio financiero
actuarial
al 2022

► **Valuación
actuarial
EsSalud**

**Estudio financiero actuarial
al 2022**

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2023

Primera edición 2023



Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

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

Atribución de la titularidad - El usuario deberá indicar si se han introducido cambios y citar la obra como sigue: OIT 2023. Valuación Actuarial ESSALUD. Estudio Financiero Actuarial al 2022. ©OIT Lima. Oficina Internacional del Trabajo

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

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

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

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

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

ISBN 9789220402474 (versión impresa)

ISBN 9789220402481 (versión PDF web)

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

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

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

Impreso en Lima

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 lengua española. En tal sentido, y con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supone 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.

Índice

| | | |
|---|----|----|
| Abreviaturas, acrónimos y referencias clave | 12 | |
| Prólogo | | 13 |
| Resumen ejecutivo | | 14 |
| 1. Introducción | 16 | |
| 2. Marco normativo (leyes y reglamentos) | | 17 |
| 2.1 Breve historia | | 17 |
| 2.2 Población cubierta | | 17 |
| 2.3 Prestaciones cubiertas | 17 | |
| Asistencia médica (salud) | | 17 |
| Prestaciones económicas | | 17 |
| Prestaciones sociales | | 18 |
| 2.4 Condiciones de elegibilidad | | 18 |
| 2.5 Financiamiento | | 19 |
| 3. Entorno demográfico, económico, laboral y social del Perú | 20 | |
| 3.1 Entorno demográfico | | 20 |
| 3.2 Entorno económico y laboral | | 23 |
| 3.3 Entorno social | | 27 |
| 4. Evolución de la población afiliada, servicios médicos y prestaciones económicas | 29 | |
| 4.1 Población afiliada | | 29 |
| 4.2 Servicios médicos | | 31 |
| 4.2.1 Consultas | | 31 |
| 4.2.2 Egresos hospitalarios | | 32 |
| 4.2.3 Emergencias | | 33 |
| 4.2.4 Cirugías | | 33 |
| 4.2.5 Trasplante de órganos | | 35 |
| 4.2.6 Partos | | 36 |
| 4.3 Prestaciones económicas | | 37 |
| 4.3.1 Subsidios por incapacidad temporal | | 37 |
| 4.3.2 Subsidios por maternidad | | 38 |
| 4.3.3 Subsidios por lactancia | | 38 |
| 4.3.4 Subsidios por sepelio | | 38 |
| 5. Proyecciones demográficas y financieras del escenario base | | 39 |
| 5.1 Proyecciones de los cotizantes y asegurados | | 39 |
| 5.1.1 Proyección de los grupos de población cubiertos por EsSalud: titulares | | 42 |
| 5.1.2 Proyección de los grupos de población cubiertos por EsSalud: derechohabientes | | 49 |
| 5.1.3 Proyección de los grupos de población cubiertos por EsSalud: asegurados | | 56 |
| 5.2 Proyección de los ingresos | | 59 |
| 5.2.1 Ingresos por cotizaciones | | 59 |
| 5.2.2 Ingresos financieros | | 62 |
| 5.2.3 Otro ingresos | | 62 |
| 5.3 Utilización de los principales servicios médicos | | 62 |
| 5.3.1 Consultas | | 62 |
| 5.3.2 Hospitalizaciones | | 64 |
| 5.3.3 Emergencias | | 66 |
| 5.3.4 Partos | | 68 |
| 5.3.5 Cirugías | | 71 |
| 5.3.6 Trasplantes | | 72 |
| 5.4 Proyección de los gastos | | 74 |
| 5.4.1 Gastos por prestaciones asistenciales | | 75 |

| | | |
|---|-----------|-----|
| 5.4.2 Gastos por prestaciones económicas | | 76 |
| 5.4.3 Gastos administrativos | | 77 |
| 5.4.4 Otros gastos | | 77 |
| 5.4.5 Gastos en infraestructuras | | 77 |
| 5.5 Resultado financiero | | 77 |
| 5.6 Comparación con resultados de estudios anteriores | | 79 |
| 6. Proyecciones para escenarios alternativos | 80 | |
| 6.1 Escenario 1: impacto de la estandarización contributiva (CAS, MINSA y MINEDU) y restablecimiento de cotización sobre los aguinaldos y gratificaciones | | 80 |
| 6.2 Escenario 2: impacto del establecimiento de una base mínima contributiva a todos los pensionistas y cese de transferencias de carácter previsional a la ONP | | 84 |
| 6.3 Escenario 3: impacto del crédito por EPS | | 89 |
| 6.4 Escenario 4: impacto de la Ley N° 31041 de Urgencia Médica para la Detección Oportuna y Atención Integral del Cáncer del Niño y del Adolescente | | 90 |
| 6.5 Escenario 5: impacto de la eliminación de las reglas de acreditación para prestaciones de maternidad y extensión del periodo de la prestación económica de maternidad | | 92 |
| 6.6 Escenario 6: impacto del incremento del subsidio por lactancia y sepelio | | 96 |
| 6.7 Escenario 7: impacto de la aplicación de varias medidas simultáneamente | | 100 |
| 6.8 Impacto de la pandemia sobre el incremento de oferta asistencial 2020-2021 (camas, equipamiento, personal, villas y la caracterización de los asegurados) | | 101 |
| 7. Conclusiones y recomendaciones | | 102 |
| 8. Anexo I: datos e hipótesis específicas a EsSalud | | 111 |
| 8.1 Proyección de trabajadores cotizantes | 111 | |
| 8.2 Proyección de asegurados | | 111 |
| 8.3 Proyección de ingresos y reservas | | 112 |
| 8.4 Proyección de los gastos | | 112 |
| 9. Anexo II | | 114 |
| 10. Anexo III | | 114 |
| 11. Anexo IV | | 123 |

▶ Índice de gráficos

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 - Estimaciones de la población total y tasa de crecimiento, 1950-2021 | 20 |
| Gráfico 2 - Estimaciones de la población total y tasa de crecimiento, 2022-2032 | 20 |
| Gráfico 3 - Tasa bruta de natalidad y mortalidad, 1950-2021 (por mil) | 21 |
| Gráfico 4 - Tasa de fertilidad proyectada, 2022-2032 | 21 |
| Gráfico 5 - Pirámides poblacionales del Perú, 2005, 2015, 2021 y 2032 | 22 |
| Gráfico 6 - Tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer, 1950-2021 | 23 |
| Gráfico 7 - Evolución del PIB, inflación y crecimiento salarial, 2012-2021 | 23 |
| Gráfico 8 - Población económicamente activa según sexo como porcentaje del total, 2011-2021 | 24 |
| Gráfico 9 - Tasa de desempleo del área urbana, 2012-2021 | 25 |
| Gráfico 10 - Composición de la PEA según ramas de actividad en porcentaje, 2011 y 2021 | 25 |
| Gráfico 11 - Empleo formal e informal como porcentaje del total, 2011-2021 | 26 |
| Gráfico 12 - Evolución del ingreso medio | 26 |
| Gráfico 13 - Evolución de la incidencia de la pobreza monetaria total y extrema en porcentaje, 2011-2021 | 27 |
| Gráfico 14 - Porcentaje de cobertura de asegurados de EsSalud respecto a la población total peruana, 2011 - 2021 | 29 |
| Gráfico 15 - Porcentaje de población de titulares asegurados de EsSalud respecto a la PEA ocupada, 2011 -2021 | 29 |
| Gráfico 16 - Porcentaje de asegurados de EsSalud por sexo, 2018-2021 | 30 |
| Gráfico 17 - Población asegurada y total según rango de edad en miles, 2021 | 30 |
| Gráfico 18 - Consultas totales, 2005-2021 | 31 |
| Gráfico 19 - Total consultas médicas por cada 100 asegurados, 2005-2021 | 32 |
| Gráfico 20 - Egresos hospitalarios por cada 100 asegurados, 2005-2021 | 32 |
| Gráfico 21 - Total atendidos y emergencias por cada 100 asegurados, 2005-2021 | 33 |
| Gráfico 22 - Intervenciones quirúrgicas por cada 100 asegurados, 2005-2021 | 33 |
| Gráfico 23 - Total cirugías menores por cada 1 000 asegurados, 2005-2021 | 34 |
| Gráfico 24 - Cirugías menores de alto y bajo requerimiento, 2005-2021 | 34 |
| Gráfico 25 - Total cirugías mayores por cada 100 asegurados, 2005-2021 | 35 |
| Gráfico 26 - Cirugías mayores según nivel de complejidad en porcentaje, 2005-2021 | 35 |
| Gráfico 27 - Total trasplante de órganos por cada 10 000 asegurados, 2005-2021 | 36 |
| Gráfico 28 - Total partos anuales por cada 100 asegurados, 2005-2021 | 36 |
| Gráfico 29 - Total anual de nacimientos y cesáreas, 2018-2021 | 37 |
| Gráfico 30 - Evolución de la esperanza de vida de asegurados de EsSalud, según sexo 2022-2032 | 39 |
| Gráfico 31 - Tasa de participación de la fuerza laboral según sexo, 2022-2032 | 40 |
| Gráfico 32 - Desempleo según sexo, 2022-2032 | 40 |
| Gráfico 33 - Número total de titulares asalariados acreditados y porcentaje de cobertura respecto de la PEA | 42 |
| Gráfico 34 - Distribución por edad, sexo para 2022 y 2032 de todos los titulares asalariados | 42 |
| Gráfico 35 - Distribución por edad, sexo para 2022 y 2032 de todos los titulares pensionistas | 43 |
| Gráfico 36 - Distribución de titulares según grupo de asegurados 2022 | 43 |
| Gráfico 37 - Distribución por sexo según grupo de titulares 2022 | 44 |
| Gráfico 38 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los pensionistas públicos | 44 |
| Gráfico 39 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los pensionistas privados | 45 |
| Gráfico 40 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los beneficiarios de la Ley N° 30478 | 45 |
| Gráfico 41 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los funcionarios CAS con EPS | 45 |
| Gráfico 42 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los funcionarios CAS sin EPS | 46 |
| Gráfico 43 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los funcionarios MINEDU/MINSA con EPS | 46 |
| Gráfico 44 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los funcionarios MINEDU/MINSA sin EPS | 46 |
| Gráfico 45 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los trabajadores del sector agrario | 47 |
| Gráfico 46 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los pescadores (EXCBBSP con EPS) | 47 |
| Gráfico 47 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los pescadores (EXCBBSP sin EPS) | 47 |
| Gráfico 48 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los trabajadores privados sin EPS | 48 |
| Gráfico 49 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los trabajadores privados con EPS | 48 |
| Gráfico 50 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los trabajadores públicos sin EPS | 48 |
| Gráfico 51 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los trabajadores públicos con EPS | 49 |
| Gráfico 52 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de trabajadores | 49 |
| Gráfico 53 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de pensionistas | 50 |
| Gráfico 54 - Distribución de derechohabientes según grupo de asegurados, 2022 | 50 |
| Gráfico 55 - Distribución por sexo según grupo de asegurado derechohabientes 2022 | 51 |

| | |
|--|----|
| Gráfico 56 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de pensionistas públicos | 51 |
| Gráfico 57 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de pensionistas privados | 52 |
| Gráfico 58 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de beneficiarios de la Ley N° 30478 | 52 |
| Gráfico 59 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de funcionarios CAS con EPS | 52 |
| Gráfico 60 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de funcionarios CAS sin EPS | 53 |
| Gráfico 61 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de funcionarios MINEDU/MINSA con EPS | 53 |
| Gráfico 62 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de funcionarios MINEDU/MINSA sin EPS | 53 |
| Gráfico 63 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de trabajadores privados sin EPS | 54 |
| Gráfico 64 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de trabajadores privados con EPS | 54 |
| Gráfico 65 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de trabajadores públicos sin EPS | 54 |
| Gráfico 66 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de trabajadoras del sector agrario (Ley N° 31110) | 55 |
| Gráfico 67 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de trabajadores públicos con EPS | 55 |
| Gráfico 68 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de pescadores (EXCBBSP con EPS) | 55 |
| Gráfico 69 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de pescadores (EXCBBSP sin EPS) | 56 |
| Gráfico 70 - Número total de asegurados y porcentaje de cobertura respecto de la población total del país | 56 |
| Gráfico 71 - Total de asegurados de EsSalud, desagregado por grupo de edad para 2022 y 2032 | 57 |
| Gráfico 72 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 del total de asegurados (titulares y derechohabientes) | 57 |
| Gráfico 73 - Distribución de asegurados según grupo de asegurados, 2022 | 58 |
| Gráfico 74 - Distribución por sexo según grupo de asegurados 2022 | 58 |
| Gráfico 75 - Proyección de ingresos desagregado por fuente | 59 |
| Gráfico 76 - Volumen estimado de masa cotizante y contribuciones, 2022-2032 | 60 |
| Gráfico 77 - Evolución de consultas por cada 100 asegurados | 63 |
| Gráfico 78 - Tasa de consultas por cada 100 asegurados | 63 |
| Gráfico 79 - Evolución de hospitalizaciones por cada 100 asegurados | 65 |
| Gráfico 80 - Tasa de hospitalizaciones por cada 100 asegurados | 65 |
| Gráfico 81 - Evolución de emergencias por cada 100 asegurados | 67 |
| Gráfico 82 - Tasa de emergencias por cada 100 asegurados | 67 |
| Gráfico 83 - Evolución de partos por cada 100 asegurados | 69 |
| Gráfico 84 - Tasa de partos por cada 100 asegurados | 69 |
| Gráfico 85 - Evolución de cirugías por cada 100 asegurados | 71 |
| Gráfico 86 - Tasa de cirugías por cada 100 asegurados | 71 |
| Gráfico 87 - Evolución de trasplantes por cada 10 000 asegurados | 73 |
| Gráfico 88 - Tasa de trasplantes por cada 10 000 asegurados | 73 |
| Gráfico 89 - Proyección de gastos desagregada por concepto | 75 |
| Gráfico 90 - Proyección de inflación, crecimiento salarial e inflación médica | 75 |
| Gráfico 91 - Proyección de gasto de prestaciones asistenciales desagregado | 76 |
| Gráfico 92 - Proyección de gasto de prestaciones económicas desagregado | 76 |
| Gráfico 93 - Proyección de ingresos y gastos del escenario base | 78 |
| Gráfico 94 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del escenario base | 79 |
| Gráfico 95 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 1.3 | 82 |
| Gráfico 96 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 1.3 | 82 |
| Gráfico 97 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 1.4 | 83 |

| | |
|--|-----|
| Gráfico 98 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 1.4 | 83 |
| Gráfico 99 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 2.1 | 85 |
| Gráfico 100 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 2.1 | 86 |
| Gráfico 101 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 2.4 | 88 |
| Gráfico 102 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 2.4 | 88 |
| Gráfico 103 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 3.2 | 89 |
| Gráfico 104 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 3.2 | 90 |
| Gráfico 105 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. escenario 4 | 91 |
| Gráfico 106 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del escenario 4 | 91 |
| Gráfico 107 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 5.1 | 93 |
| Gráfico 108 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 5.1 | 93 |
| Gráfico 109 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 5.2 | 94 |
| Gráfico 110 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 5.2 | 95 |
| Gráfico 111 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 5.3 | 95 |
| Gráfico 112 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 5.3 | 96 |
| Gráfico 113 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 6.1 | 98 |
| Gráfico 114 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 6.1 | 98 |
| Gráfico 115 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 6.2 | 99 |
| Gráfico 116 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 6.2 | 99 |
| Gráfico 117 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. varias medidas simultáneamente | 100 |
| Gráfico 118 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas de varias medidas simultáneamente | 101 |

► Índice de cuadros

| | |
|--|-----|
| Cuadro 1 - Subsidio anual por incapacidad temporal y días subsidiados en soles corrientes, 2018-2021 | 37 |
| Cuadro 2 - Subsidio anual por maternidad y días subsidiados en soles corrientes, 2018-2021 | 38 |
| Cuadro 3 - Subsidio anual por lactancia en soles corrientes, 2018-2021 | 38 |
| Cuadro 4 - Subsidio anual por sepelio en soles corrientes, 2018-2021 | 39 |
| Cuadro 5 - Número total y por sexo de los asalariados y pensionistas cotizantes, y de los titulares y derechohabientes acreditados, durante el periodo 2022-2032 | 41 |
| Cuadro 6 - Evolución del crecimiento salarial | 59 |
| Cuadro 7 - Distribución por grupo de masa cotizante y cotizaciones | 61 |
| Cuadro 8 - Evolución del Fondo de Reserva | 62 |
| Cuadro 9 - Tasa de utilización por cada 100 asegurados | 64 |
| Cuadro 10 - Tasa de hospitalizaciones por cada 100 asegurados | 66 |
| Cuadro 11 - Tasa de emergencias por cada 100 asegurados | 68 |
| Cuadro 12 - Tasa de partos por cada 100 asegurados | 70 |
| Cuadro 13 - Tasa de cirugías por cada 100 asegurados | 72 |
| Cuadro 14 - Tasa de trasplantes por cada 10 000 asegurados | 74 |
| Cuadro 15 - Proyección de ingresos y gastos del escenario base | 78 |
| Cuadro 16 - Estimaciones de la población total y tasa de crecimiento, 2022-2032 | 114 |
| Cuadro 17 - Tasas de fertilidad, 2022-2032 | 115 |
| Cuadro 18 - Estimaciones de la población según sexo y rango de edad, 2032 | 115 |
| Cuadro 19 - Evolución del PIB, inflación y crecimiento salarial, 2012-2027 | 116 |
| Cuadro 20 - Fuerza laboral según sexo, 2022-2032 | 117 |
| Cuadro 21 - Desempleo según sexo, 2022-2032 | 117 |

| | |
|---|-----|
| Cuadro 22 - Porcentaje de población de titulares asegurados de EsSalud respecto de la PEA ocupada, 2011-2021 | 118 |
| Cuadro 23 - Porcentaje de asegurados de EsSalud por sexo, 2018-2021 | 118 |
| Cuadro 24 - Población asegurada y total según rango de edad en miles, 2021 | 118 |
| Cuadro 25 - Consultas totales, 2018-2021 | 119 |
| Cuadro 26 - Total consultas externas por cada 100 asegurados, 2018-2021 | 119 |
| Cuadro 27 - Total egresos hospitalarios por cada 100 asegurados, 2018-2021 | 119 |
| Cuadro 28 - Total emergencias por cada 100 asegurados, 2018-2021 | 119 |
| Cuadro 29 - Total intervenciones quirúrgicas por cada 100 asegurados, 2018-2021 | 120 |
| Cuadro 30 - Total cirugías mayores por cada 100 asegurados, 2018-2021 | 120 |
| Cuadro 31 - Total cirugías menores de alto y bajo requerimiento, 2018-2021 | 120 |
| Cuadro 32 - Total cirugías menores por cada 1 000 asegurados, 2018-2021 | 120 |
| Cuadro 33 - Total cirugías mayores según nivel de complejidad, 2018-2021 | |
| Cuadro 34 - Total hemodiálisis por cada 100 asegurados, 2018-2021 | 121 |
| Cuadro 35 - Total trasplantes de órganos por cada 10 000 asegurados, 2018-2021 | 121 |
| Cuadro 36 - Total anual de nacimientos y cesáreas, 2018-2021 | 122 |
| Cuadro 37 - Evolución de la esperanza de vida de asegurados de EsSalud según sexo 2022-2032 | 122 |
| Cuadro 38 - Número total de titulares asalariados acreditados y porcentaje de cobertura respecto de la PEA | 123 |
| Cuadro 39 - Escenario base: proyección ingresos, resultado financiero | 123 |
| Cuadro 40 - Subescenario 1.1: impacto de la no existencia de topes contributivos para CAS | 124 |
| Cuadro 41 - Subescenario 1.2: impacto de la no existencia de topes contributivos para MINEDU y MINS | 124 |
| Cuadro 42 - Subescenario 1.3: impacto de la no existencia de topes contributivos para CAS, MINEDU y MINS | 125 |
| Cuadro 43 - Subescenario 1.4: impacto del restablecimiento de las aportaciones a EsSalud sobre los aguinaldos y gratificaciones de Fiestas Patrias y Navidad | 125 |
| Cuadro 44 - Subescenario 1.5: impacto del subescenario 1.3 y 1.4 simultáneamente | 126 |
| Cuadro 45 - Subescenario 2.1: impacto del establecimiento de la pensión mínima de 500 soles como base mínima de cotización para los pensionistas | 126 |
| Cuadro 46 - Subescenario 2.2: impacto de la aplicación del 4,5 por ciento sobre el valor presente de una pensión mínima de 500 soles para quienes decidan retirar el 95,5 por ciento de sus Cuentas Individuales de Capitalización | 127 |
| Cuadro 47 - Subescenario 2.3: impacto del aumento de las pensiones proporcionales de 250 y 350 soles a la pensión mínima de 500 soles para efectos de cotización | 127 |
| Cuadro 48 - Subescenario 2.4: impacto de la eliminación de la transferencia de obligaciones desde EsSalud a la ONP | 128 |
| Cuadro 49 - Subescenario 2.5: impacto de todos los subescenarios considerados simultáneamente | 128 |
| Cuadro 50 - Subescenario 3.1: impacto del crédito por EPS - Evaluación de la reducción de ingresos al pasar a una proporción de 30 por ciento de la prima transferida a las EPS, para los asegurados en esa modalidad, y un 70 por ciento de la prima a EsSalud | 129 |
| Cuadro 51 - Subescenario 3.2: impacto del crédito por EPS - Evaluación de la reducción de ingresos al pasar a una proporción de 40 por ciento de la prima transferida a las EPS, para los asegurados en esa modalidad, y un 60 por ciento de la prima a EsSalud | 129 |
| Cuadro 52 - Subescenario 3.3: impacto del crédito por EPS - Evaluación de la reducción de ingresos al pasar a una proporción de 50 por ciento de la prima transferida a las EPS, para los asegurados en esa modalidad, y un 50 por ciento de la prima a EsSalud | 130 |
| Cuadro 53 - Escenario 4: impacto de la Ley N° 31041 de Urgencia Médica para la Detección Oportuna y Atención Integral del Cáncer Del Niño y del Adolescente | 130 |
| Cuadro 54 - Subescenario 5.1: impacto de la eliminación del periodo de carencia para recibir prestaciones asistenciales de maternidad y las prestaciones económicas de maternidad y lactancia | 131 |
| Cuadro 55 - Subescenario 5.2: impacto de la extensión de la duración de la prestación económica de maternidad de 14 semanas (98 días) a 20 semanas (140 días) | 131 |
| Cuadro 56 - Subescenario 5.3: impacto simultáneo de los dos escenarios de maternidad | 132 |
| Cuadro 57 - Subescenario 6.1: impacto del incremento del subsidio de lactancia y de sepelio en un 50% en el 2023 y aumento con la inflación general a partir del 2024 | 132 |
| Cuadro 58 - Subescenario 6.2: impacto del incremento del subsidio de lactancia y de sepelio en un 100% en el 2023 y aumento con la inflación general a partir del 2024 | 133 |
| Cuadro 59 - Escenario 7: impacto de la aplicación de varias medidas simultáneamente | 133 |

▶ Abreviaturas, acrónimos y referencias clave

| | |
|---------|--|
| AFP | Administradoras de Fondos de Pensiones |
| EPS | Entidades Prestadoras de Salud |
| EsSalud | Seguro Social de Salud del Perú |
| INEI | Instituto Nacional de Estadística e Informática |
| OIT | Organización Internacional del Trabajo |
| RIM | Remuneración Íntegra Mensual |
| RMV | Remuneración Mínima Vital |
| SIS | Seguro Integral de Salud |
| SPP | Sistema Privado de Pensiones |
| SSA | Seguro de Salud Agrario |
| SR | Seguro Regular |
| S/ | Símbolo de «Soles» moneda de curso legal en Perú |
| SOCPRO | Departamento de Protección Social de la OIT |

► Prólogo

El presente informe fue realizado en atención al Convenio Marco de Cooperación interinstitucional entre EsSalud y OIT, luego de suscripto el convenio específico que establece un mecanismo de colaboración y cooperación técnica especializada por parte de la OIT para la ejecución de un Programa de Asistencia Técnica (PAT) que se denomina: «Fortalecimiento institucional de EsSalud: Gobernanza y capacidad actuarial».

El informe, referido al Estudio Actuarial con año base 2021 e información complementaria del año 2022 y 2023, es consistente con los estudios actuariales del 2005, 2012, 2015 y 2018, llevados a cabo también por la OIT. Esta concatenación entre informes actuariales permite imprimir un carácter de historia única a las condiciones financieras y de gestión de EsSalud, la cual se debe analizar a través de los distintos capítulos que cada estudio representa, los que contribuyeron a la preparación del presente estudio.

Las proyecciones elaboradas constituyen una herramienta indispensable para la toma de decisiones y se realizaron con el objetivo de mantener la sostenibilidad a mediano y largo plazo del sistema de salud administrado por EsSalud. Las normas internacionales del trabajo, en especial el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), constituyeron referencias obligadas para el análisis y las recomendaciones sistematizadas.

El presente trabajo es el resultado del estudio actuarial elaborado por la OIT, realizado con información al 31 de diciembre de 2021, así como con información complementaria para el año 2022 y 2023. El estudio abarca temas como: marco normativo (leyes y reglamentos); entorno demográfico, económico, laboral y social del Perú; perfil epidemiológico y características de los afiliados; evolución de la población afiliada, los servicios médicos y prestaciones económicas; proyecciones demográficas y financieras del escenario base y de los escenarios alternativos, incluyendo conclusiones y recomendaciones.

Esta revisión actuarial se ha llevado a cabo de conformidad con las normas actuariales internacionales y las prácticas actuariales, en particular el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), el Convenio sobre asistencia médica y prestaciones de enfermedad, 1969 (núm. 130), el Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183), de la OIT, las directrices de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) y la OIT sobre el Trabajo Actuarial para la Seguridad Social y las Normas Internacionales de Práctica Actuarial (ISAP), recomendadas por el Asociación Actuarial Internacional (IAA).

Se espera que el informe se constituya en un importante instrumento para visualizar las medidas que mejoren el escenario financiero y promuevan una discusión técnica amplia sobre la situación actual del Seguro Social de Salud y sobre las opciones para mejorar el desempeño presente y futuro.

La elaboración estuvo a cargo de los Servicios de Finanzas Públicas, Servicios Actuariales y Estadísticos de la sede de la OIT (Ginebra, Suiza), en las personas de Helmut Schwarzer (jefe de la unidad), Cristina Lloret, Andrés Acuña y Sergio Velasco. Víctor Hugo Molinas tuvo a su cargo la redacción, con apoyo de Cristina Lloret. El trabajo fue coordinado por Pablo Casalí, especialista en seguridad social de la OIT, con apoyo de Vanessa Irus.

Resulta importante destacar la colaboración brindada durante todo el proceso por la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas a cargo de Manuel Ernesto Fernández López y, en especial, el apoyo de la Oficina de Estudios y Gestión de Riesgos de Seguros.

▶ Resumen ejecutivo

La presente valuación actuarial de EsSalud utiliza datos al 31 de diciembre del 2021, del 2022 y de inicios del 2023. Se emplea el modelo de salud de la OIT para llevar a cabo la proyección demográfica y financiera del régimen. El periodo de proyección abarca del año 2022 al 2032.

La situación financiera del régimen bajo el escenario base es frágil en el corto y mediano plazo. Aunque se presentó un resultado superavitario en el 2022, se prevé que surjan déficits a partir del año 2023, y que el resultado acumulado se agote en el 2024, de tal forma que se comenzaría a utilizar la reserva legal en dicho año hasta que se termine en el 2026. A partir del año 2023, la situación deficitaria se justifica por el incremento esperado en prestaciones médicas y económicas, la disminución de otros ingresos y, principalmente, por el aumento del gasto a partir de ese año en infraestructuras, al pasar de un gasto de 887 millones de soles en 2023 a 2 077 millones de soles en 2032. Dada la situación de fragilidad del equilibrio financiero, se recomienda iniciar lo antes posible un proceso de diálogo social y de toma de decisiones hacia una estrategia integral de medidas que ayuden a conducir el régimen a una situación financieramente sostenible en el mediano plazo.

Se han analizado siete escenarios alternativos, que incluyen 19 subescenarios, con el objetivo de considerar posibles medidas para mejorar la situación financiera del régimen y la cobertura ofrecida. Estos seis escenarios son:

1. Impacto de la estandarización contributiva (CAS, MINSA y MINEDU) y restablecimiento de cotización sobre aguinaldo y gratificaciones.
2. Impacto del establecimiento de una base mínima contributiva a todos los pensionistas y cese de transferencias de carácter previsional a la ONP.
3. Impacto del crédito por EPS.
4. Impacto de la Ley de Urgencia Médica para la Detección Oportuna y Atención Integral del Cáncer del Niño y del Adolescente (Ley N°31041).
5. Impacto de la eliminación de las reglas de acreditación para prestaciones de maternidad y extensión del periodo de la prestación económica de maternidad.
6. Impacto del incremento del subsidio por lactancia y sepelio.
7. Impacto de varias medidas simultáneas.

Los primeros dos escenarios tienen como objetivo evaluar el ingreso extra que se generaría bajo ciertas modificaciones del régimen. Los siguientes cuatro escenarios evalúan la pérdida de ingresos (impacto del

crédito por EPS) o el aumento de los gastos generados por la ampliación o mejora de ciertas prestaciones ofrecidas por EsSalud.

Un último escenario se ha propuesto de manera teórica para ilustrar un conjunto de medidas para reequilibrar la situación financiera y mejorar las prestaciones ofrecidas. Este escenario se compone de las siguientes medidas:

1. Restablecimiento de cotización sobre aguinaldo y gratificaciones, cotización de 12 a 14 meses.
2. Establecimiento de una base mínima contributiva a todos los pensionistas (SPP y pensión proporcional) y cese de transferencias de carácter previsional a la ONP.
3. Impacto del crédito por EPS, considerando una proporción de 30 por ciento de la prima transferida a las EPS, para los asegurados en esa modalidad, y un 70 por ciento de la prima a EsSalud.
4. Impacto de la Ley de Urgencia Médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente (Ley N° 31041).
5. Eliminación de las reglas de acreditación para prestaciones de maternidad y extensión del periodo de la prestación económica de maternidad.
6. Incremento del subsidio por lactancia y sepelio, considerando un aumento del 100 por ciento.

Al aplicar todas las medidas simultáneamente se obtienen superávits en los años 2024 y 2025, y a partir del año 2026 inician los déficits que agotan los resultados acumulados en el 2027, momento a partir del cual se empieza a utilizar la reserva legal.

La reserva legal se incrementa de manera sostenida hasta el 2027, momento en el que se empieza a utilizar y continúa disminuyendo durante el plazo de la proyección, hasta representar en el 2032 solo el 11 por ciento de los gastos en prestaciones del ejercicio anterior.

En esta valuación actuarial se recomienda principalmente:

- Fortalecer el primer nivel de atención para aumentar su capacidad resolutoria y la eficiencia en el gasto.
- Equiparar las condiciones de contribución de los grupos CAS, MINSA, MINEDU con respecto a los trabajadores privados, para poder estar en línea con los principios de equidad, solidaridad y sostenibilidad financiera, principios que deberían observarse siempre que se realicen ajustes o se adopten nuevas políticas.
- Dentro de lo que es posible en el contexto actual, revertir la inafectación de las gratificaciones por

Fiestas Patrias y Navidad, dados los efectos negativos sobre el financiamiento de EsSalud.

- Asegurar una base mínima de cotización para todos los pensionistas, con el propósito de evitar discriminación y contribuir a la sostenibilidad financiera.
- Dado que los efectos de la Ley N° 30478 son negativos para los trabajadores y sus familias y para la sostenibilidad del Seguro Social de Salud, y que con su aplicación (un pago único en vez de pagos periódicos) se contravienen los principios establecidos en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) de la OIT, se recomienda suprimir dicha ley.
- Realizar las gestiones ante la autoridad competente para que se dé por cumplida la obligación del pago de pensiones ONP, y se liberen los recursos que deberían utilizarse solamente para financiar prestaciones en salud, en los correspondientes gastos de administración, y en la actualización y modernización de la infraestructura.
- Que cualquier medida que mejore las prestaciones (cobertura de maternidad, subsidios de lactancia y sepelio, adopción de nuevas prestaciones, etc.), vaya acompañada por una estrategia de generación de los recursos necesarios para financiar dichas mejoras y de esa manera evitar agudizar el debilitamiento de la posición financiera del régimen que ocasionan dichas mejoras.
- Iniciar un diálogo político con todas las partes involucradas, acerca de la necesidad de eliminar la práctica, recurrente en los últimos años, de aprobar legislaciones que impliquen nuevos gastos o menores ingresos para EsSalud, si estas no tienen una contraparte, evaluada actuarialmente, que neutralice cualquier efecto adverso en sus finanzas.
- En atención a que, de acuerdo con el escenario base, se esperan resultados negativos durante prácticamente todo el periodo de proyección, se recomienda adoptar una estrategia integral que incida tanto en los ingresos como en el gasto, que incluya medidas para mejorar las prestaciones. Esta estrategia deberá implementarse gradualmente en atención a la naturaleza de cada uno de sus componentes, hasta alcanzar el equilibrio financiero del régimen.
- Adoptar una estrategia realista con el contexto y las probabilidades de implementación, e intervenir para crear la voluntad política para la implementación de las medidas necesarias que contribuyan a la mejora de la sostenibilidad financiera y de las prestaciones de EsSalud.
- Fortalecer el área encargada del desarrollo de estudios actuariales de EsSalud, con el objeto de que esta cuente en un futuro cercano con la capacidad y las herramientas necesarias para evaluar actuarialmente cualquier ajuste propuesto que pueda afectar potencialmente el equilibrio financiero de la Institución. Se recomienda que cualquier propuesta de ley o nueva normativa sea revisada y evaluada por esta área, con el objeto de asegurar su sostenibilidad y cumplimiento con los principios de la seguridad social.
- Finalmente, establecer planes de implementación de cada uno de los aspectos de la estrategia integral, y en cada uno definir metas y objetivos, personas responsables, tiempos perentorios para su ejecución, y prever los recursos necesarios para financiar los trabajos involucrados.

▶ 1. Introducción

El presente informe fue realizado en atención al Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre EsSalud y OIT, suscrito el 8 de julio de 2011, cuyo objeto es «...establecer y desarrollar instrumentos de mutua colaboración y cooperación técnica especializada para la ejecución de diversos proyectos y programas, destinados a mejorar la calidad de la atención, ampliar la cobertura del aseguramiento en salud y establecer mecanismos eficientes que garanticen la sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo del sistema de seguridad social en salud». Posteriormente fue suscrito el Convenio específico que establece un mecanismo de colaboración y cooperación técnica especializada por parte de la OIT para la ejecución de un Programa de Asistencia Técnica (PAT) que se denomina: «Fortalecimiento institucional de EsSalud: Gobernanza y capacidad actuarial».

Un estudio actuarial se basa en un modelo matemático «multi-enfoque» (demográfico, económico y financiero a la vez), por lo que para la realización del presente trabajo se han considerado aspectos fundamentales, expuestos en cinco capítulos temáticos, además de una introducción y un apartado de conclusiones y recomendaciones.

En el capítulo 2 se exponen brevemente los antecedentes desde la creación y evolución, hasta llegar a lo que hoy día es EsSalud, así como el marco normativo, tanto leyes como reglamentos relevantes que atañen a la definición de la población a ser cubierta, las prestaciones otorgadas, las condiciones de elegibilidad y la forma de financiamiento.

En el capítulo 3 se presenta información a nivel país, sobre los siguientes aspectos: demográfico, económico, laboral y social en los que ha venido operando EsSalud, y se enfatiza en el desempeño de los años más recientes. El capítulo 4 analiza patrones y condiciones en materia de afiliación, así como características en cuanto a la provisión de servicios médicos y prestaciones tales como consultas, hospitalizaciones, cirugías, procesos de hemodiálisis y trasplantes. En el segundo apartado de este capítulo, se abordan características en materia de prestaciones económicas, en función de edad, sexo y tipo de seguro, y se incluyen los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y sepelio.

El capítulo 5 incluye las proyecciones y cálculos del escenario base: fuerza de trabajo, titulares, derechohabientes, masa salarial y otras variables importantes. La proyección de los ingresos se muestra desagregada en ingresos por cotizaciones, ingresos financieros y otros ingresos. En materia de utilización de servicios, las proyecciones consideran los mismos servicios contemplados en el capítulo 4. La proyección de los gastos se muestra desagregada en gastos en prestaciones asistenciales, gastos en prestaciones económicas, gastos administrativos, gastos en infraestructura y otros gastos. También se exponen los resultados financieros del seguro para los siguientes diez años, y el capítulo finaliza con una breve comparación con los resultados del estudio anterior.

El capítulo 6 desarrolla siete escenarios alternativos, y sus respectivos subescenarios, que contemplan cambios en algunas variables relevantes en el esquema financiero de EsSalud. Los primeros dos escenarios tienen como objetivo evaluar el ingreso extra que se generaría bajo ciertas modificaciones del régimen. Los siguientes cuatro escenarios evalúan la pérdida de ingresos (impacto del crédito por EPS) o el aumento de los gastos generados por la ampliación o mejora de ciertas prestaciones ofrecidas por EsSalud. Considerando los tiempos necesarios de implementación de medidas, los escenarios alternativos evalúan el impacto de implementar las medidas a partir del 2024, mientras que los años 2022 y 2023 de los escenarios alternativos seguirán la misma evolución que bajo el escenario base. Un último escenario, el escenario 7, evalúa el impacto de implementar varias medidas simultáneamente.

► 2. Marco normativo (leyes y reglamentos)

2.1 Breve historia

El Sistema de Seguridad Social fue promulgado el 12 de agosto de 1936, mediante la Ley N° 8433 que crea el Seguro Social Obrero Obligatorio y la Caja Nacional del Seguro Social, exclusivamente para la atención de la clase trabajadora obrera para los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. Posteriormente, se promulga el Decreto Ley N° 10902 el 19 de noviembre de 1948, que crea la Caja Nacional del Seguro Social del Empleado para la protección del empleado público y particular ante los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte.

Luego, el 01 de mayo de 1973 se adopta el Decreto Ley N° 19990, que unifica los diversos regímenes de pensiones existentes del Perú (pero permaneciendo los regímenes de salud diferenciados), y el 06 de noviembre de 1973 se expide el Decreto Ley N° 20212, mediante el cual se crea el Seguro Social del Perú, dependiente del Ministerio de Trabajo.

Mediante el Decreto Ley N° 23161 del 16 de julio de 1980, se crea el Instituto Peruano de Seguridad Social, como una institución autónoma y descentralizada del Ministerio de Trabajo, que amplía la cobertura a la población peruana con un carácter universal e integral. Normativamente fue complementado por la Ley General del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), Ley N° 24786 del 28 de diciembre de 1987.

En 1997 se promulga la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y, finalmente, el 30 de enero de 1999, mediante la Ley N° 27056, se crea el Seguro Social de Salud (EsSalud), ente encargado de las prestaciones de salud, económicas y sociales a los asegurados y sus derechohabientes, en calidad de organismo público descentralizado del sector Trabajo y Promoción del Empleo, con personería jurídica de derecho público interno, autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable.

Se destacan: el Decreto Legislativo N° 1057, que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios; el Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado; y, finalmente, la Ley N° 29944, Ley de Reforma Magisterial.

2.2 Población cubierta

El universo de personas a cubrir son los trabajadores, tanto dependientes como independientes y

sus derechohabientes, las personas dedicadas exclusivamente a las tareas del hogar y otras que puedan ser comprendidas. El Seguro Social de Salud gestiona dos tipos de asegurados:

- a) «Regulares» comprendido por i) los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores; y ii) los pensionistas que perciben pensión de jubilación, incapacidad o de sobrevivencia.
- b) «Potestativos» abarca a los no comprendidos en los puntos anteriores.

La cobertura alcanza a los derechohabientes que se definen como el cónyuge o el concubino, así como a los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, siempre que no sean afiliados obligatorios. La cobertura de los hijos se inicia desde la concepción en la atención a la madre gestante.

2.3 Prestaciones cubiertas

EsSalud cubre tanto servicios médicos como prestaciones económicas por enfermedad, maternidad, lactancia y sepelio, así como programas de extensión social y planes de salud especiales que favorecen a la población no asegurada y de escasos recursos. A continuación, se detallan las principales características:

Asistencia médica (salud)

Las prestaciones de los servicios médicos comprenden desde la prevención y la promoción (educación para la salud, evaluación y control de riesgos e inmunizaciones), hasta la recuperación de la salud (asistencia médica general y especializada, educación para la salud, maternidad, servicio dental, atención de urgencias, emergencia de prevención, atención quirúrgica, hospitalización, servicios de laboratorio, prótesis, medicamentos y suministros médicos y rehabilitación).

La cobertura de maternidad consiste en el cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto, extendiéndose al periodo de puerperio y al cuidado de la salud del recién nacido.

Las prestaciones médicas para las personas a cargo son las mismas que las de los asegurados titulares, y comprenden al cónyuge o concubino/a del asegurado y a los hijos menores de 18 años de edad o hijos incapacitados en forma total y permanente para el trabajo.

Existen exclusiones, ya que no cubre cirugía plástica, odontología estética, lentes de contacto y daños derivados de intento de suicidio, entre otros.

Prestaciones económicas

Subsidio por incapacidad temporal es el monto en dinero que se otorga a los asegurados regulares en actividad, agrarios y de regímenes especiales, con el fin de compensar la pérdida económica derivada de la incapacidad para el trabajo, ocasionada por el deterioro de la salud.

Las prestaciones monetarias incluyen subsidio por incapacidad temporal, consistente en el 100 por ciento del ingreso diario promedio del asegurado en los últimos doce meses, pagadera por EsSalud a partir del día 21 y hasta un plazo máximo de 11 meses y 10 días. El empleador paga la prestación durante los primeros 20 días, luego es pagada por el seguro de salud.

La prestación por sepelio es el monto en dinero que otorga EsSalud, hasta por un monto máximo de 2 070 soles, al beneficiario de la prestación por sepelio que acredite haber efectuado gastos de servicios funerarios por la muerte de un asegurado regular titular, sea activo o pensionista.

El beneficio no se puede combinar con la asignación de funeral o el subsidio de sepelio pagado por el régimen de vejez, invalidez y sobrevivientes, y no se paga si la muerte es el resultado de un accidente de trabajo.

La cobertura de maternidad consiste en el cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto, extendiéndose al periodo de puerperio y al cuidado de la salud del recién nacido. La prestación económica es el subsidio por maternidad y se otorga por 98 días, los cuales se pueden distribuir en los periodos inmediatamente anteriores o posteriores al parto, conforme lo elija la madre, a condición de que durante esos periodos no realice trabajo remunerado.

El subsidio se extiende por treinta días adicionales en los casos de nacimiento múltiple o niños con discapacidad. El subsidio por maternidad es el monto en dinero al que tienen derecho las aseguradas titulares en actividad, a fin de resarcir el lucro cesante como consecuencia del alumbramiento y de las necesidades del cuidado del recién nacido.

El subsidio por lactancia se otorga en favor del recién nacido cuyo padre o madre es afiliado regular y consiste en un monto único indivisible, actualmente fijado en 820 soles por cada recién nacido.

Prestaciones sociales

Las prestaciones de bienestar y promoción social comprenden actividades de proyección, ayuda social y rehabilitación para el trabajo, y están dirigidas especialmente a la población adulta mayor o con discapacidad.

2.4 Condiciones de elegibilidad

El universo de personas a cubrir son los trabajadores, tanto dependientes como independientes, y sus derechohabientes, las personas dedicadas exclusivamente a las tareas del hogar y otras que puedan ser comprendidas. El Seguro Social de Salud gestiona dos tipos de asegurados:

- a) «Regulares» comprendido por i) los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores; y ii) los pensionistas que perciben pensión de jubilación, incapacidad o de sobrevivencia.
- b) «Potestativos» abarca a los no comprendidos en los puntos anteriores.

Los afiliados y sus derechohabientes tienen el derecho a las prestaciones del Seguro Social de Salud, siempre que aquellos cuenten con tres meses de aportes consecutivos o con cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendario, anteriores al mes en que se inició la causal. En caso de accidente o emergencia sanitaria, basta que exista afiliación, mientras que, en el caso de los afiliados potestativos, los periodos de aportación son los que corresponden a aportes efectivamente cancelados. Para los pensionistas no hay periodo de carencia o calificación, es decir, mantienen su cobertura siempre y cuando continúen con su condición.

Existen calificaciones especiales para trabajadores por temporada, a destajo o ciertos tipos de trabajo, entre los que se encuentran: trabajadores agrícolas y estibadores terrestres que debe acreditar al menos tres meses consecutivos de cotizaciones o cuatro meses no consecutivos de cotizaciones en los seis meses anteriores al inicio de la incapacidad. Los pescadores y procesadores de pescado deben acreditar al menos tres meses consecutivos de cotizaciones.

En lo que respecta a las prestaciones de maternidad, la condición para el goce de las prestaciones es que el titular del seguro se encuentre afiliado, no requiriéndose requisito mínimo de aportes anterior al mes en el que se inició la contingencia. Las prestaciones de salud por maternidad se otorgan de forma inmediata.

El subsidio de sepelio y prestaciones médicas, como asistencia social, está sujeto a prueba de recursos, para lo cual no debe estar cubierto por el seguro de salud y estar clasificado como en pobreza o en pobreza extrema, de acuerdo con el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), excepto en el caso de mujeres embarazadas o hijos menores de cinco años.

2.5 Financiamiento

Los afiliados regulares en actividad, deben aportar el 9 por ciento de la base imponible con las siguientes aclaraciones:

- Trabajador activo, trabajador del hogar, de su remuneración o ingreso¹.
- Personal con contrato administrativo de servicio tiene una base imponible del 45 por ciento de la UIT (Unidad Impositiva Tributaria)².
- Pescadores artesanales independientes³, 9 por ciento del valor del producto comercializado en el punto de desembarque, a cargo de: a) comercializador, 4 por ciento; b) armador artesanal, 3 por ciento; y c) pescador artesanal independiente, 2 por ciento.
- Procesadores pesqueros artesanales independientes⁴ aportan el 9 por ciento de la RMV (Remuneración Básica Vital).
- Trabajador pesquero dependiente, 9 por ciento de la remuneración.

Los afiliados pensionistas el 4 por ciento de la pensión. Mientras que el aporte de los afiliados potestativos es el que corresponde al plan elegido por cada afiliado.

Los trabajadores agrarios se dividen en dos categorías:

a) Agrario dependiente

- Empleador de empresas que en el año fiscal previo hubieran declarado 100 o más trabajadores o ventas mayores a 1 700 (mil setecientas) UIT:

| Periodo | Tasa |
|---------------------|------|
| De 2021 a 2022 | 7 % |
| De 2023 a 2024 | 8 % |
| De 2025 en adelante | 9 % |

- El aporte mensual para los trabajadores de la actividad agraria, a cargo de los contribuyentes, que en el año anterior hubieran declarado menos de 100 trabajadores o ventas menores a 1 700 (mil setecientas) UIT, aplica la tasa siguiente sobre la Remuneración Básica (RB) será:

| Periodo | Tasa |
|---------------------|------|
| De 2021 a 2027 | 6 % |
| De 2028 en adelante | 9 % |

b) Agrario independiente: 6 por ciento de la RMV vigente

Los ingresos mínimos mensuales considerados para el cálculo de las cotizaciones de los pescadores independientes y de los procesadores de pescado son iguales al salario mínimo mensual. No existen ingresos máximos considerados para el cálculo de las cotizaciones.

El Estado cotiza solo como empleador en los casos que corresponda.

Los asegurados potestativos son toda persona residente en el país, nacional o extranjero, especialmente trabajadores independientes y sus dependientes, universitarios, practicantes. El aporte es en función del contrato suscrito, edad y cantidad de derechohabientes.

| Rango de edad | Aporte en S/ |
|---------------|--------------|
| 0 - 17 | 137 |
| 18 - 29 | 132 |
| 30 - 59 | 138 |
| 60 a + | 215 |

¹ Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud; Art. 6 -Aportes.

² De acuerdo con el Decreto de Urgencia N° 028-2019, a partir del año fiscal 2020, la contribución tiene como base imponible el equivalente al 45% de la UIT vigente y para el año fiscal 2021, la base imponible será el equivalente al 55% de la UIT vigente en el ejercicio por cada asegurado.

³ Ley N° 27177. Ley que incorpora como Afiliados Regulares del Seguro Social de Salud a los Pescadores y Procesadores Pesqueros Artesanales Independientes. Art. 3.

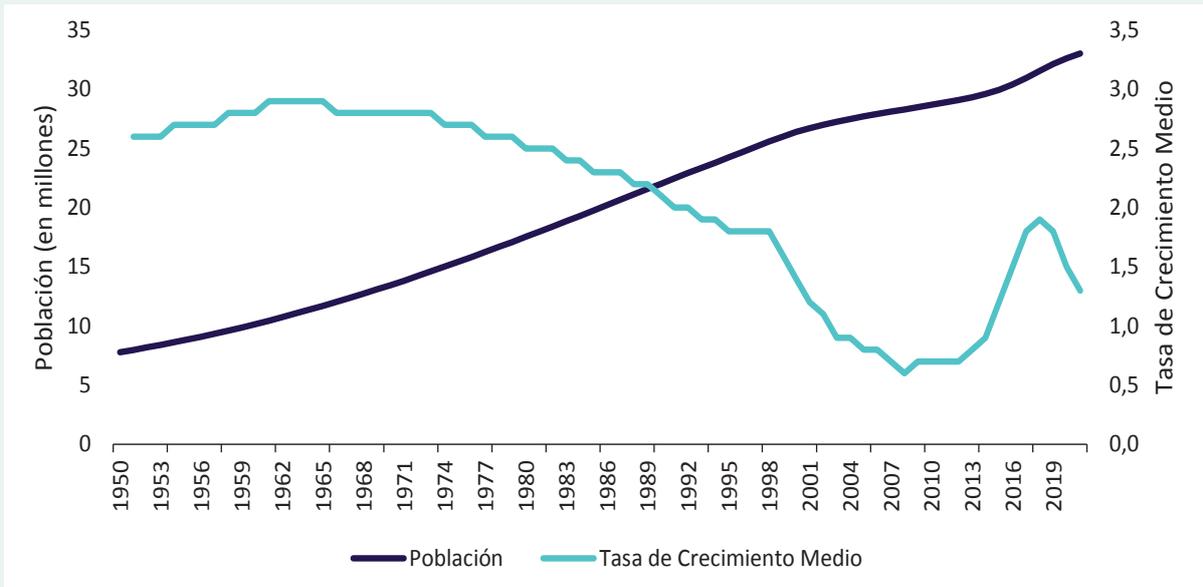
⁴ Ley N° 27177. Ley que incorpora como Afiliados Regulares del Seguro Social de Salud a los Pescadores y Procesadores Pesqueros Artesanales Independientes

▶ 3. Entorno demográfico, económico, laboral y social del Perú

3.1 Entorno demográfico

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la población peruana se estimó en 33 035 304 personas para el 2021, de las cuales 49,63 por ciento eran hombres y 50,37 por ciento mujeres, con una tasa de crecimiento medio anual de la población marginal decreciente, al pasar de 2,53 por ciento en 1980 al 1,45 por ciento en 2000 y 1,25 por ciento en 2021.

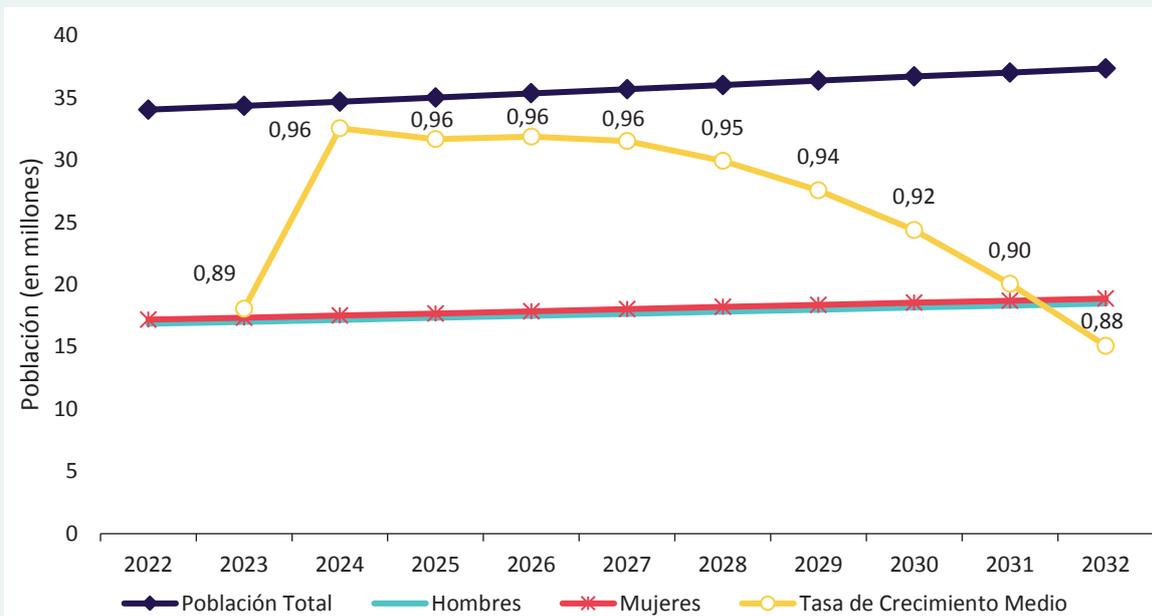
▶ Gráfico 1 - Estimaciones de la población total y tasa de crecimiento, 1950-2021



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INEI.

Para el 2032, se estima que la población total siga aumentando hasta llegar a 37 357 050 personas, y que la tasa de crecimiento medio decrezca hasta 0,88.

▶ Gráfico 2 - Estimaciones de la población total y tasa de crecimiento, 2022-2032

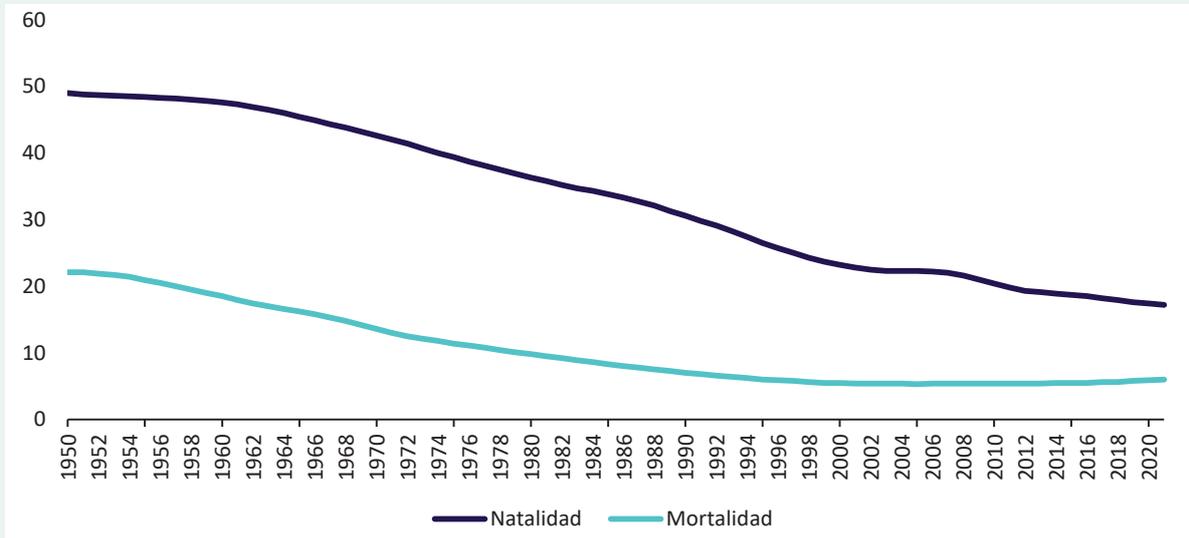


Fuente: elaboración propia a partir de datos del World Population Prospects 2022, UN.

Este comportamiento se corresponde con la reducción de la tasa global de fecundidad por mujer, la cual baja de 5 hijos por mujer en 1980 a 2,2 hijos en 2021.

Del mismo modo, la tasa bruta de natalidad presentó una disminución, que alcanzó en el 2021 un nivel de 17,2 nacimientos por cada mil habitantes. Adicionalmente, la tasa bruta de mortalidad desciende de 9,8 en 1980 a 6,0 en el 2021.

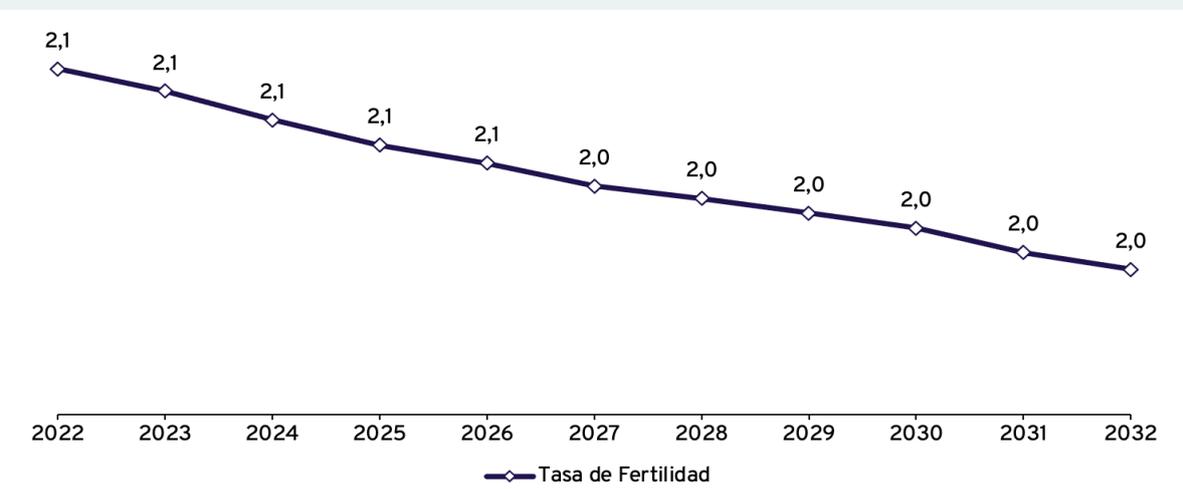
► Gráfico 3 - Tasa bruta de natalidad y mortalidad, 1950-2021 (por mil)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INEI.

Se espera que la tasa de fertilidad siga descendiendo desde 2,15 en 2022, a 1,98 en 2032, la cual se reduce en todos los rangos en edad fértil. En el siguiente gráfico se presenta la tasa para el rango de 15-49 años.

► Gráfico 4 - Tasa de fertilidad proyectada, 2022-2032

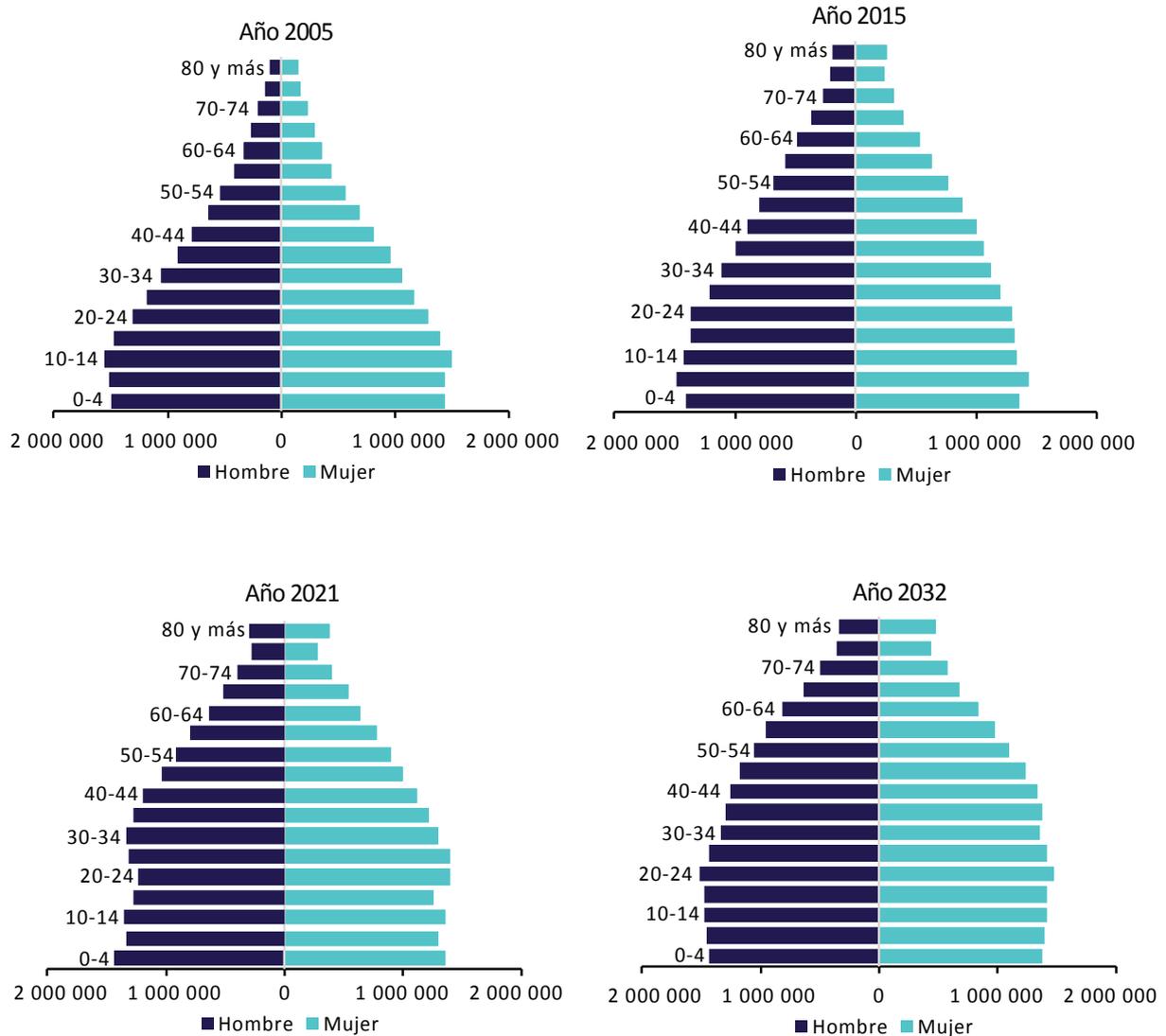


Fuente: elaboración propia a partir de datos del World Population Prospects 2022, UN.

En cuanto a su estructura etaria, las pirámides poblacionales de los años 2005, 2015 y 2021 muestran una población en transición que experimenta un bono demográfico, cuyos beneficios perdurarán por casi una década. La dinámica entre 2005 y 2015 es clara en reflejar una estructura que se ensancha en los grupos de edad media en detrimento de los niños y adolescentes. De esta forma, mientras los habitantes menores a los 15 años representaban un 32,1 por ciento en el 2005, para el 2015 su peso baja al 28,2 por ciento.

Esta diferencia de cuatro puntos de participación, se traslada al grupo de 15-64 años (más dos puntos) y a los adultos mayores (más dos puntos). En el 2021, la tendencia se mantiene con el grupo de 15 a 64 años y gana dos puntos, y los mayores de 64 años aumentan en dos puntos. Sin embargo, para el 2032, el grupo de edad media se mantiene sin variación respecto al 2021, los adultos mayores siguen aumentando en menor proporción (1 punto) y los jóvenes disminuyen en dos puntos.

▶ Gráfico 5 - Pirámides poblacionales del Perú, 2005, 2015, 2021 y 2032



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INEI para 2005, 2015 y 2021 y datos del World Population Prospects 2022 para 2032.

La esperanza de vida de la población peruana en las últimas tres décadas aumentó en cerca de 11 años, por lo que de mantenerse constantes las condiciones de mortalidad del año 2021, los peruanos vivirán en promedio 77 años (74,3 años los hombres y 79,6 las mujeres).

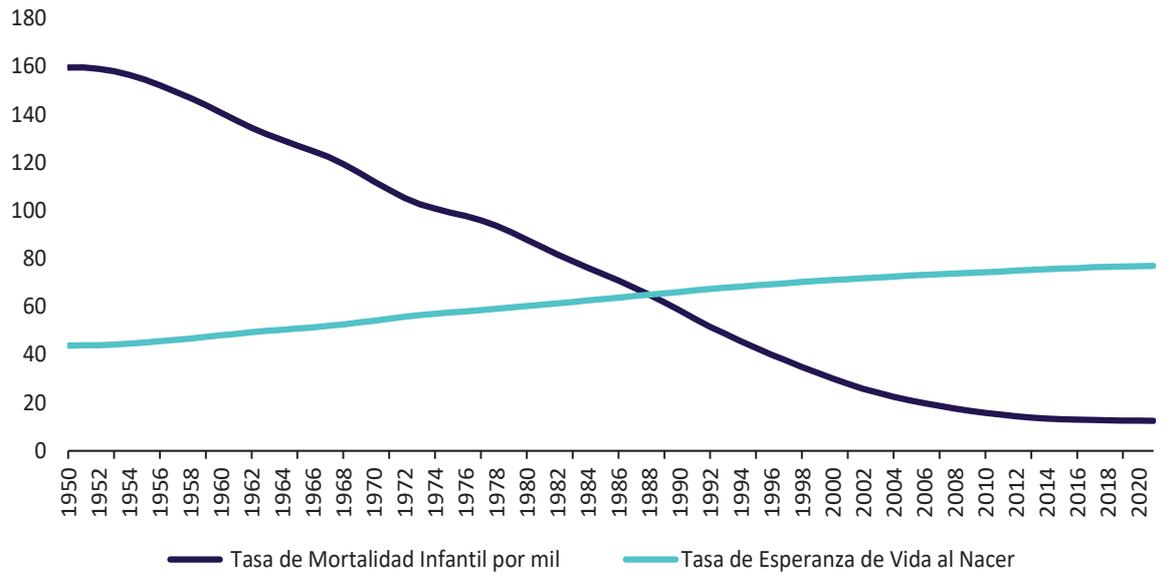
Este indicador se modifica en función de las condiciones predominantes de mortalidad, las cuales provocan aumentos o disminuciones en el riesgo de morir.

Debido a que desde la década de los setenta se han fortalecido las medidas encaminadas a la erradicación de enfermedades infectocontagiosas, y a que el perfil

epidemiológico se modifica a partir del envejecimiento poblacional, la ganancia anual en la esperanza de vida mantiene una tendencia creciente. No obstante, en las actuales circunstancias, y por ser las personas adultas mayores las más afectadas por la pandemia, es probable que se modifiquen algunas de estas tendencias.

Uno de los factores más estrechamente relacionados con el aumento de la esperanza de vida es el descenso de la tasa de mortalidad infantil, la cual muestra para el 2021 un valor de 12,5 defunciones de menores de un año de edad por cada mil nacidos vivos.

► Gráfico 6 - Tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer, 1950-2021



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INEI.

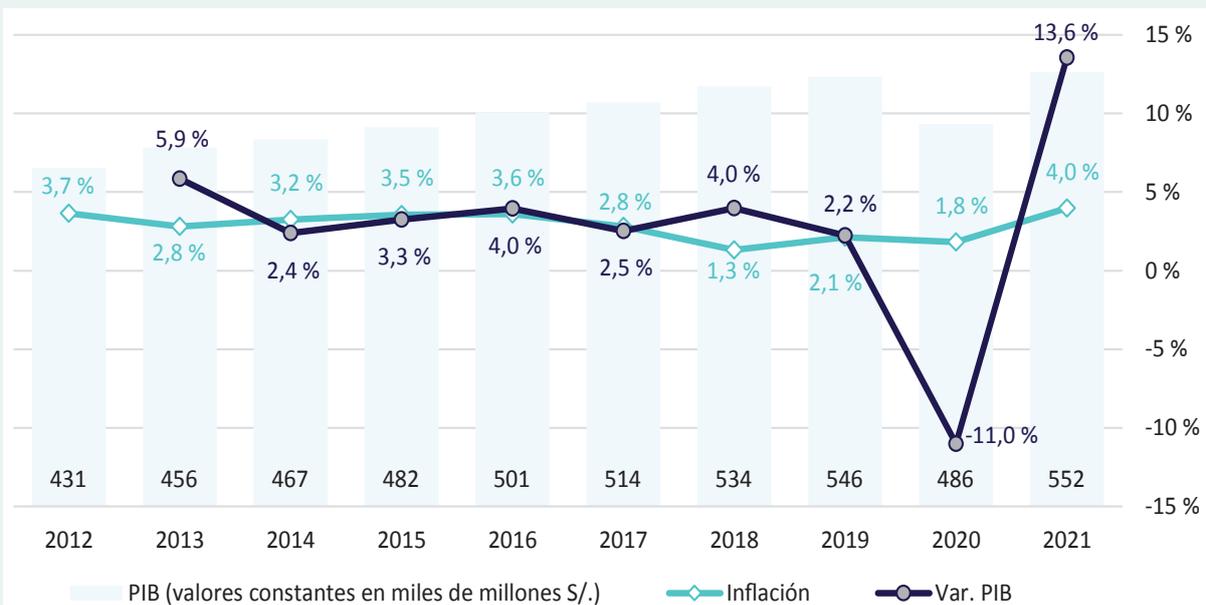
3.2 Entorno económico y laboral

El Seguro Social de Salud (EsSalud) es una institución comprometida con la atención integral de las necesidades y expectativas en materia de salud de la población asegurada, de carácter contributivo y por tanto influenciado por las características de la relación laboral de sus asegurados. En esta lógica, el desempeño del seguro de salud se ve afectado por la evolución de la tasa de actividad, los ingresos laborales, las tasas de desempleo, la informalidad, las características de los ocupados, así como por la

estructura de las ramas de actividad del mercado laboral.

La presente valuación utiliza el valor de las variables económicas estimadas por el Fondo Monetario Internacional, donde el Producto Interno Bruto (PIB) de Perú mantiene una tendencia creciente desde 2012 hasta 2021. Aunque tuvo una leve caída en el 2020 debido a los efectos de la COVID-19, en el 2021 se recuperó y alcanzó 552 miles de millones de soles.

► Gráfico 7 - Evolución del PIB, inflación y crecimiento salarial, 2012-2021



Fuente: elaboración propia a partir de datos 2012-2021 del IMF World Economic Outlook versión de octubre 2022.

Con relación a la inflación, se observa que mantiene valores menores a 4 por ciento hasta el 2021. En el Anexo III se puede observar el valor de todas las variables económicas consideradas.

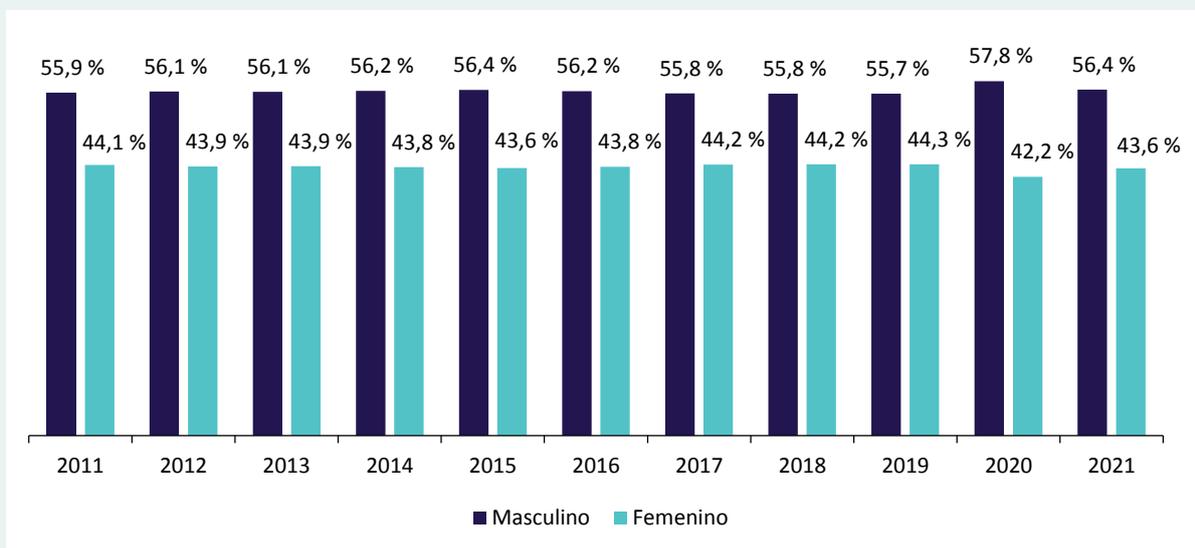
Dos son las características que se destacan en la realidad del mercado de trabajo del Perú. Una de ellas está relacionada con la baja tasa de desempleo, la cual se ubicó en 5,7 por ciento en el 2021. La segunda se refiere a los altos niveles de informalidad que experimenta la economía peruana, la cual representó el 76,8 por ciento en 2021⁵.

El total de personas en edad de trabajar en Perú, que hace referencia a la población de 14 años o más, fue de

25 millones 250 mil 700 personas, cifra que representa el 75,9 por ciento de la población total en el 2021.

En 2021, la población ocupada se situó en 17 120 100 personas. Del total de la población económicamente activa (PEA) ocupada del país, el 56,4 por ciento (9 660 900 personas) son hombres y el 43,6 por ciento (7 459 200 personas) mujeres. En el siguiente gráfico se observa que en los últimos diez años, el mayor porcentaje de ocupados está representado por hombres y la proporción ha ido aumentando levemente.

▶ Gráfico 8 - Población económicamente activa según sexo como porcentaje del total, 2011-2021



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INEI.

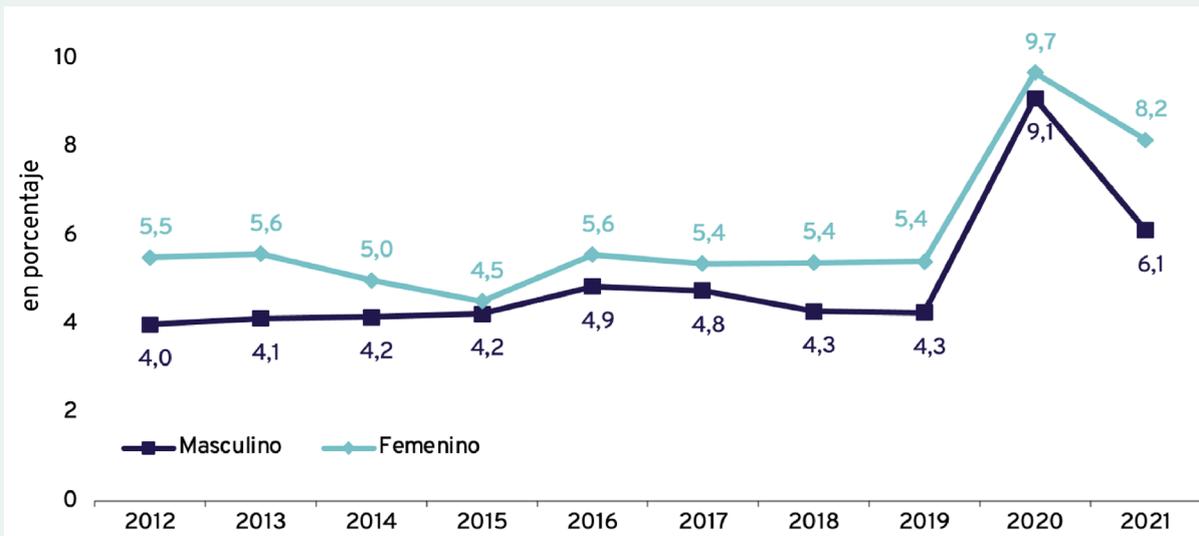
Según grupos de edad, en el 2021 la población ocupada creció en todos los grupos en comparación con el año anterior. Así, en la población menor de 25 años de edad aumentó en 18,9 por ciento (476 200 personas); seguido por el grupo de 25 a 44 años, en 14,7 por ciento (1 033 700 personas); y el grupo de 45 y más años, en 13,2 por ciento (708 400 personas). El 17,5 por ciento de la población ocupada son jóvenes de 14 a 24 años, el 47,1 por ciento tiene entre 25 a 44 años de edad, y el 35,4 por ciento tiene 45 y más años de edad.

El área urbana del país concentró al 78,4 por ciento de la PEA, es decir, 14 millones 231 mil personas. Mientras que el área rural del país albergó el 21,6 por ciento de la PEA (3 millones 918 mil 400 personas).

En el periodo 2012-2019, la tasa de desempleo masculina y femenina no superó el 5 por ciento, sin embargo, en el 2020 tiene un pico que alcanzó 9,1 por ciento para los hombres y 9,7 por ciento para las mujeres. Al año siguiente estas tasas descienden a 6,1 por ciento y 8,2 por ciento, respectivamente. Cabe destacar que el desempleo femenino es superior en todo el periodo analizado en el área urbana.

⁵ Ver <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-empleo-nacional-oct-nov-dic-2021.pdf>

► Gráfico 9 - Tasa de desempleo del área urbana, 2012-2021

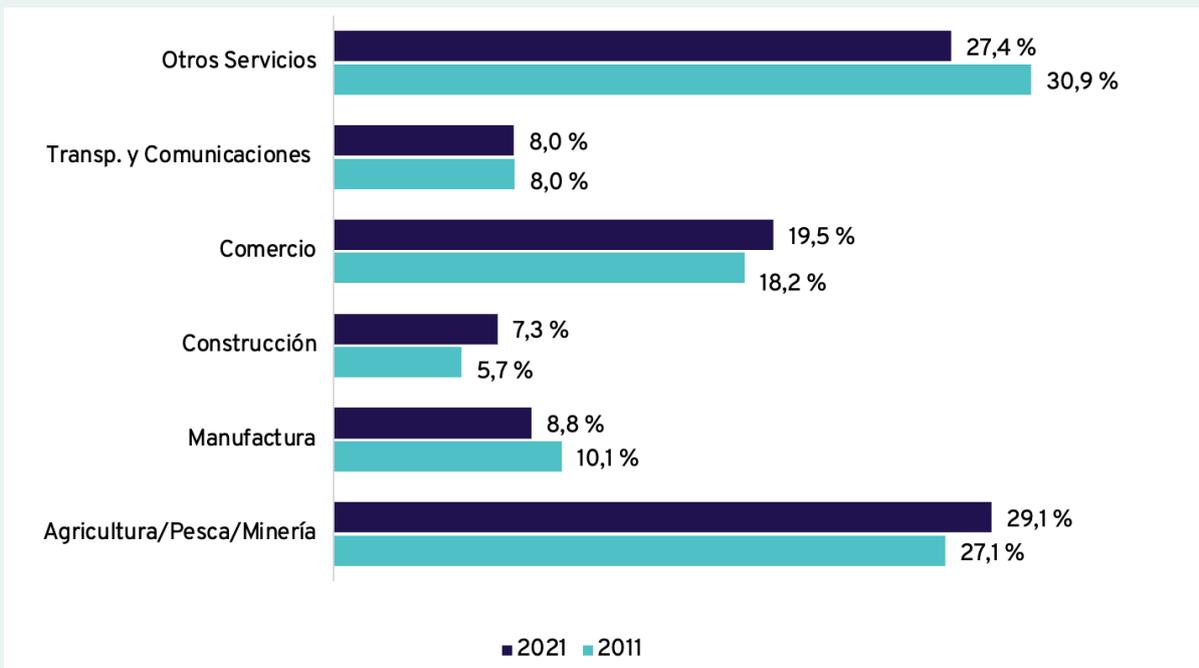


Fuente: elaboración propia a partir de datos del INEI.

En el siguiente gráfico se observa la composición de la población ocupada según rama de actividad para los años 2011 y 2021. Con relación al 2011, las ramas de manufactura y otros servicios tuvieron una menor cantidad de personas en el 2021. Lo contrario sucedió en las ramas de comercio, construcción y la rama compuesta por agricultura, pesca y minería, en las que el porcentaje de personas en cada rama de actividad fue mayor en el 2021. La mayor variación

en la composición se dio en la rama que engloba otros servicios, que mostró un descenso de 3,6 p.p. en el 2021, con respecto al 2011. Por otro lado, el mayor incremento se dio en la rama compuesta por agricultura, pesca y minería con 2,1 p.p. en el periodo, mientras que la rama de transporte y comunicaciones se mantuvo en 8 por ciento tanto en el 2011 como en 2021.

► Gráfico 10 - Composición de la PEA según ramas de actividad en porcentaje, 2011 y 2021



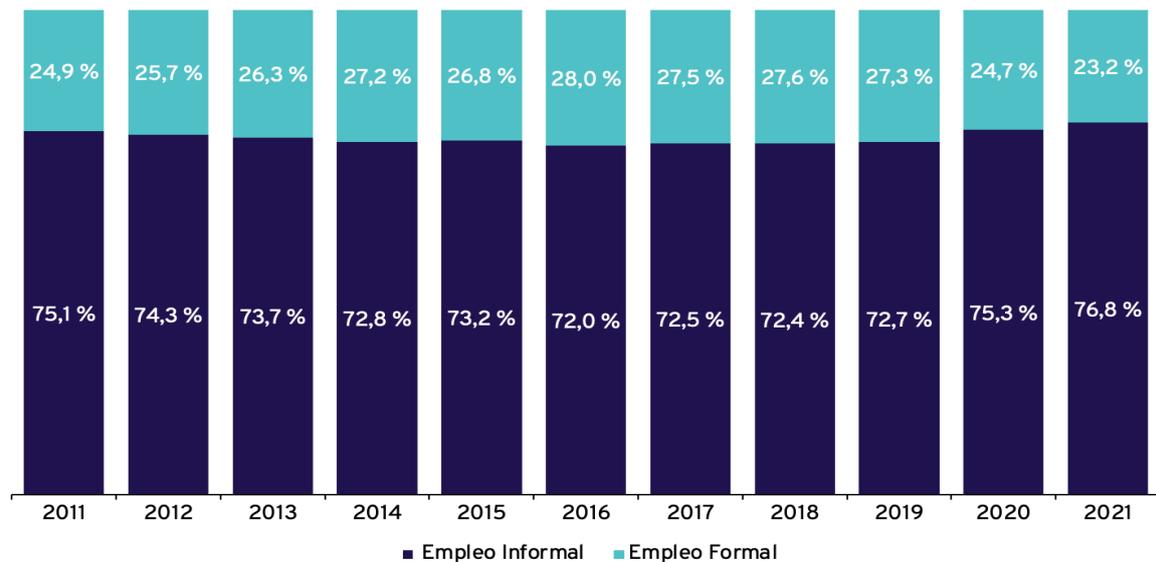
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INEI.

Obs.: otros Servicios lo componen las ramas de actividad de electricidad, administración pública, defensa, planes de seg. social, hoteles y restaurantes, inmobiliarias y alquileres, enseñanza, gas y agua, intermediación financiera, actividades de servicios sociales y de salud, otras activ. de serv. comunitarias, sociales y personales y hogares privados con servicio doméstico.

En 2021, con relación al 2020, la población ocupada en las empresas de 11 a 50 trabajadores aumentó en 23,1 por ciento (210 mil 100 personas), le siguen los ocupados en las pequeñas unidades económicas de 1 a 10 trabajadores en 16,4 por ciento (1 millón 831 mil 900 personas) y las empresas de 51 a más trabajadores en 6,6 por ciento (183 mil 200 personas). El 76,1 por ciento de los trabajadores laboraron en pequeñas empresas de uno a diez trabajadores, el 6,6 por ciento en empresas de 11 a 50 trabajadores y el 17,3 por ciento en empresas de 51 y más trabajadores.

Como se mencionó líneas arriba, el fenómeno de la informalidad es una característica insoslayable del mercado laboral peruano. En el 2021, el empleo informal representó el 76,8 por ciento del total de ocupados a nivel nacional, aumentando 1,8 p.p. respecto a 2011, que registró un 75,1 por ciento. El empleo informal se da mayormente en el área rural, donde el 95,3 por ciento de la población ocupada es informal en el 2021, mientras que en el área urbana asciende a 71,4 por ciento en el mismo año.

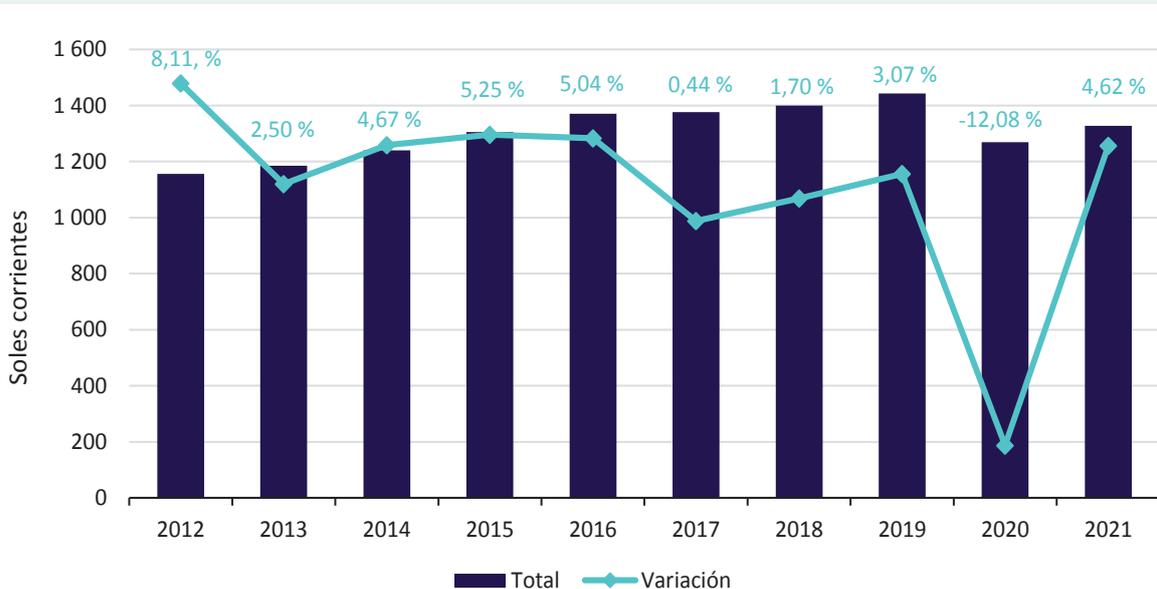
▶ Gráfico 11 - Empleo formal e informal como porcentaje del total, 2011-2021



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INEI.

El ingreso medio proveniente del trabajo aumentó desde 2012 hasta 2019, en 2020 descendió en 12,8 por ciento y volvió a aumentar en el 2021 un 4,62 por ciento hasta llegar a 1 327 soles, monto inferior al registrado en 2020.

▶ Gráfico 12 - Evolución del ingreso medio



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INEI.

3.3 Entorno social

Una población asegurada con condiciones sociales deficientes tiene un mayor riesgo de ver desmejoradas sus condiciones de salud. A su vez, una población que cuente con condiciones de salud más deficientes tiene mayores riesgos de ver desmejoradas sus condiciones sociales. Lo anterior implica que se requieran mayores esfuerzos de gestión y presupuestarios por parte de EsSalud, con el objetivo de mitigar los riesgos de salud asociados, y para confrontar su realización.

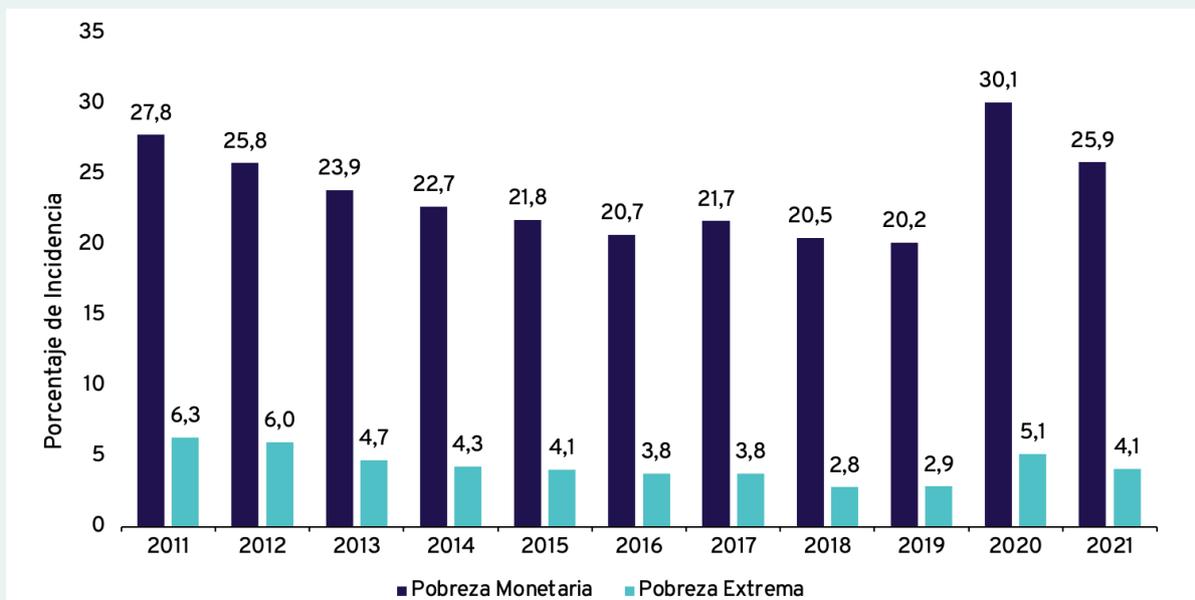
De acuerdo con el INEI⁶, la pobreza monetaria se redujo desde 2011 hasta el 2019, sin embargo, aumentó con la pandemia. En el 2021, el 25,9 por ciento de la población del país, que equivale en cifras absolutas a 8 millones 556 mil personas, se encontraban en situación de pobreza, es decir, tenían

un nivel de gasto inferior al costo de la canasta básica de consumo, compuesta por alimentos y no alimentos. A nivel de área de residencia, la pobreza afectó al 39,7 por ciento de la población residente del área rural, y en el área urbana alcanzó al 22,3 por ciento.

Al comparar estos resultados con el nivel obtenido en el 2020, se observa que los niveles de pobreza han sufrido una disminución de 4,2 p.p., que equivale a 1 millón 264 mil personas pobres menos que en el 2020.

Al comparar estos resultados con el nivel obtenido en el 2019 (prepandemia), se observa que los niveles de pobreza han sufrido un incremento de 5,7 p.p., lo que equivale a 2 millones 65 mil personas pobres más que en el 2019.

► Gráfico 13 - Evolución de la incidencia de la pobreza monetaria total y extrema en porcentaje, 2011-2021



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INEI.

La incidencia de la pobreza extrema en el 2021, afectó al 4,1 por ciento de la población del país, que representa a 1 millón 354 mil personas pobres extremas. Esta población tendría un nivel de gasto per cápita inferior al costo de la canasta básica de alimentos que se ubica en 201 soles. La incidencia de la pobreza extrema, según área de residencia, afectó al 12,1 por ciento de la población del área rural, mientras que en el área urbana al 2,1 por ciento.

En relación con el año anterior, la pobreza extrema disminuyó en 1,0 p.p., al pasar de 5,1 por ciento a 4,1

por ciento en el 2021, descenso que resulta altamente significativo estadísticamente; es decir, en el 2021 se tiene a 309 mil personas pobres extremas menos que en el 2020.

Si se compara con el 2019 (prepandemia), la pobreza extrema aumentó en 1,2 p.p., al pasar de 2,9 por ciento a 4,1 por ciento en el 2021, incremento también significativo estadísticamente; es decir, en el 2021 se tiene a 423 mil personas pobres extremas más que en el 2019.

⁶ Ver www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/pobreza2021/Pobreza2021.pdf

En cuanto al aseguramiento, en el 2021 el 84,3 por ciento de la población pobre tenía algún tipo de seguro de salud, mientras que entre los no pobres, el 80,2 por ciento, 4,1 p.p. menos que los pobres. Al comparar con el año anterior, se observan incrementos significativos para la población pobre y no pobre con 4,7 y 4,0 p.p., respectivamente. Sin embargo, en relación con el 2019, se observa un incremento importante de 3,9 p.p. solo para la población no pobre.

Según el tipo de seguro de salud, la cobertura en la población pobre (extrema y no extrema) es mayoritariamente a través del Seguro Integral de Salud (SIS); así, de cada 100 pobres 75 tienen este seguro. En el caso de la población no pobre, el Seguro Integral de Salud cubre a 50 de cada 100. En la población no pobre, pero vulnerable a la pobreza monetaria, el SIS cubre a 65 de cada 100 personas. En cuanto al seguro social EsSalud, acceden a este seguro 9 de cada 100 pobres y, en el caso de los no pobres, 26 de cada 100; en tanto que los no pobres vulnerables, 17 de cada 100 personas, acceden a EsSalud.

El estimado de la incidencia de la pobreza solamente establece su magnitud en términos de proporción de población, cuyos gastos de consumo son inferiores al mínimo establecido para atender la satisfacción de necesidades básicas. Ello determina, entre otras razones, la necesidad de complementar los indicadores de incidencia de pobreza y extrema pobreza con otros que ayuden a definir políticas específicas para determinados estratos de la población pobre. Otras de las dimensiones de este mismo fenómeno son la brecha y la severidad de la pobreza.

La brecha de la pobreza refleja cuán pobres son los pobres, por tanto, proporciona una idea de la profundidad de las carencias del consumo que definen una situación de pobreza, es decir, representa el déficit promedio de consumo de la población para satisfacer las necesidades mínimas de bienes y servicios de todos sus integrantes (expresado como proporción de la línea de pobreza), donde el déficit de la población no pobre es cero por definición.

En el 2021, la brecha promedio del gasto de los pobres respecto al costo de la canasta básica de consumo fue del 6,4 por ciento. Comparando con los resultados del 2020, disminuyó en 1,4 puntos porcentuales. Esta disminución fue estadísticamente significativa. Comparando con los resultados del 2019, creció en 1,9 puntos porcentuales. Este crecimiento también fue estadísticamente altamente significativo.

El indicador, severidad de la pobreza, refleja el grado de desigualdad de la pobreza al interior de los pobres e indica que cuanto más alto es el valor, existe mayor desigualdad entre los mismos.

Para 2021, la severidad o desigualdad entre los pobres se ubicó en 2,3 por ciento; comparando esta información con el 2020, el grado de severidad entre los pobres presentó una disminución estadísticamente significativa de 0,7 p.p. Al compararse con 2019, el grado de severidad entre los pobres presentó un aumento estadísticamente significativo equivalente a 0,8 p.p.

► 4. Evolución de la población afiliada, servicios médicos y prestaciones económicas

4.1 Población afiliada

En el 2021 la población peruana cubierta por EsSalud alcanzó a 11 751 670 personas. La tasa de cobertura, expresada como porcentaje de la población del Perú, es del 35,6 por ciento. La tendencia es positiva desde

el 2011 hasta 2020, salvo el último año que tuvo un descenso explicado por los efectos económicos de la COVID-19. La tasa de crecimiento media entre beneficiarios se estimó en 2,6 por ciento anual en el periodo analizado, mientras que la tasa de crecimiento promedio de la población peruana fue del 1,3.

► Gráfico 14 - Porcentaje de cobertura de asegurados de EsSalud respecto a la población total peruana, 2011 - 2021

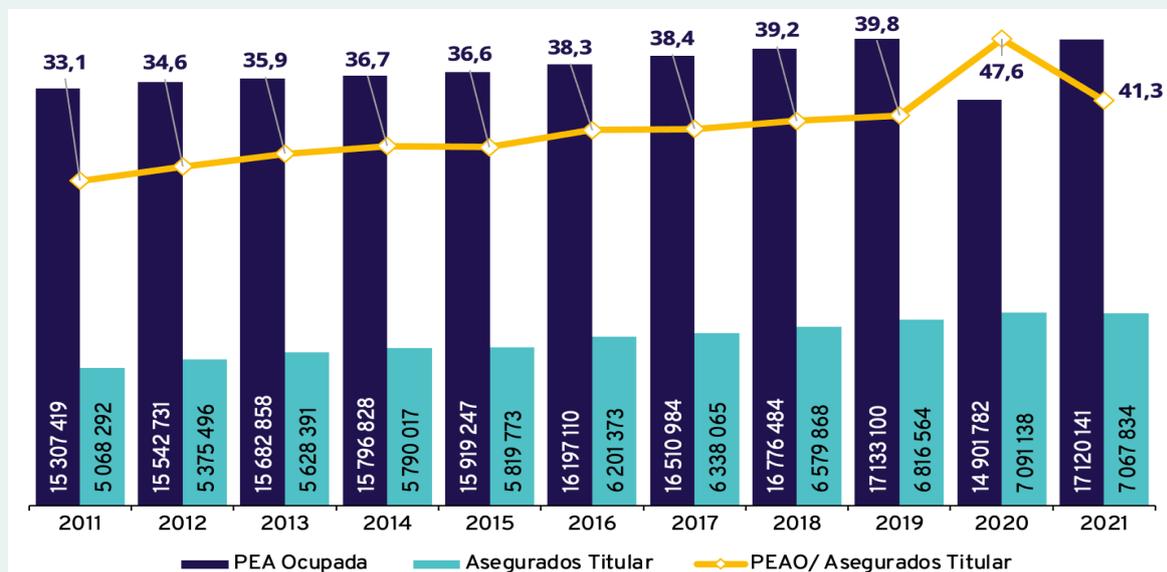


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud y el INEI.

En materia de titulares asegurados, el total ascendió a 7 067 834 personas, número que es 28,3 por ciento superior al existente en el 2011 (5 068 292). El grupo de titulares creció en promedio a una tasa anual de

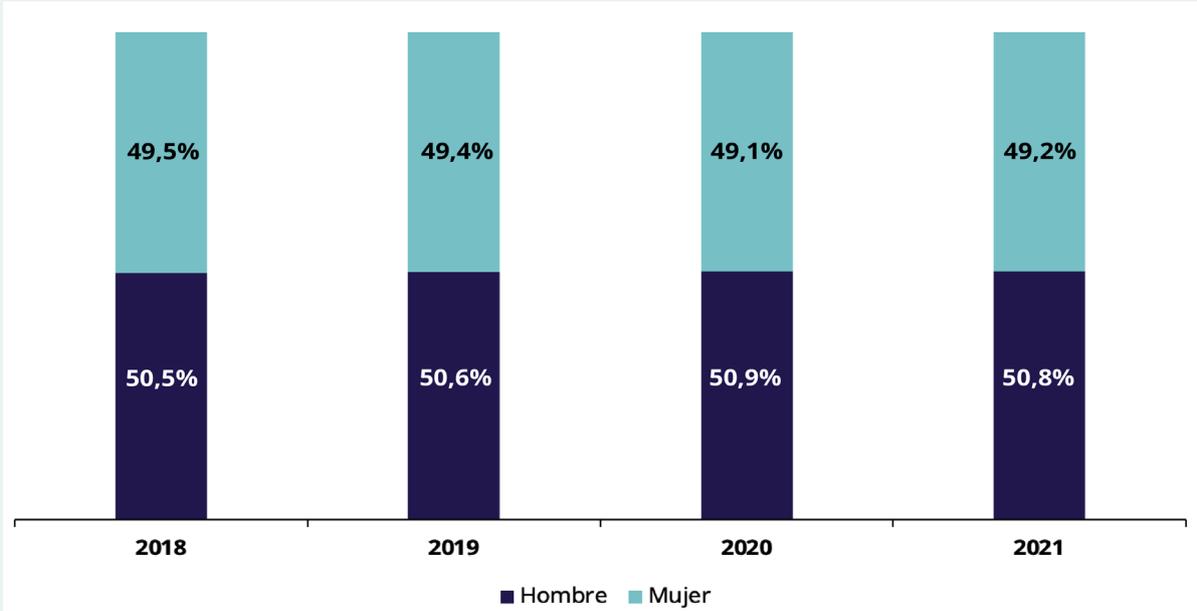
3,4 por ciento. La población de titulares asegurados sobre la PEA ocupada en el 2021, es 41,3 por ciento, porcentaje que aumentó 8,2 p.p. desde el 2011.

► Gráfico 15 - Porcentaje de población de titulares asegurados de EsSalud respecto a la PEA ocupada, 2011 - 2021



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud y el INEI.

▶ Gráfico 16 - Porcentaje de asegurados de EsSalud por sexo, 2018-2021

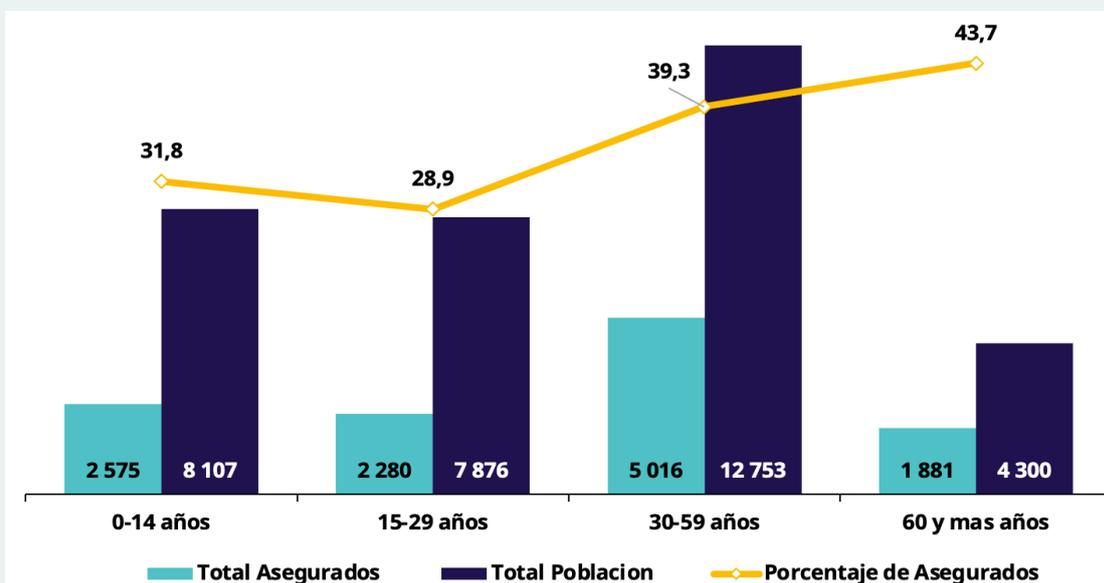


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En cuanto a la composición etaria, en el 2021 el grupo de 15-29 años representa el 19,4 por ciento de los afiliados, el grupo de 30-59 años el 42,7 por ciento y los mayores de 60 años el 16,0 por ciento. El 43,7 por ciento de las personas adultas mayores del país

se encontraban afiliados a EsSalud en el 2021, y es el grupo de mayor cobertura. Luego le sigue el grupo de 30-59 años con 39,3 por ciento, y el grupo de 0-14 años con el 31,8 por ciento, y, por último, el grupo de 15-29 años con 28,9 por ciento.

▶ Gráfico 17 - Población asegurada y total según rango de edad en miles, 2021



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud y el INEI.

Por último, en cuanto a la afiliación por seguro, si bien la estructura muestra un patrón relativamente similar entre 2018 y 2021, lo cierto es que algunos aspectos llaman la atención. En primer lugar, el seguro regular sigue siendo el que concentra la mayor cantidad de asegurados con 9 de cada 10 afiliados. Entre los dos años bajo análisis, este seguro creció a un ritmo del 0,7

por ciento, lo cual hizo que su participación cayera en 1,4 puntos porcentuales.

En segundo lugar, el seguro agrícola descendió de 733 144 beneficiarios en 2018, a 699 144 en 2021, disminuyendo su participación de 6,4 por ciento a 5,9 por ciento. En otras coberturas aumentó en 217 394

personas, situación que permitió incrementar su participación en la estructura del seguro, al pasar de 2,1 por ciento a 3,9 por ciento.

Particularmente, dentro del grupo de titulares, el total de nuevos miembros aumentó en 487 966 nuevos titulares en el periodo 2018-2021. Por otro lado, el grupo de derechohabientes disminuyó en 229 736.

A nivel individual, en 2021 los tres seguros más grandes (en cuanto a asegurados totales) son el trabajador activo (73,0 por ciento), el pensionista (10,8 por ciento) y el agrario dependiente (5,8 por ciento). Esta concentración no ha sufrido cambios sustantivos en los últimos años si bien el peso de las tres, de forma conjunta, es un tanto menor en el 2021 (89,6 por ciento) que en el 2018 (92,1 por ciento). Esta pequeña caída se explica por la desaceleración relativa del

trabajador activo, condición que fue contrarrestada por el aumento de los beneficiarios de la Ley N° 30478.

Por último, cabe destacar una condición observada entre 2018 y 2021, relacionada con el indicador de titular a derechohabiente, el que detalla cuántos contribuyentes directos existen por cada derechohabiente. Cuanto mayor es el número, mejor posicionamiento financiero del seguro. Para todos los seguros analizados, el indicador tendió al alza. A nivel global existían 1,3 titulares por dependiente en el 2018, cifra que subió a 1,5. Esto parece mostrar que los titulares que se han venido incorporando a los distintos seguros tienen familias cada vez más pequeñas o son asegurados de hogares unipersonales. Los crecimientos en opciones como los seguros potestativos y los beneficiarios de la Ley N° 30478 parecieran impulsar esta dinámica, aunque por su tamaño relativo su efecto es limitado.

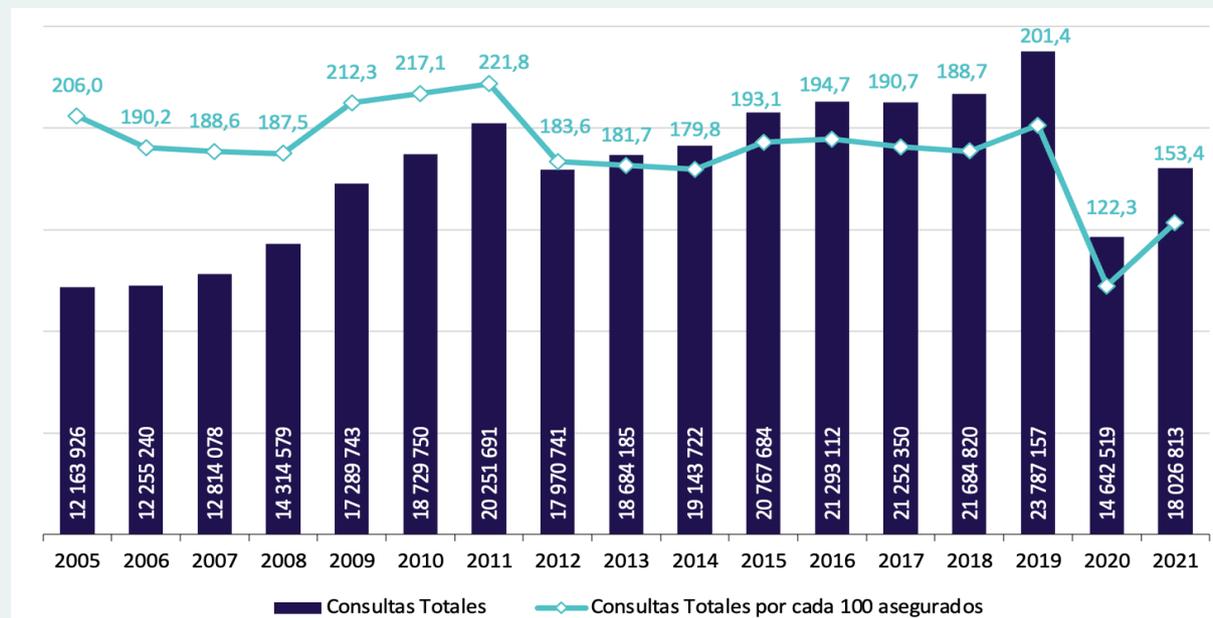
4.2 Servicios médicos

4.2.1 Consultas

Las consultas totales registran un aumento desde el 2005 al 2011, con una caída cercana a 2 millones en el 2012, y crecen nuevamente hasta llegar al punto máximo en el 2019, prepandemia, mayor a 23 millones de consultas. Sin embargo, en el 2020

se registra un importante descenso hasta llegar a aproximadamente 14 millones. No obstante, luego del año de confinamiento, las consultas totales tomaron nuevamente impulso y sobrepasaron el registro de 18 millones.

► Gráfico 18 - Consultas totales, 2005-2021



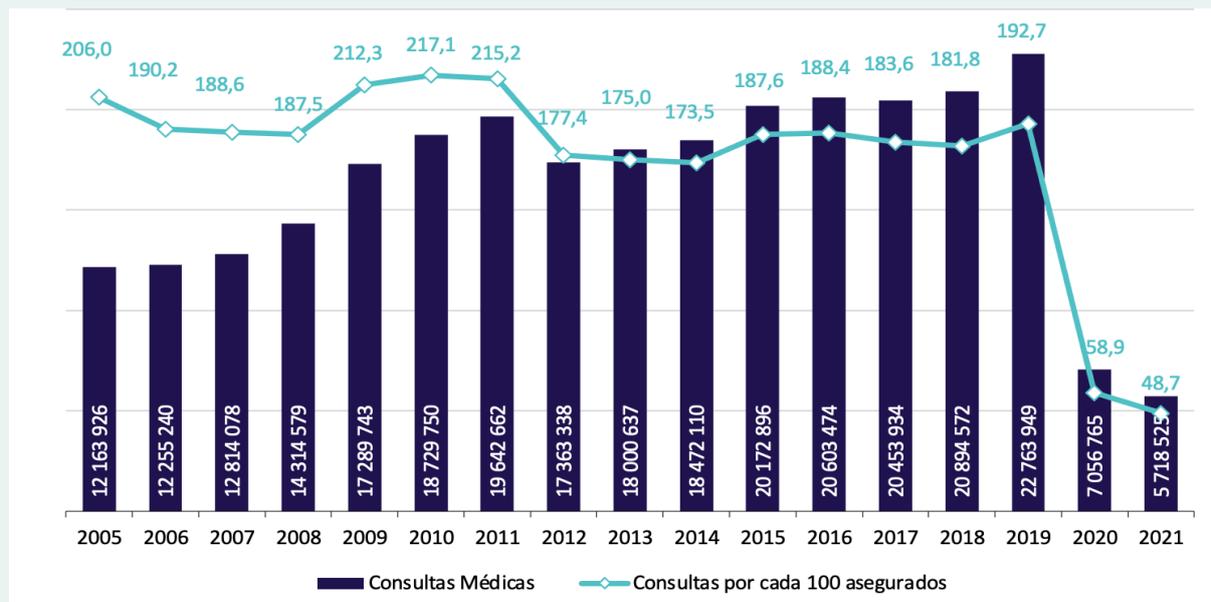
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En cuanto a las consultas médicas externas por cada 100 asegurados, se observa una tendencia decreciente desde el 2005 al 2008, para luego crecer hasta el 2010, año en el que se registra la tasa máxima del periodo analizado con 217,1 consultas. Posteriormente, la tendencia es decreciente hasta el 2014, año en el que vuelve a crecer levemente hasta llegar al 2019 a una

tasa de 192,7. Durante 2020 y 2021, la tasa de consultas por cada 100 asegurados baja abruptamente a 58,9 y 48,7, respectivamente.

En términos absolutos, las consultas médicas pasaron de aproximadamente 22 millones en 2019 a tan solo una cifra poco mayor a los 5 millones en el 2021.

▶ Gráfico 19 - Total de consultas médicas por cada 100 asegurados, 2005-2021



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

4.2.2 Egresos hospitalarios

La cantidad de egresos hospitalarios anuales registra crecimiento desde el 2005 hasta el 2011, con un leve descenso en el 2012, que cobra nuevamente impulso en los siguientes años, al igual que las consultas totales. El registro máximo se da en el 2015 con una cifra que supera levemente a 560 mil. Posterior a este año, las cifras bajan y registran un importante descenso hasta el 2020 con una cifra de 368 mil, que

se recupera levemente en el 2021 con 394 mil egresos hospitalarios.

Al analizar el indicador de egresos hospitalarios por cada 100 asegurados, se evidencia una tendencia decreciente en el periodo 2005-2021. Mientras que en 2005 se registraron 6,4 egresos por cada 100 asegurados, para el 2021 dicho indicador fue de 3,4.

▶ Gráfico 20 - Egresos hospitalarios por cada 100 asegurados, 2005-2021



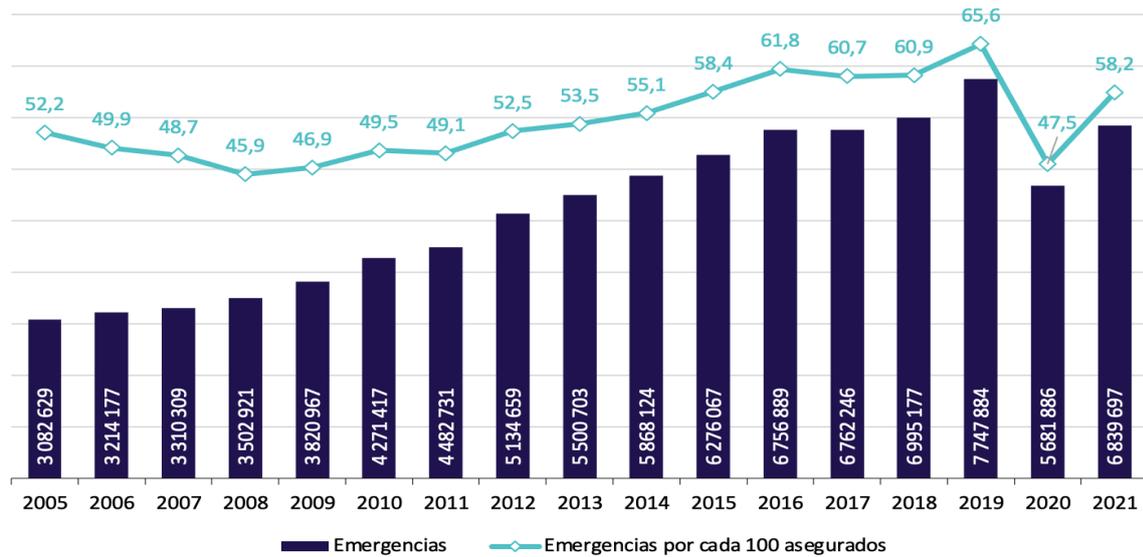
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

4.2.3 Emergencias

Desde el 2005, el total de emergencias creció anualmente hasta alcanzar aproximadamente 7,7 millones en el 2019, cifra que se redujo a 5,6 millones en el año de confinamiento, con un aumento mayor a 1 millón para el 2021.

En cuanto a las atenciones por cada 100 asegurados, se observa una tendencia decreciente hasta el 2008, al pasar de 52,2 a 45,9; luego una tendencia creciente hasta el 2016, con una tasa de 61,8. Al siguiente año la tasa varía mínimamente -1,1 puntos, para luego crecer hasta el 2019 a 65,6. En el 2020, la tasa registrada es de 47,5 y de 58,2 en el 2021.

► Gráfico 21 - Total de atendidos y emergencias por cada 100 asegurados, 2005-2021



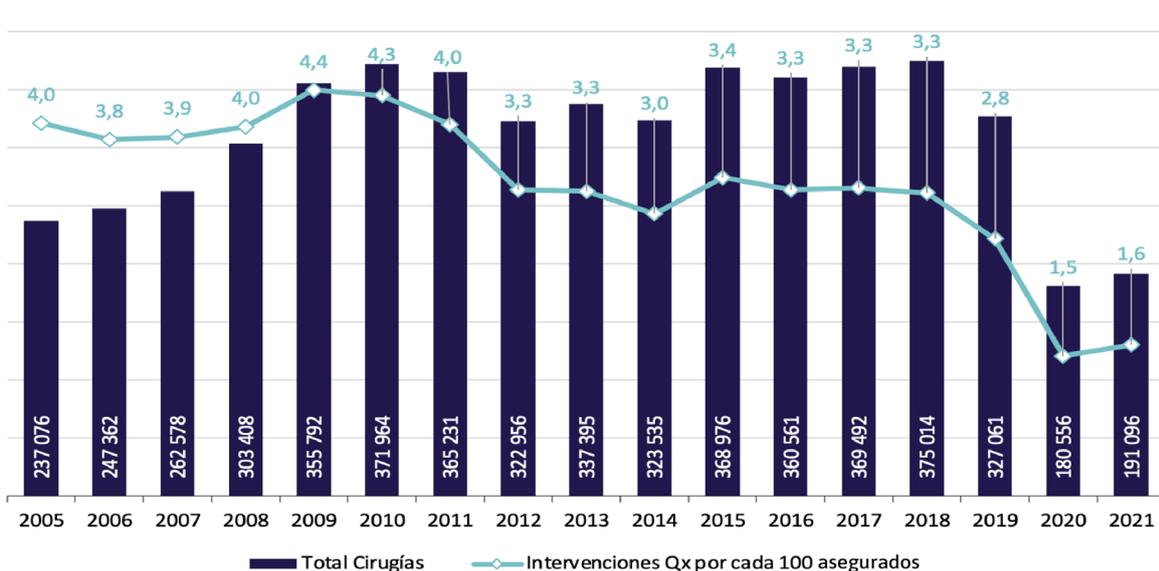
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

4.2.4 Cirugías

Las intervenciones quirúrgicas por cada 100 asegurados muestran una tendencia a la baja durante los años 2005-2007. En los años siguientes la tasa aumenta hasta 4,4, para luego caer nuevamente a 3 en el 2014. En el 2015, se observa nuevamente un aumento a 3,4,

para luego caer a 2,8 en el 2019. Para el 2020 la tasa es de 1,5, y aumenta solo 0,1 puntos al 2021. En valores absolutos, la cantidad de intervenciones quirúrgicas descendió de 327 061 en 2019 a 191 096 en 2021.

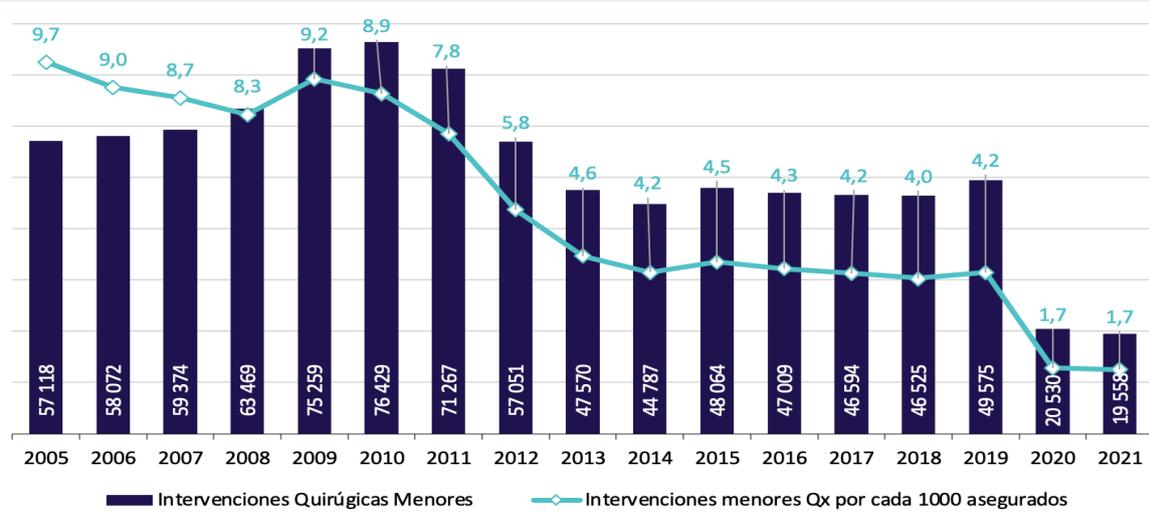
► Gráfico 22 - Intervenciones quirúrgicas por cada 100 asegurados, 2005-2021



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

La cirugía menor⁷ por cada 1 000 asegurados sigue una tendencia a la baja desde 2005, y pasa de 9,7 a 1,7 en el 2021. El total de cirugías menores disminuyó de 76 429 en el 2010 a 19 558 en el 2021.

▶ Gráfico 23 - Total cirugías menores por cada 1 000 asegurados, 2005-2021

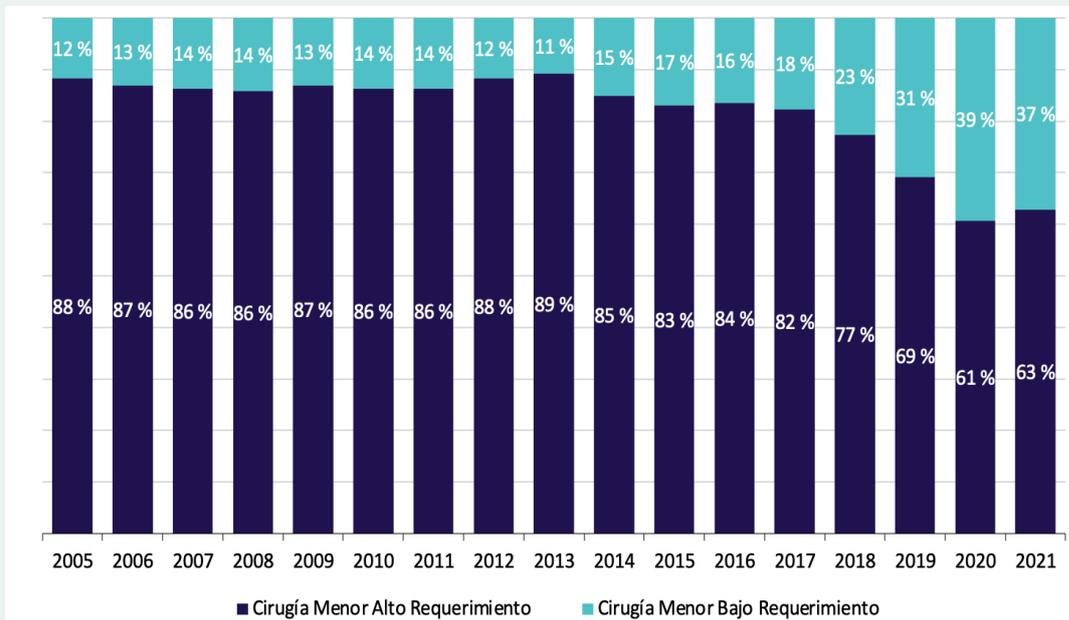


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

Las cirugías menores están compuestas por cirugías de alto y bajo requerimiento. En el periodo analizado, la cantidad de cirugías de alto requerimiento es siempre mayor que la cantidad de cirugías de bajo

requerimiento, sin embargo, a partir del 2014 aumenta el porcentaje de cirugías menores de bajo requerimiento, y pasa de 15 por ciento a 37 por ciento en el 2021.

▶ Gráfico 24 - Cirugías menores de alto y bajo requerimiento, 2005-2021



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

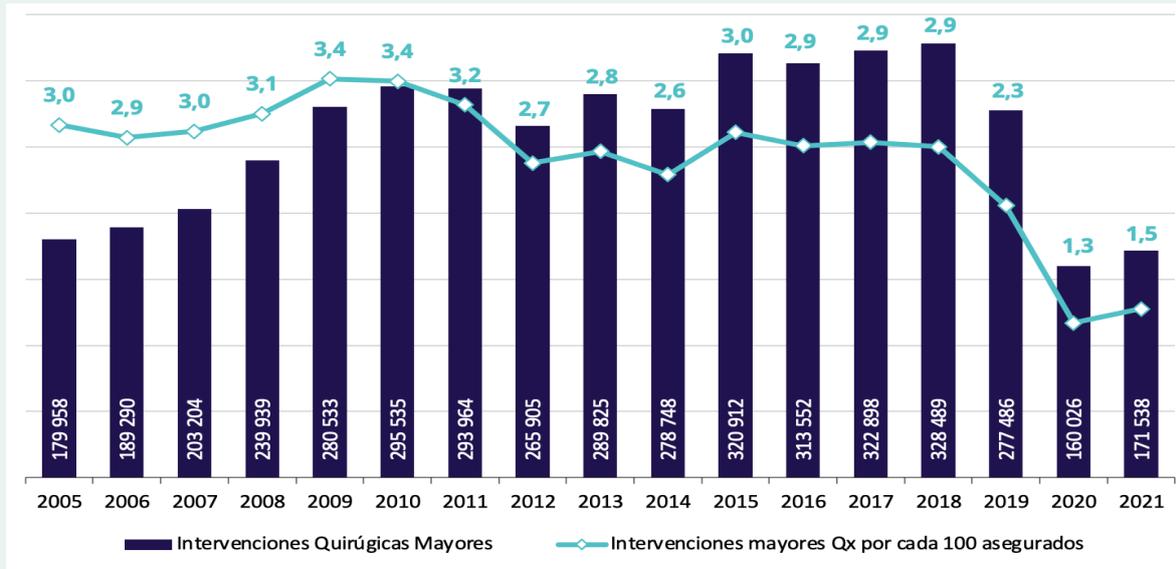
En cuanto a las cirugías mayores⁸, la mayor tasa se registra en el 2009 con 3,4. En los siguientes años la tendencia es decreciente y llega a 1,3 en el 2020 y a 1,5 en el 2021. Por otra parte, el total de cirugías en el

2019 es 277 486, y en el 2020, año del confinamiento, se presentan casi la mitad con 160 026, cifra que se recupera levemente en el último año del periodo al llegar a 171 538.

⁷ Suma de las cirugías menores de alto requerimiento y bajo requerimiento.

⁸ Suma de las cirugías mayores de alta, mediana y baja complejidad.

► Gráfico 25 - Total cirugías mayores por cada 100 asegurados, 2005-2021

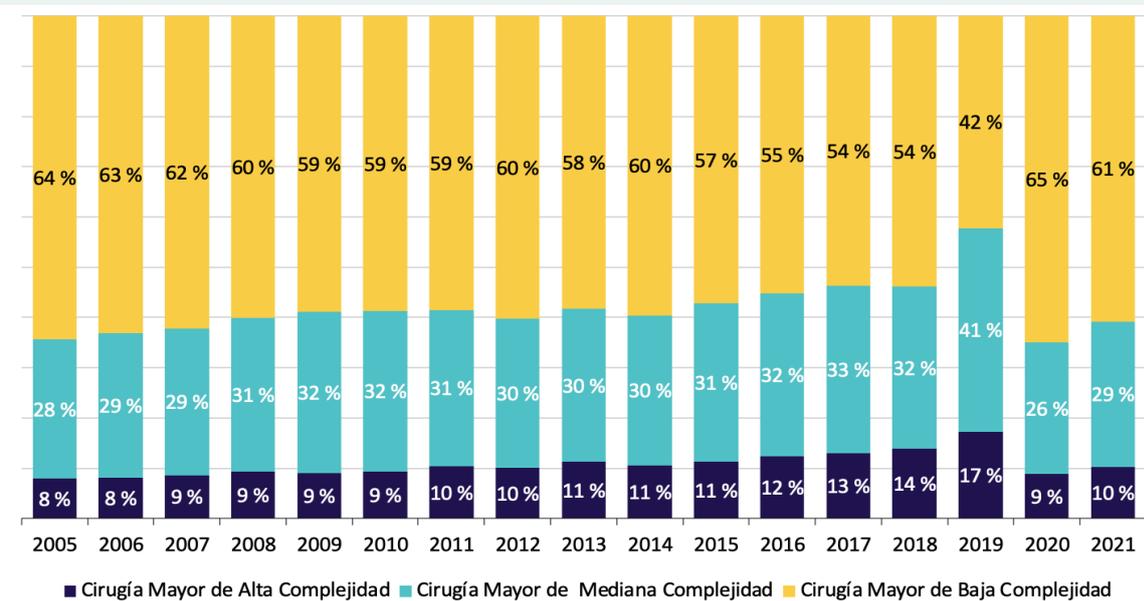


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

Las cirugías mayores se dividen en alta, mediana y baja complejidad. Las cirugías de baja complejidad superan el 50 por ciento de las cirugías mayores en los años analizados, a excepción del 2019, donde las cirugías

de alta y mediana complejidad tomaron mayores registros, lo que deja a las cirugías de baja complejidad con el 42 por ciento de participación.

► Gráfico 26 - Cirugías mayores según nivel de complejidad en porcentaje, 2005-2021



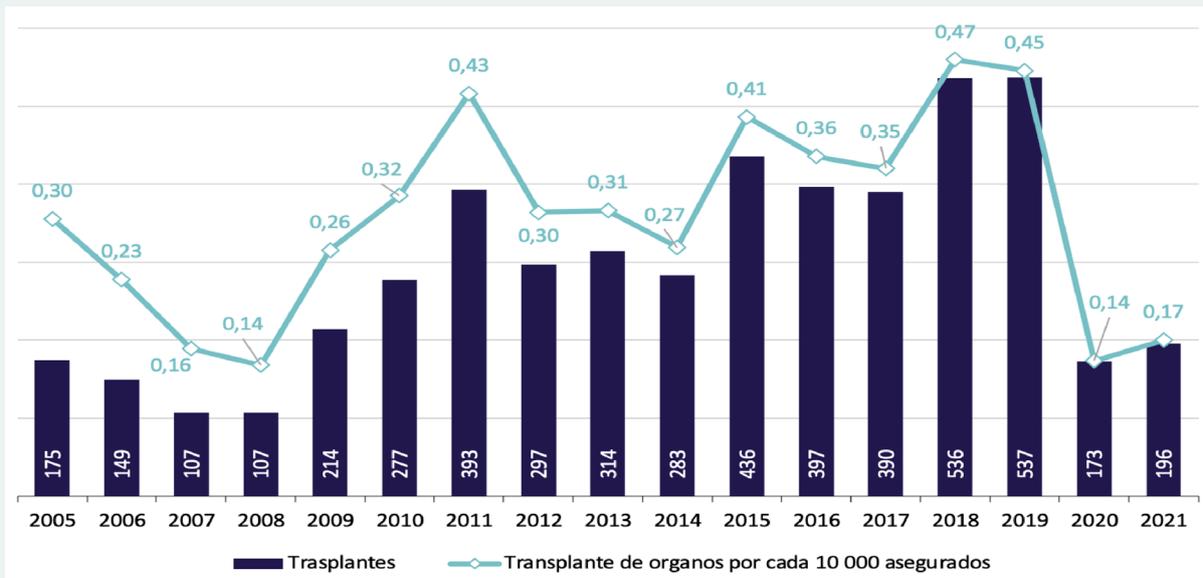
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

4.2.5 Trasplante de órganos

Tanto la cantidad total de trasplante de órganos, como su evolución por cada 10 000 asegurados, muestra una baja entre el 2005 y el 2008, y una tendencia creciente hasta el 2011, con una tasa de 0,43 y un total de 393 trasplantes. En los siguientes años se presenta nuevamente una caída hasta el 2014, para luego

volver a crecer. En 2019 se registra la cifra máxima de trasplantes de 537 y 0,45 por cada 10 000 asegurados. En los dos últimos años del periodo analizado, las cifras caen significativamente a 173 y 196, mientras que las tasas se calculan en 0,14 y 0,17.

▶ Gráfico 27 - Total de trasplante de órganos por cada 10 000 asegurados, 2005-2021



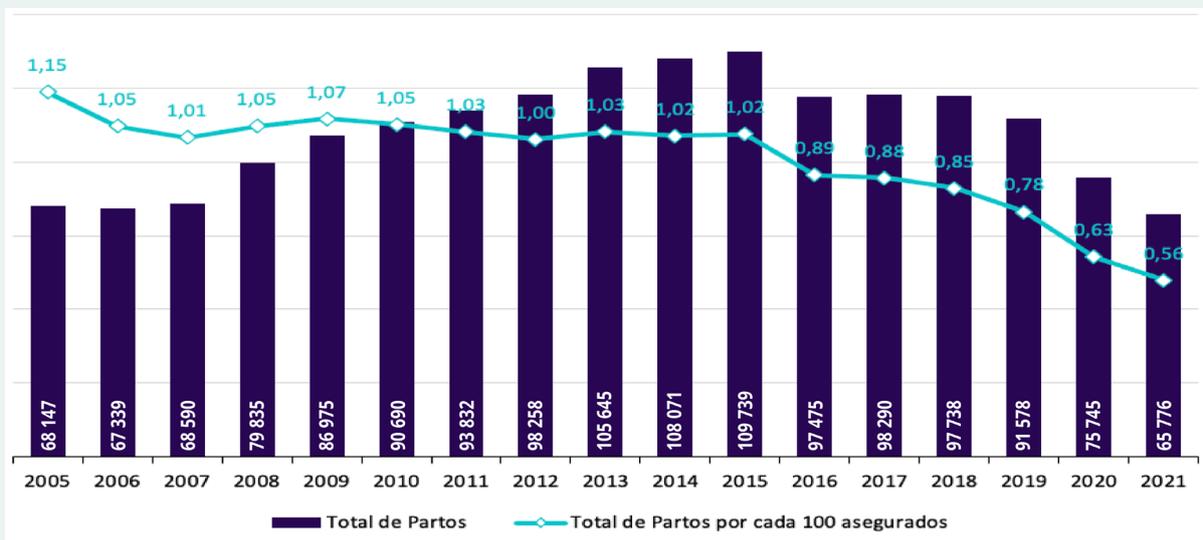
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

4.2.6 Partos

El total de partos muestra un crecimiento hasta el 2015 de 109 793, posterior a este año las cifras caen a 65 776 en el 2021.

En cuanto a los partos por cada 100 asegurados, la tendencia es negativa, al pasar de 1,15 en el 2005 a 0,56 en el 2021.

▶ Gráfico 28 - Total de partos anuales por cada 100 asegurados, 2005-2021

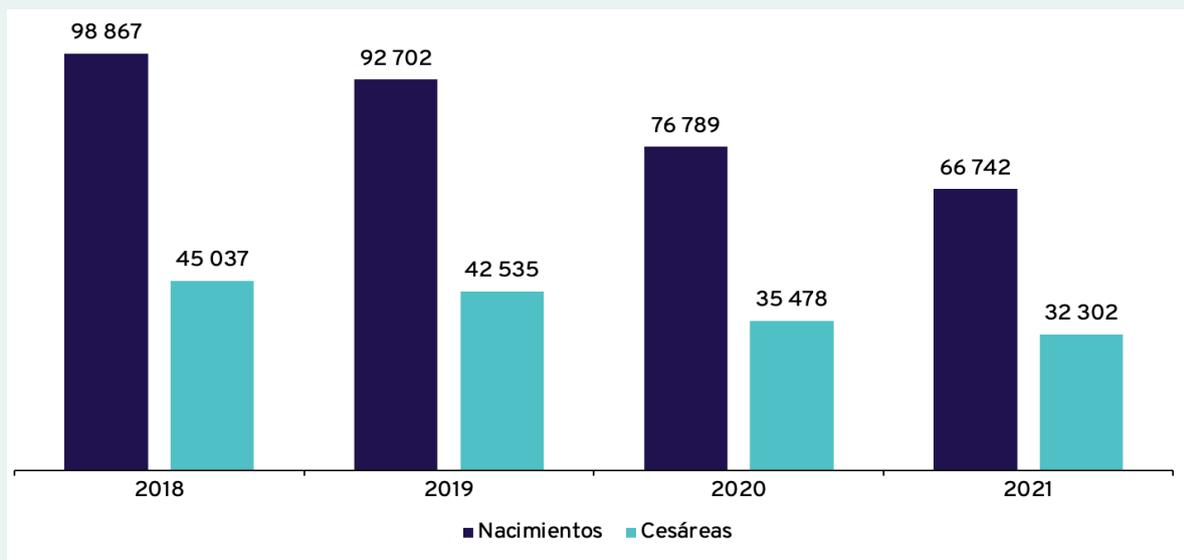


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En cuanto a la cantidad de cesáreas, se observa una reducción entre el 2018 y el 2021, que va de 45 037 a 32 302 cesáreas. Sin embargo, al comparar la cantidad

de cesáreas con la cantidad de nacimientos, se nota que la proporción aumentó levemente de 45,6 por ciento en el 2018 a 48,4 por ciento al final del periodo.

► Gráfico 29 - Total anual de nacimientos y cesáreas, 2018-2021



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

4.3 Prestaciones económicas

4.3.1 Subsidios por incapacidad temporal

Los subsidios por incapacidad temporal en el 2021 alcanzan 212 millones de soles, monto que ha descendido desde el 2019.

La cantidad de días subsidiados presenta el mismo comportamiento que los montos de subsidios, al descender 19,4 por ciento en el 2021, respecto al año anterior.

► Cuadro 1 - Subsidio anual por incapacidad temporal y días subsidiados en soles corrientes, 2018-2021

| Año | Monto de subsidio anual por incapacidad temporal | Días subsidiados por incapacidad temporal |
|------|--|---|
| 2018 | 299 000 097 | 3 850 396 |
| 2019 | 328 030 467 | 4 109 482 |
| 2020 | 250 103 615 | 2 985 072 |
| 2021 | 212 009 109 | 2 407 312 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

4.3.2 Subsidios por maternidad

Los montos de subsidios por maternidad disminuyen en el periodo analizado, en el 2018 superaban los 295,4 millones de soles, mientras que en el 2021 se reducen a 239,8 millones de soles.

Así también, los días subsidiados por maternidad se reducen a una tasa anual promedio de 9,3 por ciento, y en el 2021 alcanzan aproximadamente 3,5 millones de días.

▶ Cuadro 2 - Subsidio anual por maternidad y días subsidiados en soles corrientes, 2018-2021

| Año | Monto de subsidio anual por maternidad | Días subsidiados por maternidad |
|------|--|---------------------------------|
| 2018 | 295 446 665 | 4 760 246 |
| 2019 | 318 150 682 | 4 960 995 |
| 2020 | 285 200 707 | 4 277 626 |
| 2021 | 239 827 416 | 3 488 982 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

4.3.3 Subsidios por lactancia

El monto de subsidios por lactancia muestra una leve tendencia negativa desde el 2018 al 2021. En términos absolutos descendió de 132,5 millones de soles a 107,3 millones de soles en el 2021, esto representa un decrecimiento de 19 por ciento.

En el 2018, este subsidio lo recibía el 41,4 por ciento de las aseguradas titulares y el 58,6 por ciento de las aseguradas cónyuges. Esta proporción disminuye en 2020, al ser prácticamente igual la distribución entre ambos tipos de aseguradas. En el 2021, el monto que reciben las aseguradas cónyuges vuelve a tener mayor participación al alcanzar 54,4 por ciento del total.

▶ Cuadro 3 - Subsidio anual por lactancia en soles corrientes, 2018-2021

| Año | Asegurada Titular | Asegurada Cónyuge | Total |
|------|-------------------|-------------------|-------------|
| 2018 | 54 806 340 | 77 659 843 | 132 466 183 |
| 2019 | 55 576 320 | 71 189 120 | 126 765 440 |
| 2020 | 55 446 760 | 54 612 820 | 110 059 580 |
| 2021 | 48 977 780 | 58 355 300 | 107 333 080 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

4.3.4 Subsidios por sepelio

Entre el 2018 y 2021, el monto de los subsidios por sepelio presenta un crecimiento significativo de más del doble. En el 2021 los subsidios por sepelio alcanzan 160,5 millones de soles.

► Cuadro 4 - Subsidio anual por sepelio en soles corrientes, 2018-2021

| Año | Monto de subsidio anual por sepelio |
|------|-------------------------------------|
| 2018 | 74 081 128 |
| 2019 | 84 253 733 |
| 2020 | 100 429 325 |
| 2021 | 160 543 767 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► 5. Proyecciones demográficas y financieras del escenario base

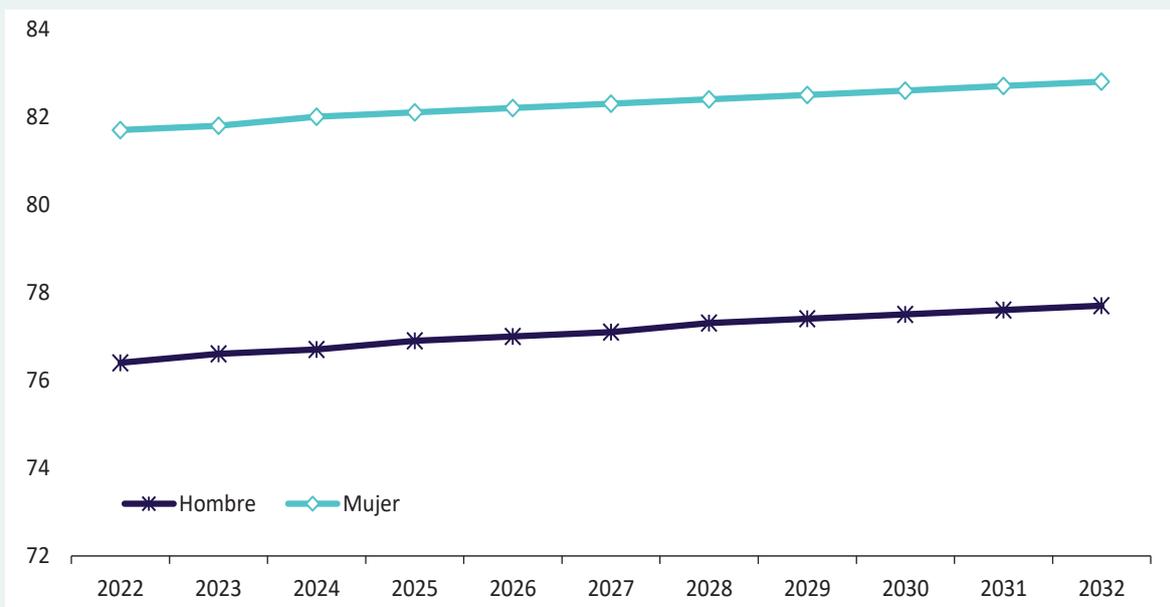
Este capítulo presenta las proyecciones demográficas y financieras del escenario base, el cual muestra la evolución de la situación financiera sin implementación de cambios.

5.1 Proyecciones de los cotizantes y asegurados

Si se considera que los asegurados de EsSalud tienen una esperanza de vida mayor respecto al resto de la población peruana, se plantea la hipótesis de que la esperanza de vida de los asegurados es la esperanza de

vida proyectada por el INEI, más dos años. Por tanto, se espera que para el 2032 los asegurados alcancen una esperanza de vida al nacer de 80,3 años de edad. Específicamente, los hombres alcanzarán 77,7 años y las mujeres 82,8 años. Por tanto, desde 2022 a 2032, en promedio, las mujeres aseguradas de EsSalud vivirán cinco años más que los hombres asegurados.

► Gráfico 30 - Evolución de la esperanza de vida de asegurados de EsSalud, según sexo 2022-2032



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INEI.

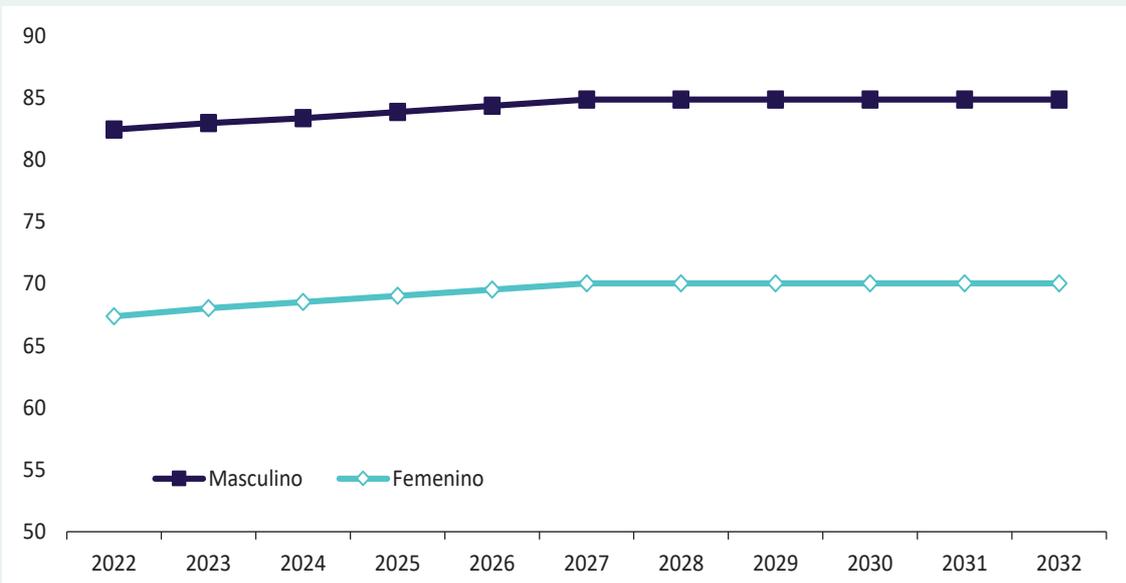
El modelo actuarial de salud de la OIT utiliza la tasa de participación de la fuerza laboral por sexo y año, la cual, aplicada a la población total, da como resultado la fuerza laboral por sexo y año. A la fuerza laboral

se le aplica la tasa de empleo por sexo y año y la tasa de cobertura por sexo, grupo de cotizantes y año, para determinar el número total de cotizantes por sexo, grupo y año de proyección. Las proyecciones

de la población total por sexo y año utilizadas son las presentadas en el capítulo 3, sección 3.1. Las proyecciones realizadas de la tasa de participación

de la fuerza laboral, tanto masculina como femenina, muestran que aumentan levemente desde 2022 hasta 2026, y luego se mantienen constantes hasta el 2032.

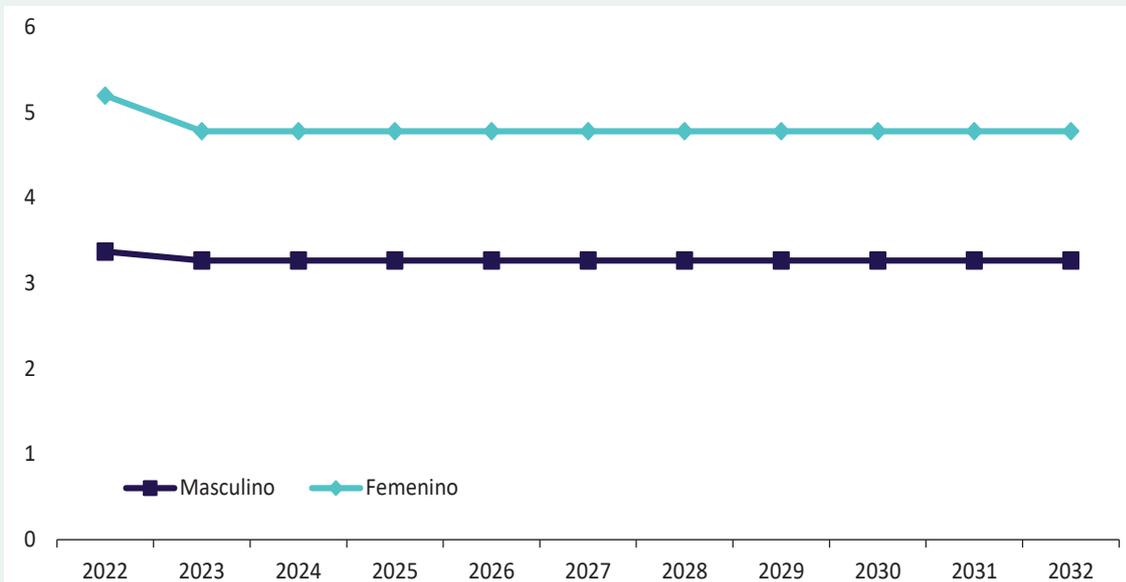
▶ Gráfico 31 – Tasa de participación de la fuerza laboral según sexo, 2022-2032



Fuente: elaboración propia a partir de ILOSTAT hasta 2023. A partir de 2024, hipótesis propias.

Las proyecciones de la tasa de desempleo masculino y femenino se mantienen constantes desde 2023 en un 3,27 por ciento para los hombres y 4,78 por ciento para las mujeres.

▶ Gráfico 32 - Desempleo según sexo, 2022-2032



Fuente: elaboración propia a partir de ILOSTAT hasta 2023. A partir de 2024, hipótesis propias.

Se espera que entre el 2022 y 2032, el total de cotizantes aumente en 1 624 541 personas, de las cuales el 72,52 por ciento corresponde a asalariados y el 27,48 por ciento a pensionistas; los acreditados crecerán en 2 051 379 de personas, de los cuales el 65,86 por ciento serán titulares y el 34,14 por ciento derechohabientes, también conocidos como dependientes.

En el 2032, el 42,30 por ciento de los cotizantes serán mujeres, principalmente asalariadas. Por parte de los acreditados, el 50,12 por ciento serán de sexo femenino.

La tasa de crecimiento, tanto de cotizantes como de acreditados, es mayor para las mujeres que para los hombres. Específicamente, las cotizantes mujeres crecen un 22,1 por ciento entre 2022 y 2032, mientras que los cotizantes masculinos aumentan en 18,4 por ciento. En cuanto a los acreditados, el crecimiento es de 20,2 por ciento y 18,2 por ciento entre 2022 y 2032, respectivamente.

► Cuadro 5 - Número total y por sexo de los asalariados y pensionistas cotizantes, y de los titulares y derechohabientes acreditados, durante el periodo 2022-2032

| Año | Cotizantes | | | Acreditados | | | |
|----------------|-------------|--------------|-----------|-----------------------|------------------------|------------------|------------|
| | Asalariados | Pensionistas | Total | Titulares Asalariados | Titulares Pensionistas | Derechohabientes | Total |
| Total | | | | | | | |
| 2022 | 6 841 666 | 1 316 885 | 8 158 552 | 5 222 152 | 1 316 885 | 4 143 474 | 10 682 511 |
| 2023 | 6 984 332 | 1 349 222 | 8 333 553 | 5 336 717 | 1 349 222 | 4 220 409 | 10 906 348 |
| 2024 | 7 110 314 | 1 389 377 | 8 499 690 | 5 436 654 | 1 389 377 | 4 294 322 | 11 120 353 |
| 2025 | 7 243 534 | 1 432 410 | 8 675 944 | 5 538 899 | 1 432 410 | 4 370 690 | 11 341 999 |
| 2026 | 7 380 273 | 1 476 683 | 8 856 956 | 5 641 801 | 1 476 683 | 4 448 033 | 11 566 517 |
| 2027 | 7 527 447 | 1 522 632 | 9 050 079 | 5 752 547 | 1 522 632 | 4 532 211 | 11 807 390 |
| 2028 | 7 629 134 | 1 570 289 | 9 199 423 | 5 830 744 | 1 570 289 | 4 598 785 | 11 999 818 |
| 2029 | 7 728 919 | 1 618 004 | 9 346 923 | 5 906 811 | 1 618 004 | 4 662 694 | 12 187 509 |
| 2030 | 7 826 876 | 1 666 159 | 9 493 036 | 5 981 106 | 1 666 159 | 4 724 537 | 12 371 803 |
| 2031 | 7 923 553 | 1 714 745 | 9 638 298 | 6 054 117 | 1 714 745 | 4 784 293 | 12 553 155 |
| 2032 | 8 019 755 | 1 763 339 | 9 783 093 | 6 126 783 | 1 763 339 | 4 843 768 | 12 733 890 |
| Mujeres | | | | | | | |
| 2022 | 2 769 338 | 620 781 | 3 390 119 | 2 115 691 | 620 781 | 2 573 601 | 5 310 073 |
| 2023 | 2 834 739 | 645 241 | 3 479 980 | 2 166 141 | 645 241 | 2 618 488 | 5 429 869 |
| 2024 | 2 887 441 | 670 428 | 3 557 869 | 2 206 915 | 670 428 | 2 663 809 | 5 541 152 |
| 2025 | 2 941 142 | 696 017 | 3 637 158 | 2 247 314 | 696 017 | 2 711 614 | 5 654 945 |
| 2026 | 2 995 728 | 721 899 | 3 717 627 | 2 287 369 | 721 899 | 2 760 534 | 5 769 802 |
| 2027 | 3 055 342 | 748 347 | 3 803 689 | 2 331 225 | 748 347 | 2 813 653 | 5 893 225 |
| 2028 | 3 096 558 | 775 340 | 3 871 898 | 2 362 360 | 775 340 | 2 856 400 | 5 994 101 |
| 2029 | 3 136 980 | 802 309 | 3 939 289 | 2 392 641 | 802 309 | 2 898 029 | 6 092 979 |
| 2030 | 3 176 650 | 829 329 | 4 005 979 | 2 422 293 | 829 329 | 2 938 702 | 6 190 325 |
| 2031 | 3 215 786 | 856 404 | 4 072 190 | 2 451 370 | 856 404 | 2 978 334 | 6 286 109 |
| 2032 | 3 254 707 | 883 419 | 4 138 126 | 2 480 467 | 883 419 | 3 017 922 | 6 381 808 |
| Hombres | | | | | | | |
| 2022 | 4 072 329 | 696 104 | 4 768 432 | 3 106 461 | 696 104 | 1 569 873 | 5 372 438 |
| 2023 | 4 149 592 | 703 981 | 4 853 573 | 3 170 576 | 703 981 | 1 601 921 | 5 476 478 |
| 2024 | 4 222 873 | 718 948 | 4 941 822 | 3 229 739 | 718 948 | 1 630 514 | 5 579 201 |
| 2025 | 4 302 393 | 736 393 | 5 038 786 | 3 291 585 | 736 393 | 1 659 076 | 5 687 054 |
| 2026 | 4 384 545 | 754 784 | 5 139 329 | 3 354 432 | 754 784 | 1 687 498 | 5 796 715 |
| 2027 | 4 472 105 | 774 285 | 5 246 390 | 3 421 321 | 774 285 | 1 718 558 | 5 914 165 |
| 2028 | 4 532 576 | 794 948 | 5 327 525 | 3 468 384 | 794 948 | 1 742 384 | 6 005 717 |
| 2029 | 4 591 939 | 815 695 | 5 407 635 | 3 514 169 | 815 695 | 1 764 665 | 6 094 530 |
| 2030 | 4 650 226 | 836 830 | 5 487 057 | 3 558 813 | 836 830 | 1 785 835 | 6 181 478 |
| 2031 | 4 707 767 | 858 341 | 5 566 108 | 3 602 747 | 858 341 | 1 805 959 | 6 267 046 |
| 2032 | 4 765 048 | 879 919 | 5 644 967 | 3 646 316 | 879 919 | 1 825 847 | 6 352 082 |

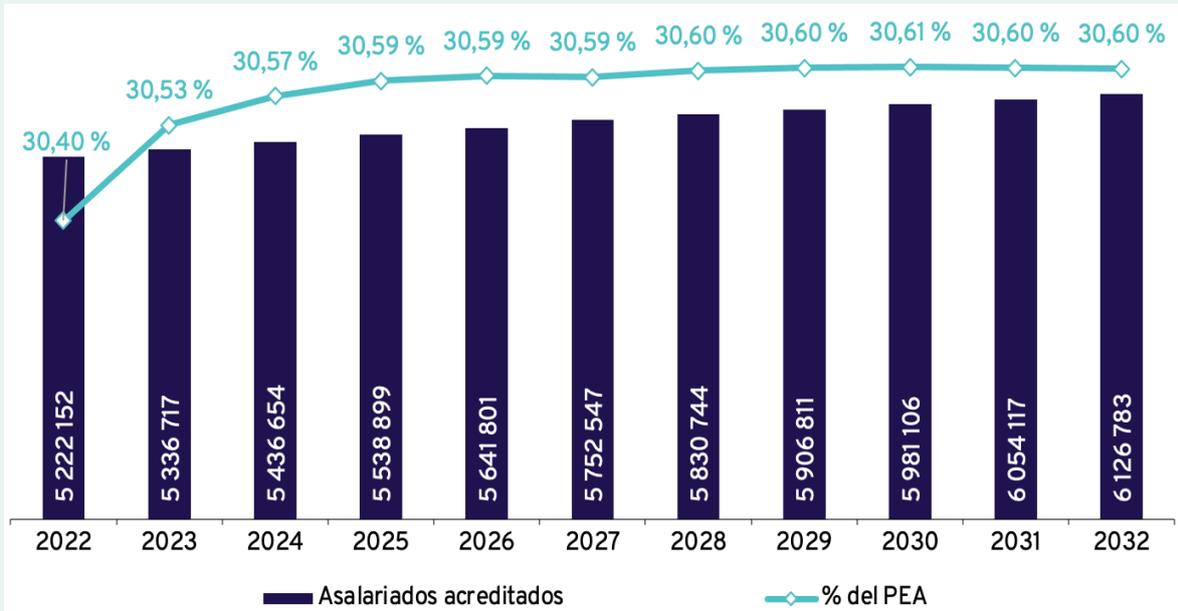
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

5.1.1 Proyección de los grupos de población cubiertos por EsSalud: titulares

Con el fin de proyectar los titulares asalariados, se ha considerado que la tasa de cobertura observada para cada grupo y sexo en el año 2022, permanece constante durante todo el periodo de proyección.

Se estima que, en números absolutos, los titulares asalariados acreditados⁹ crecerán entre 2022 y 2032 un 17,3 por ciento, hasta alcanzar 6 126 783 titulares en el 2032. Sin embargo, al analizar la cantidad de titulares asalariados acreditados respecto a la PEA, se observa que la tasa de cobertura se mantiene prácticamente constante desde 2022 hasta 2032.

▶ Gráfico 33 - Número total de titulares asalariados acreditados y porcentaje de cobertura respecto de la PEA

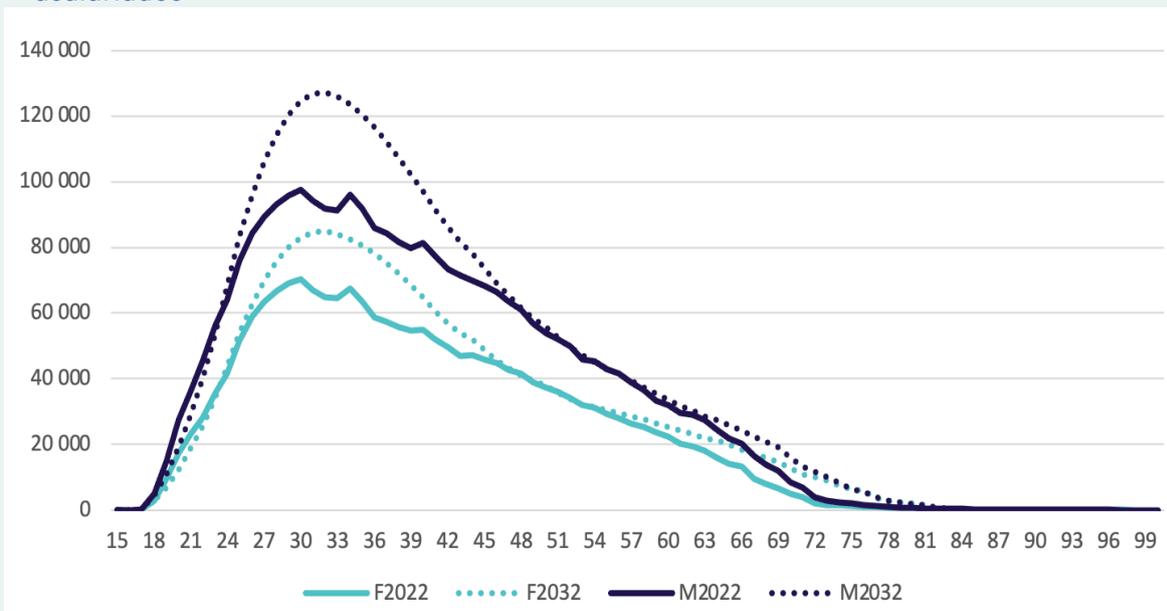


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

Respecto a la distribución por sexo y edad se mantiene la tendencia del 2022 en el 2032. Es mayor la cantidad de hombres versus mujeres y se concentra en ambos

sexos en el rango de 26 a 36 años. En el Anexo IV se presentan los cuadros con la distribución por edad y sexo durante cada año de proyección.

▶ Gráfico 34 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de todos los titulares asalariados



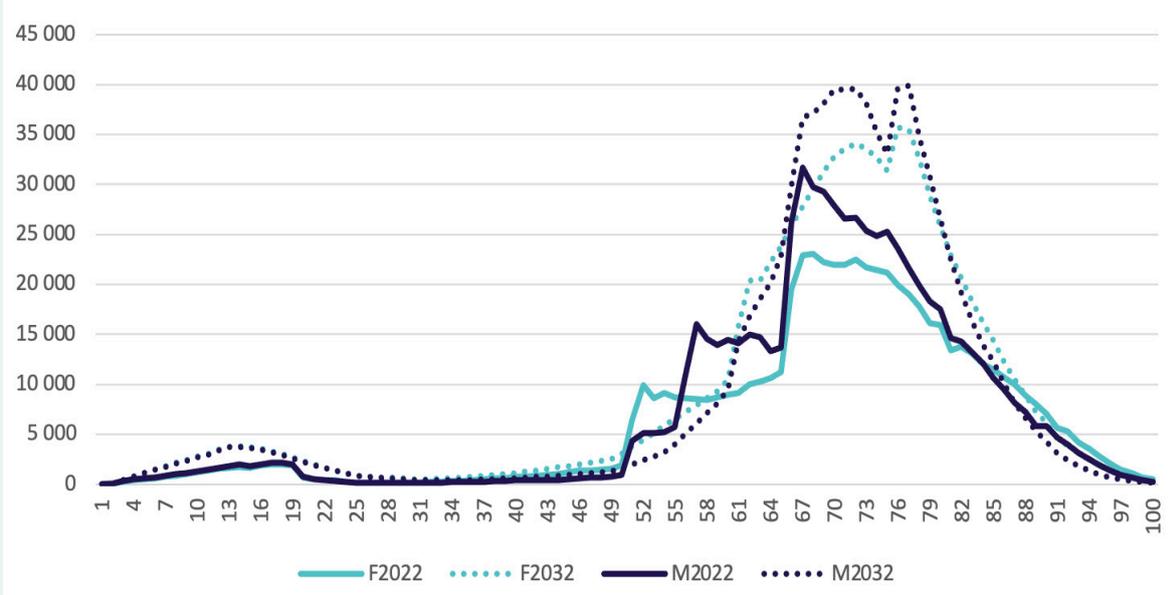
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

⁹ Las cifras de acreditados no coinciden con las que maneja EsSalud, debido a que el concepto de afiliados asegurados que utiliza EsSalud en sus estadísticas es diferente al concepto de acreditados que utiliza el modelo.

El total de titulares pensionistas para ambos sexos aumenta desde los 50 años de edad, concentrándose entre los 65 y 80 años. En dicho rango de edad se observa una mayor cantidad de titulares hombres, mientras que para edades por encima de los 85,

las mujeres superan en número a los hombres. Se observa también que las mujeres pensionistas pasan de representar el 47,1 por ciento en 2022, al 50,1 por ciento en 2032.

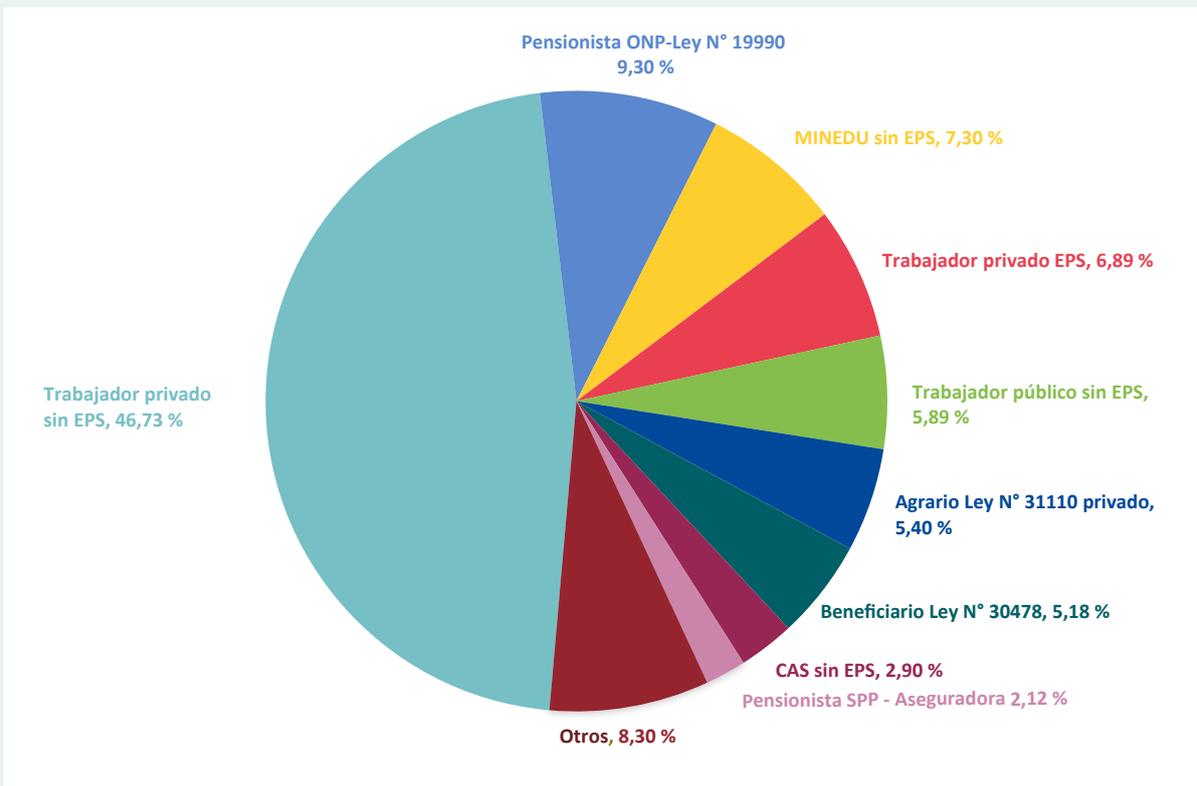
► Gráfico 35 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de todos los titulares pensionistas



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En cuanto a la distribución de titulares según grupo de asegurados, el siguiente gráfico muestra que el 46,73 por ciento pertenece a trabajadores activos privados sin EPS, seguido de 9,30 por ciento de pensionistas ONP - Ley N° 19990.

► Gráfico 36 - Distribución de titulares según grupo de asegurados, 2022

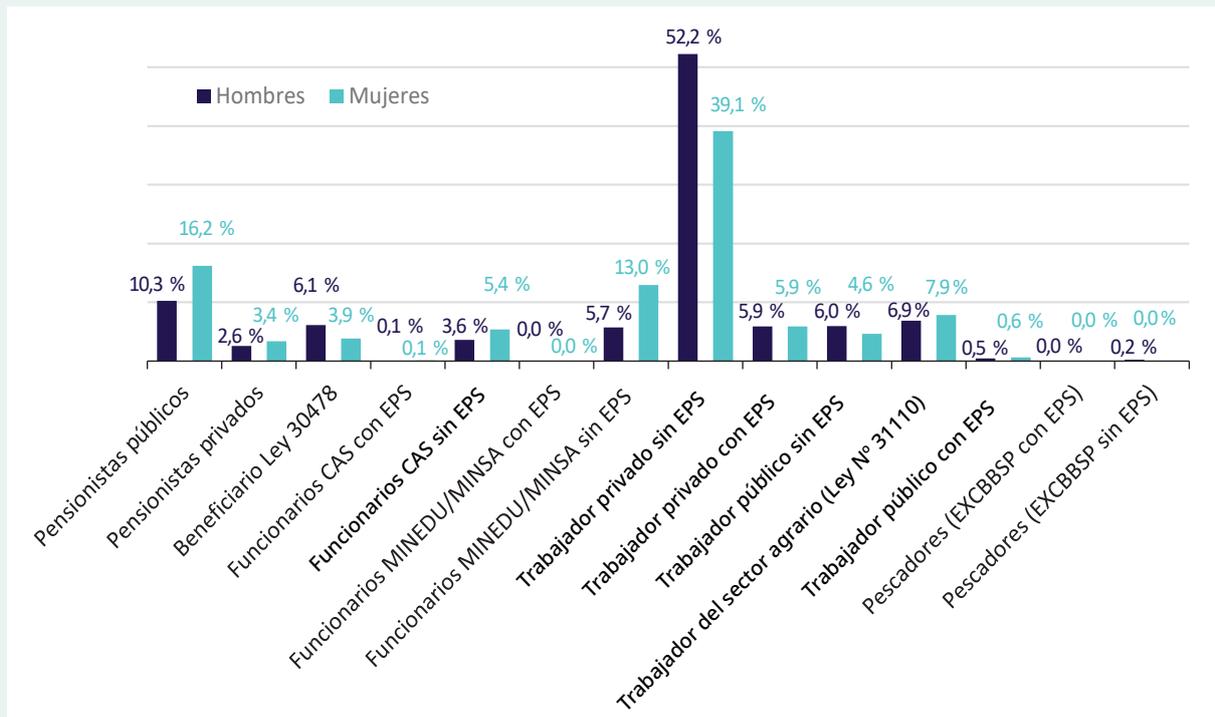


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

Otros con un 8,30 por ciento incluyen a: pensionista MINEDU; pensionistas Ley N° 20530; CAS MINSA sin EPS; pensionista SPP-AFP; trabajador activo público EPS; pensionista MINSA; EXCBBSP sin EPS privado; CAS con EPS; pensionista TDEP-ONP EX 28320; CAS MINEDU sin EPS; pensionista SPP-OTROS; EXCBBSP EPS privado; pensionista CBSSP-Ley N° 28320; CAS MINEDU EPS; CAS MINSA EPS; MINSA EPS; MINEDU EPS.

El siguiente gráfico muestra cómo se distribuyen por grupo de asegurados los titulares hombres, y por separado las titulares mujeres. Se puede observar que la mayoría de los titulares hombres y mujeres se concentra en el grupo de trabajadores activos privados sin EPS. También se observa que las titulares mujeres tienen un peso importante en los grupos de pensionistas públicos y de funcionarios MINSA/MINEDU sin EPS.

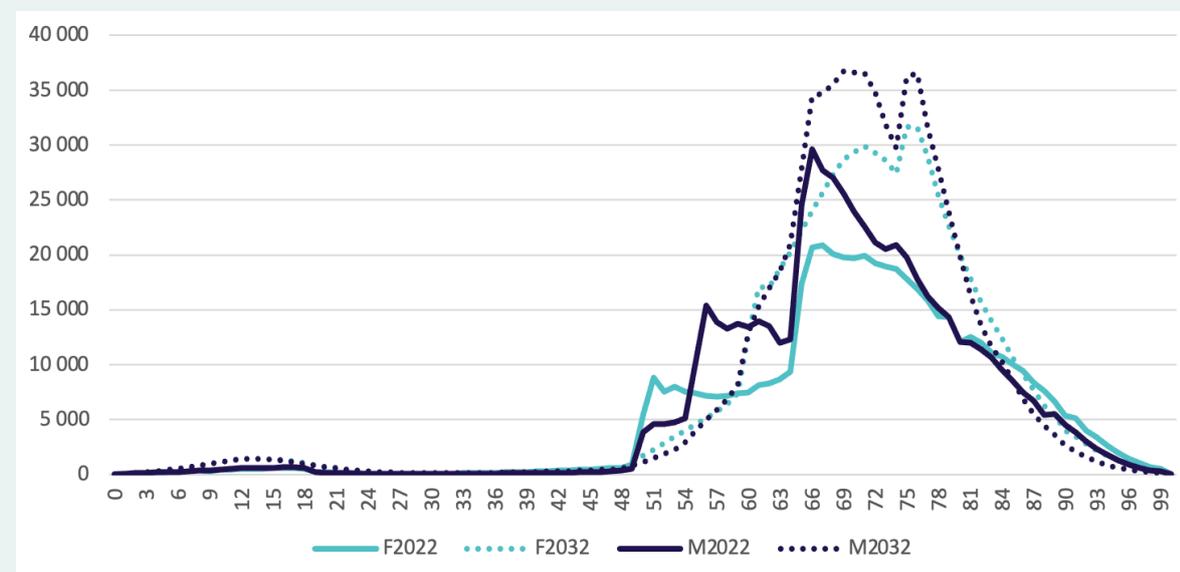
▶ Gráfico 37 - Distribución por sexo según grupo de titulares, 2022



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

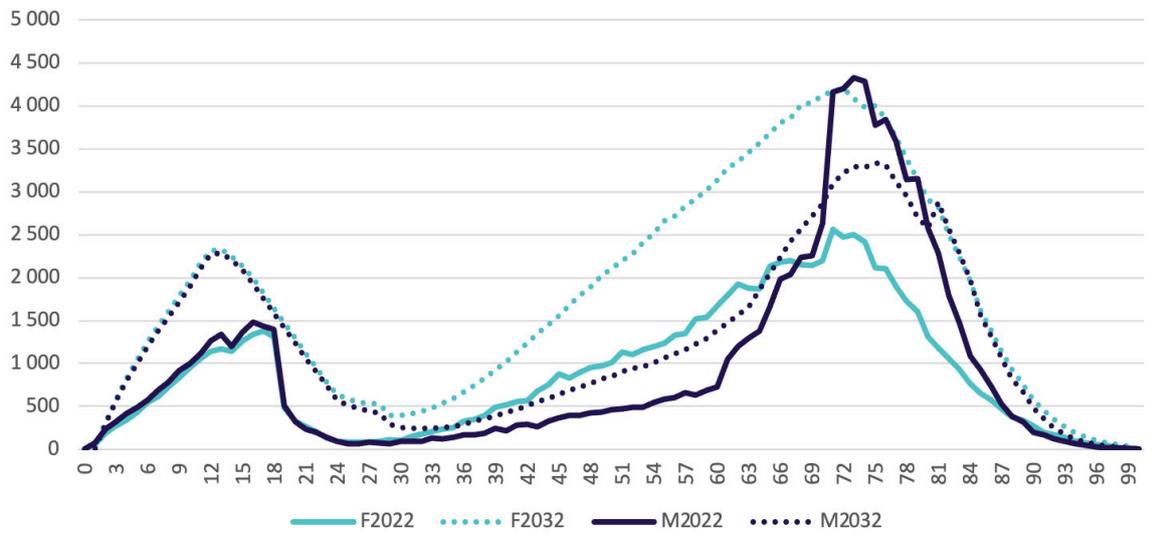
En los siguientes gráficos se presenta la estructura de los diferentes grupos por edad y sexo desde el año base de proyección hasta el 2032.

▶ Gráfico 38 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los pensionistas públicos



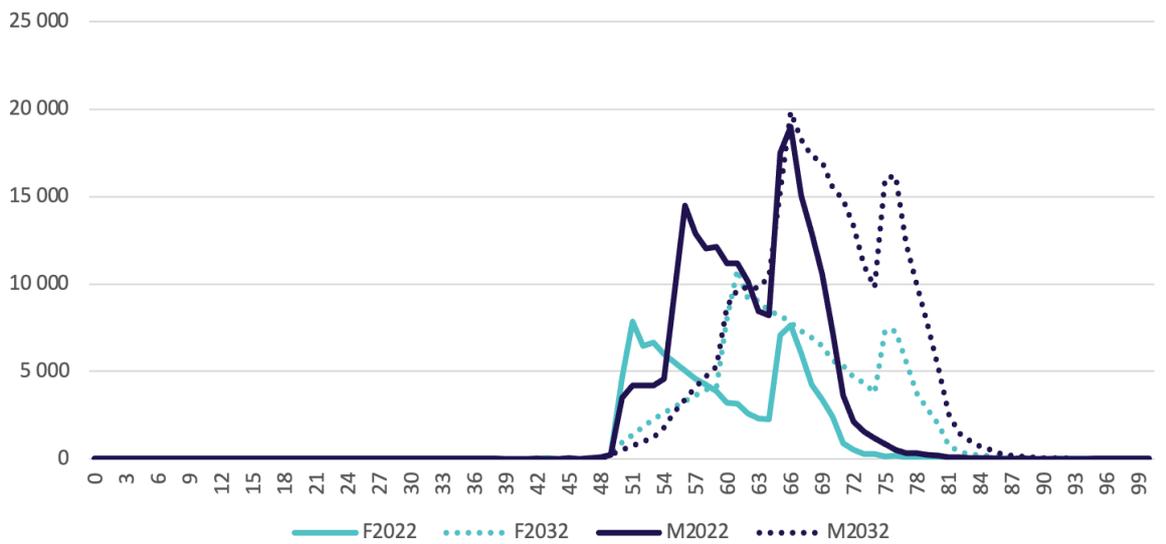
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Gráfico 39 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los pensionistas privados



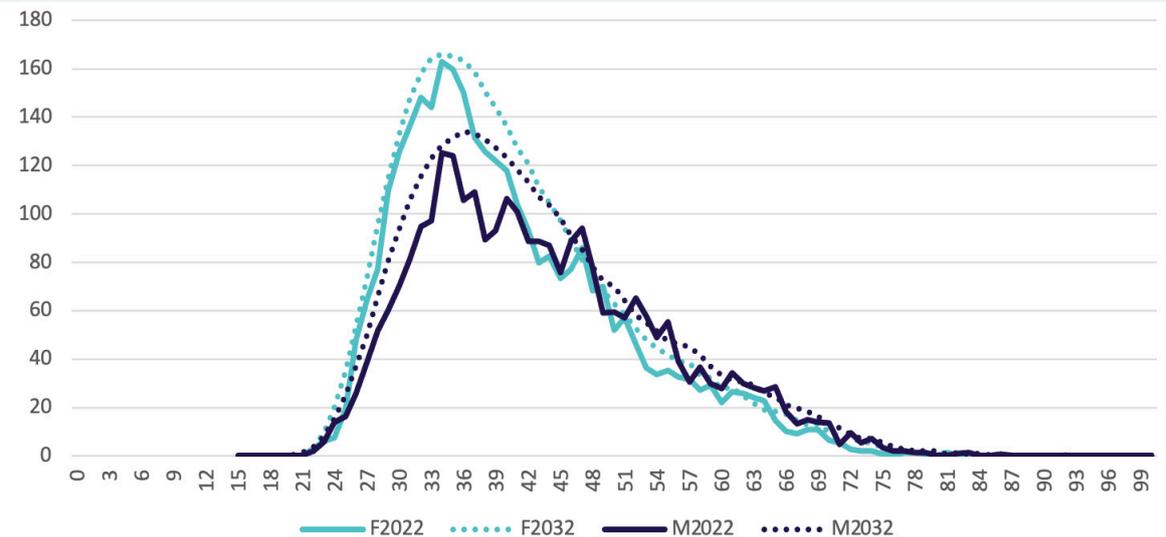
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Gráfico 40 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los beneficiarios de la Ley N° 30478



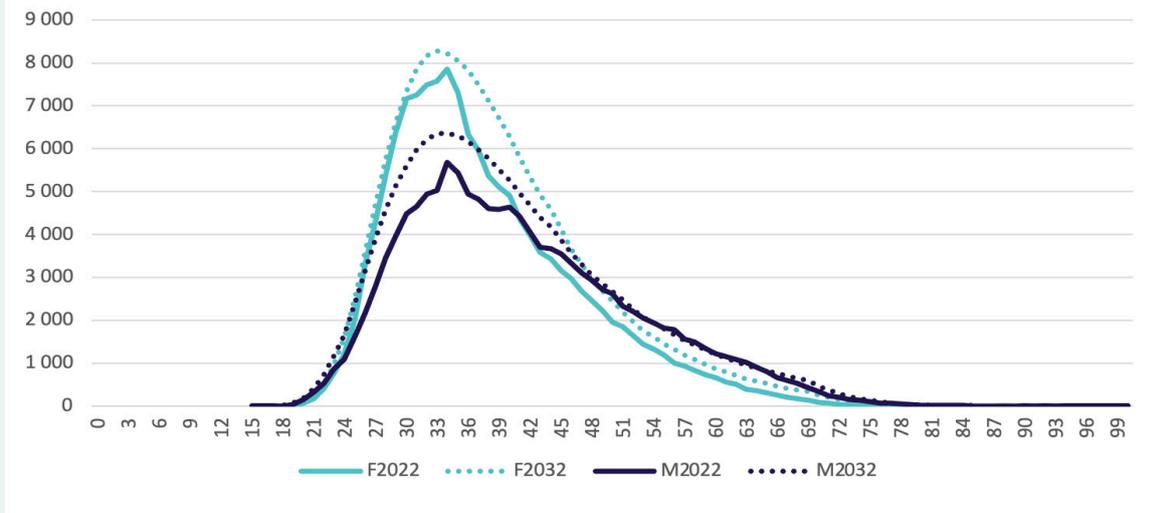
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Gráfico 41 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los funcionarios CAS con EPS



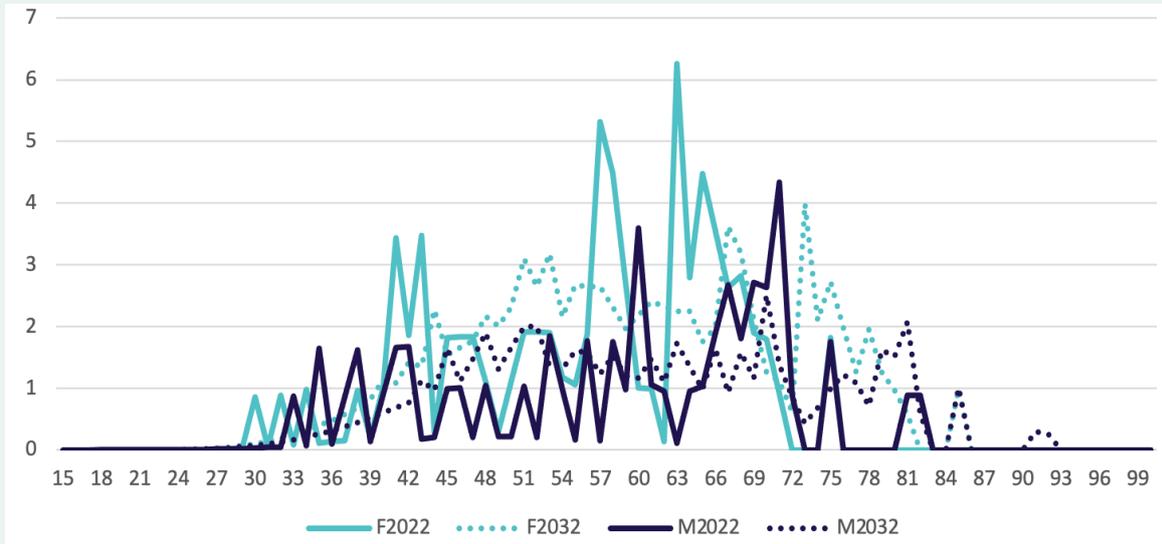
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Gráfico 42 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los funcionarios CAS sin EPS



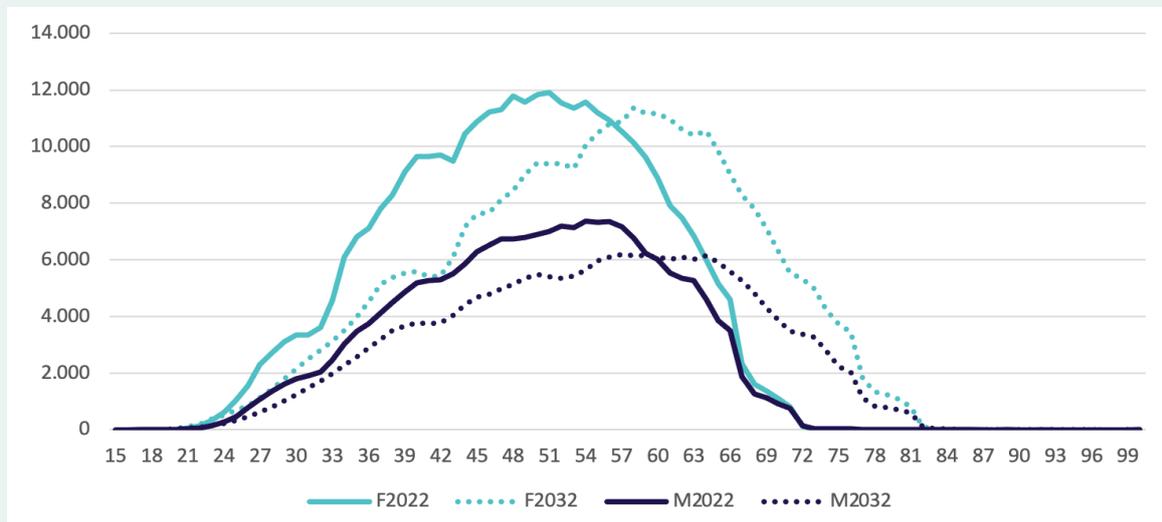
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Gráfico 43 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los funcionarios MINEDU/ MINSA con EPS



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Gráfico 44 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los funcionarios MINEDU/ MINSA sin EPS



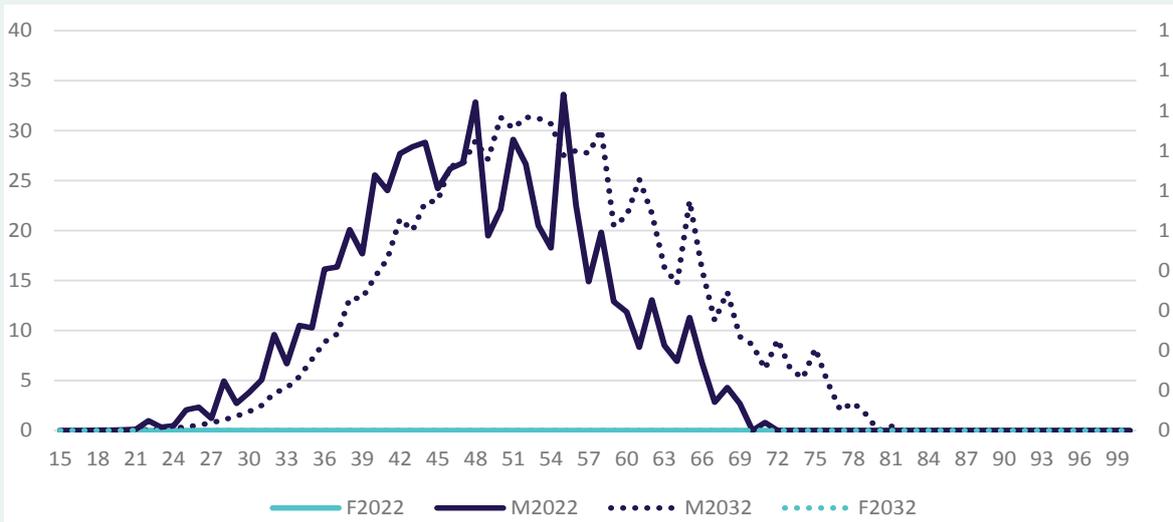
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Gráfico 45 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los trabajadores del sector agrario (Ley N° 31110)



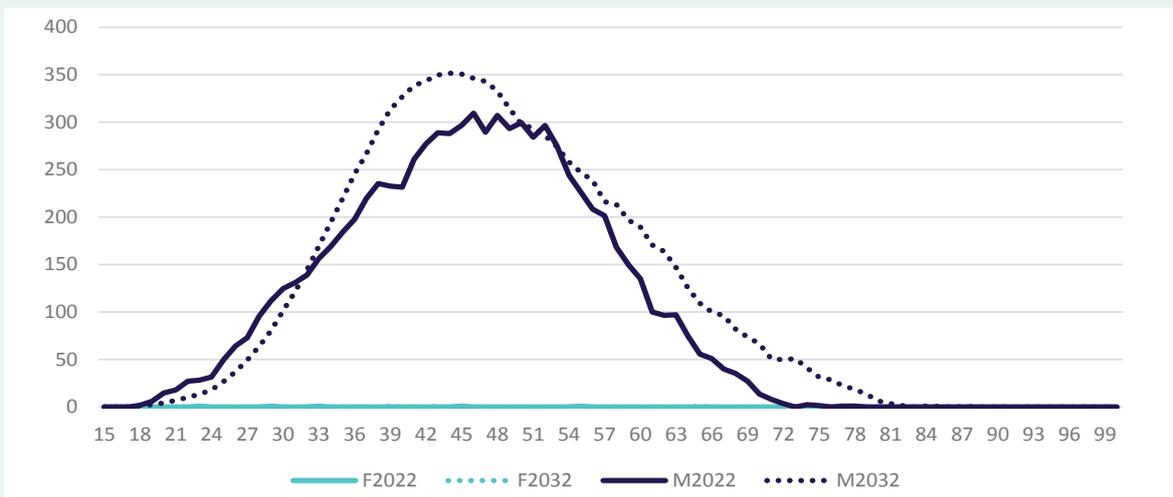
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Gráfico 46 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los pescadores (EXCBBSP con EPS)



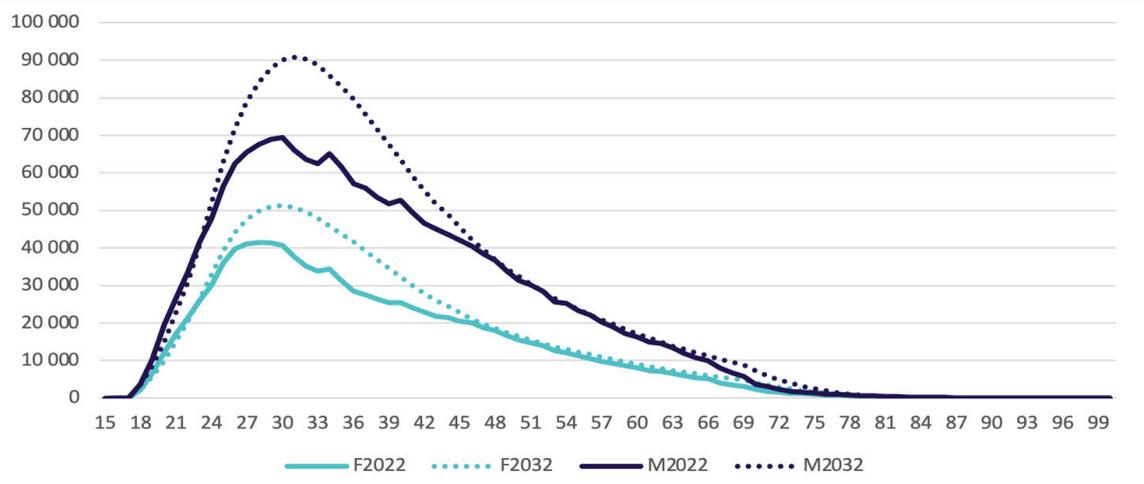
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Gráfico 47 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los pescadores (EXCBBSP sin EPS)



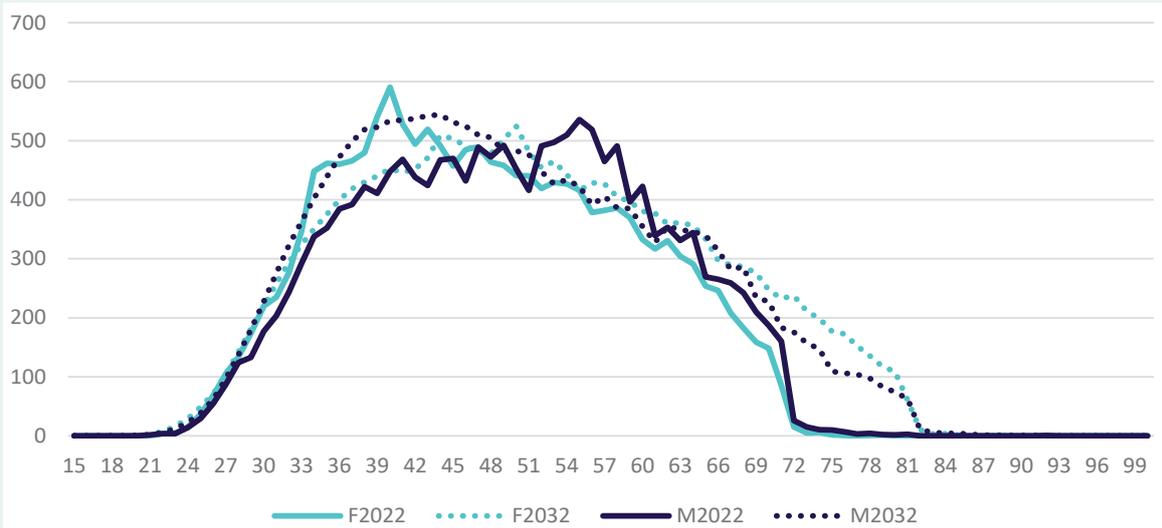
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Gráfico 48 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los trabajadores privados sin EPS



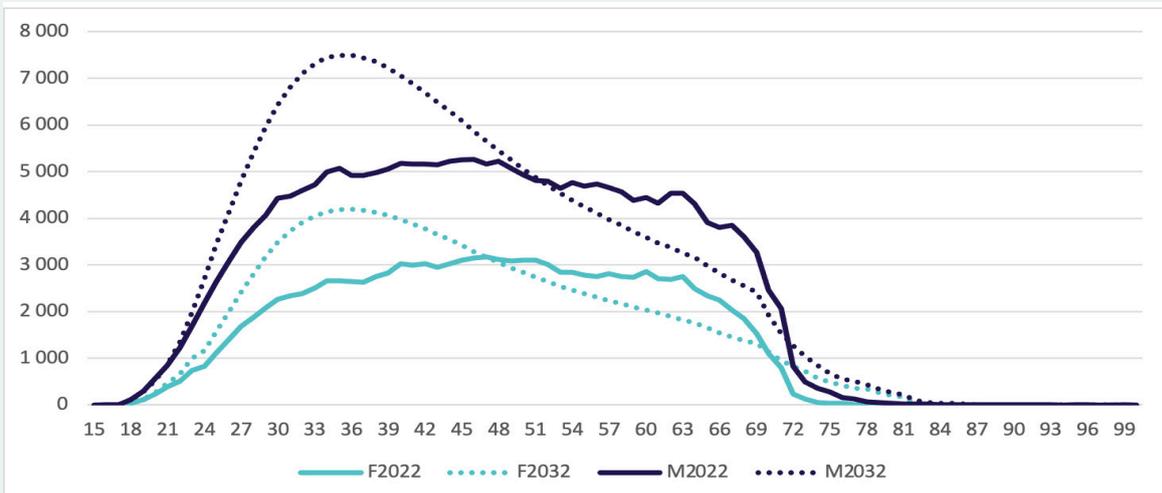
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Gráfico 49 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los trabajadores privados con EPS



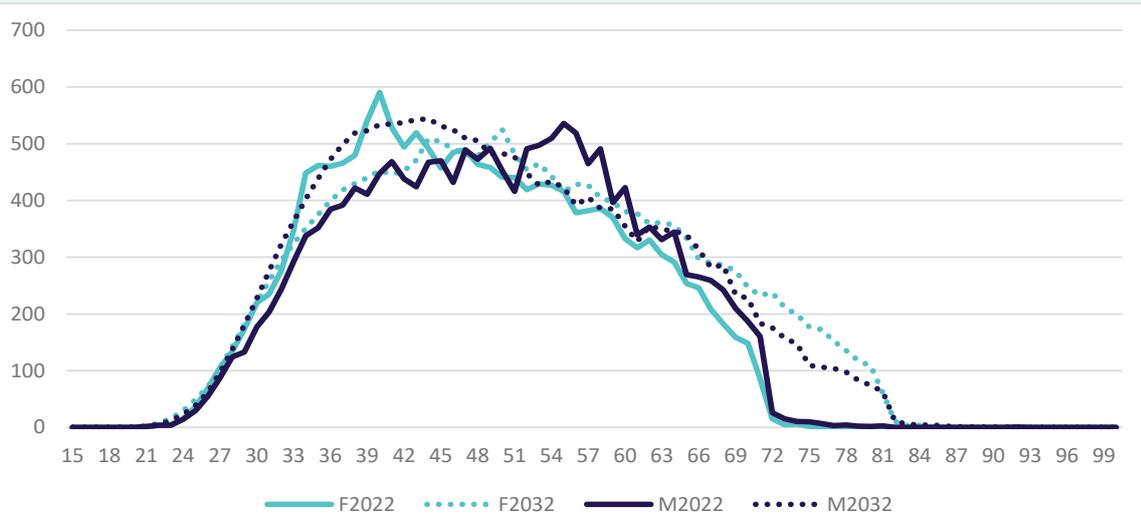
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Gráfico 50 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los trabajadores públicos sin EPS



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Gráfico 51 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los trabajadores públicos con EPS



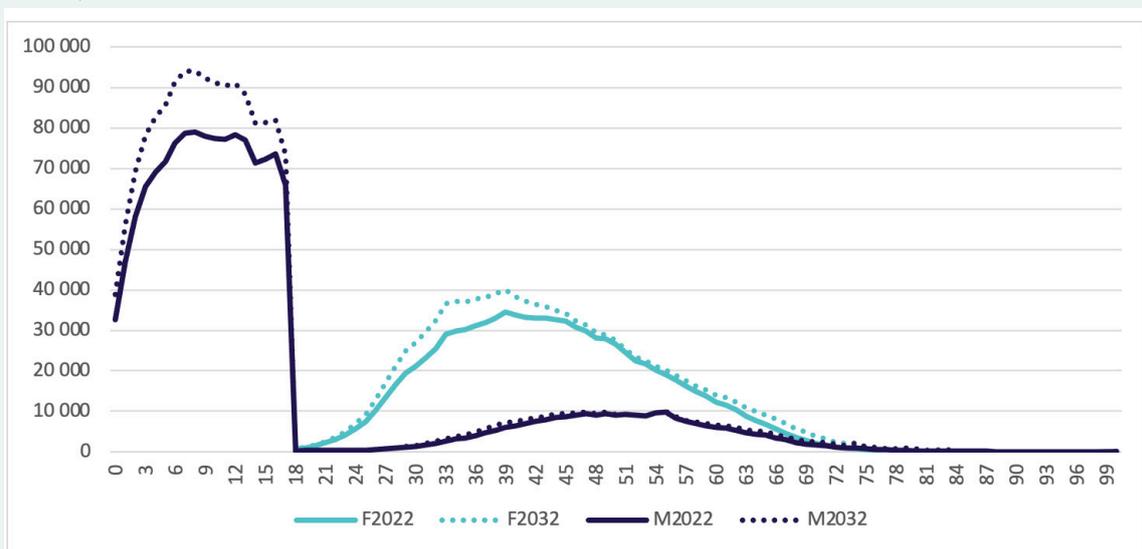
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

5.1.2 Proyección de los grupos de población cubiertos por EsSalud: derechohabientes

Respecto a la distribución de los derechohabientes de trabajadores activos por edad, en el 2022 se concentra entre los 0 y 17 años de edad para ambos

sexos. Respecto a la distribución por sexos, se observa una mayor cantidad de mujeres derechohabientes versus hombres en casi todas las edades. Este mismo comportamiento se observa en las proyecciones para el 2032.

► Gráfico 52 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de trabajadores activos

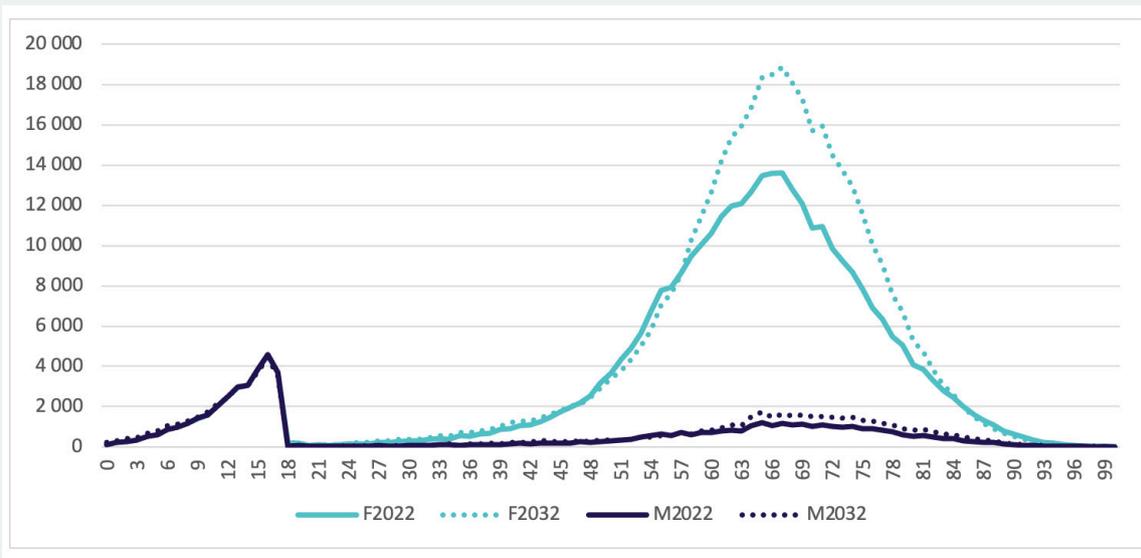


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

Respecto a la distribución por edad y por sexo de los derechohabientes de pensionistas, la gran mayoría de derechohabientes se sitúa en edades por encima de los 45 años.

Además, se observa que en edades adultas la gran mayoría son mujeres, mientras que en edades por debajo de los 18 años se presenta prácticamente el mismo número de hombres que de mujeres.

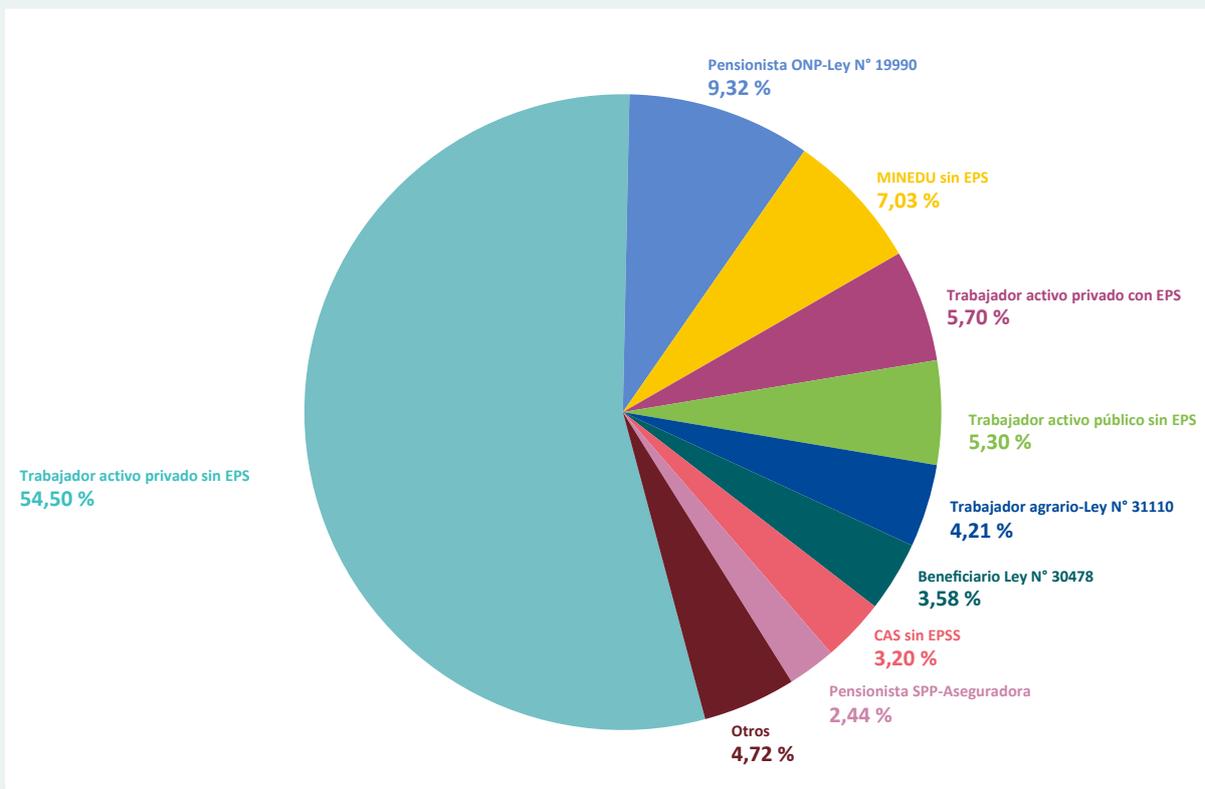
▶ Gráfico 53 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de pensionistas



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En cuanto a la distribución de derechohabientes según grupo de asegurados, el 54,50 por ciento pertenece a trabajadores activos privados sin EPS, mientras que los demás grupos no superan el 10 por ciento.

▶ Gráfico 54 - Distribución de derechohabientes según grupo de asegurados, 2022

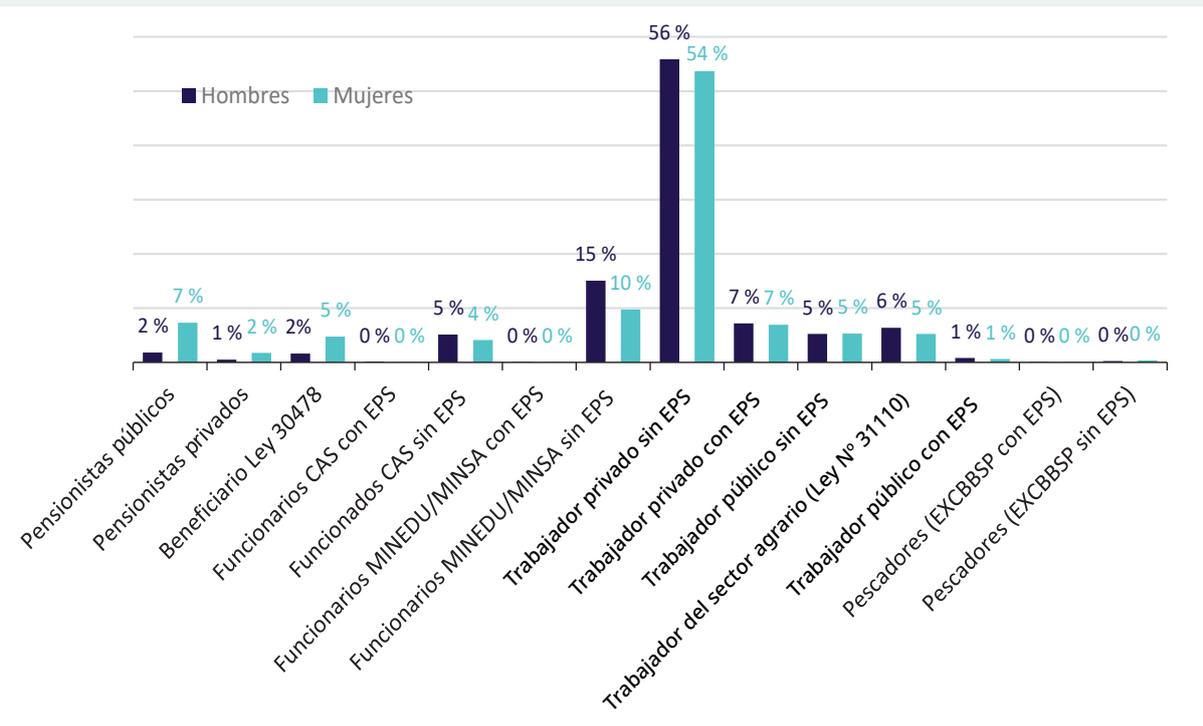


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

La mayor participación tanto femenina como masculina se encuentra en el grupo de activos privados sin EPS, mientras que en los otros grupos la participación no

supera el 10 por ciento en el caso de las mujeres y el 15 por ciento en los hombres.

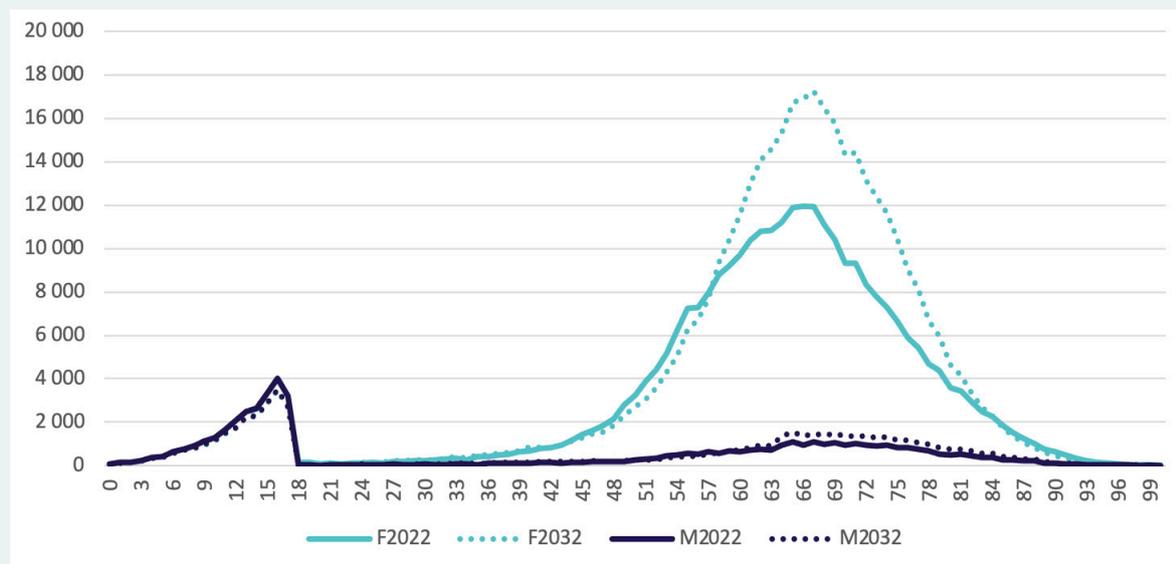
► Gráfico 55 - Distribución por sexo según grupo de asegurado derechohabientes, 2022



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

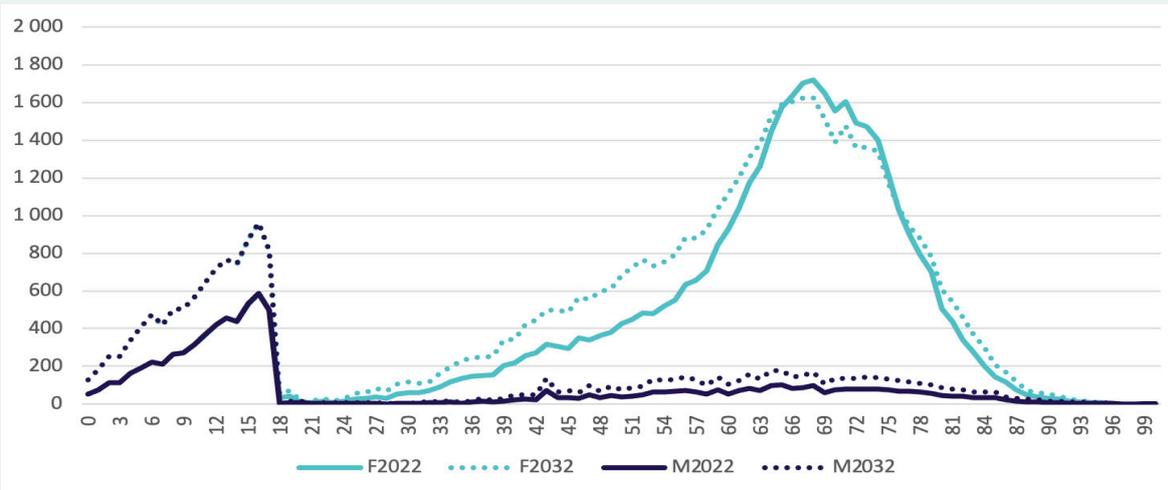
En los siguientes gráficos se presenta la estructura de los diferentes grupos de derechohabientes por edad y sexo desde el año base de proyección y hasta el 2032.

► Gráfico 56 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de pensionistas públicos



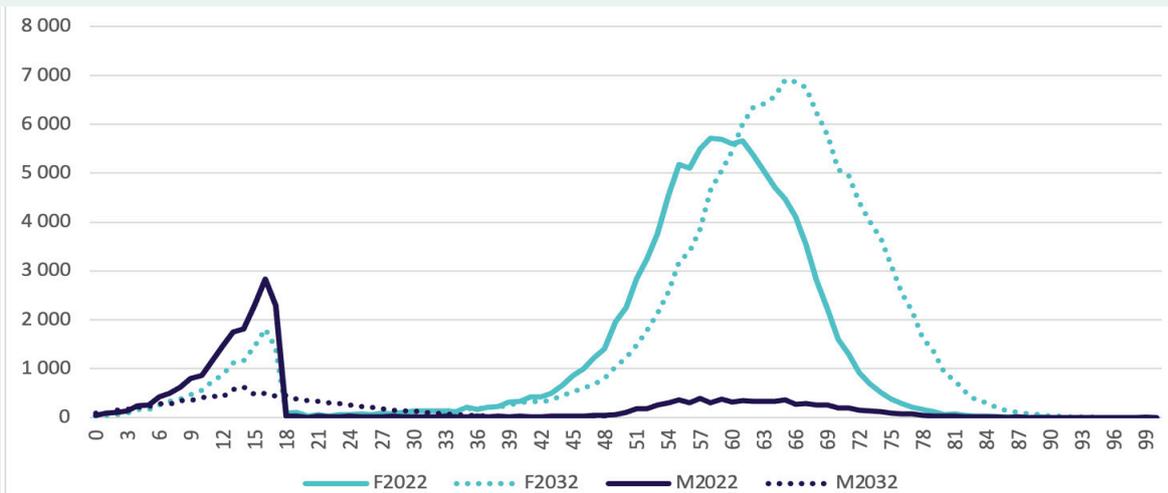
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Gráfico 57 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de pensionistas privados



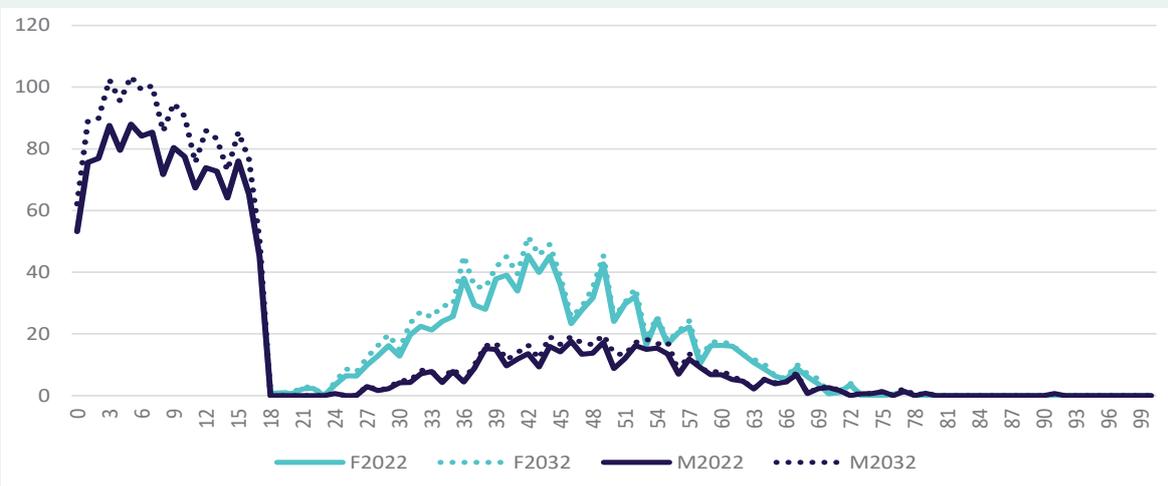
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Gráfico 58 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de beneficiarios de la Ley N° 30478



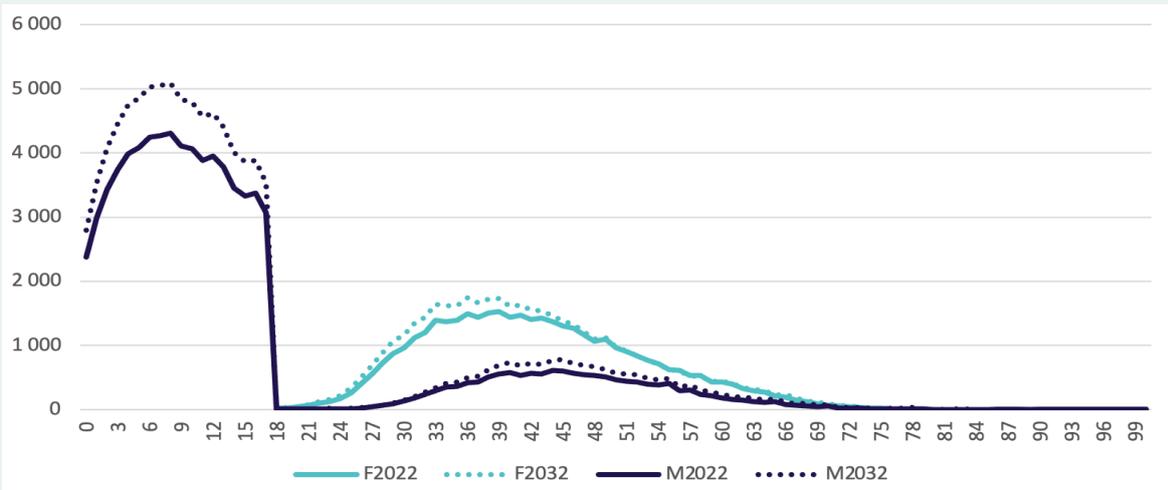
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Gráfico 59 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de funcionarios CAS con EPS



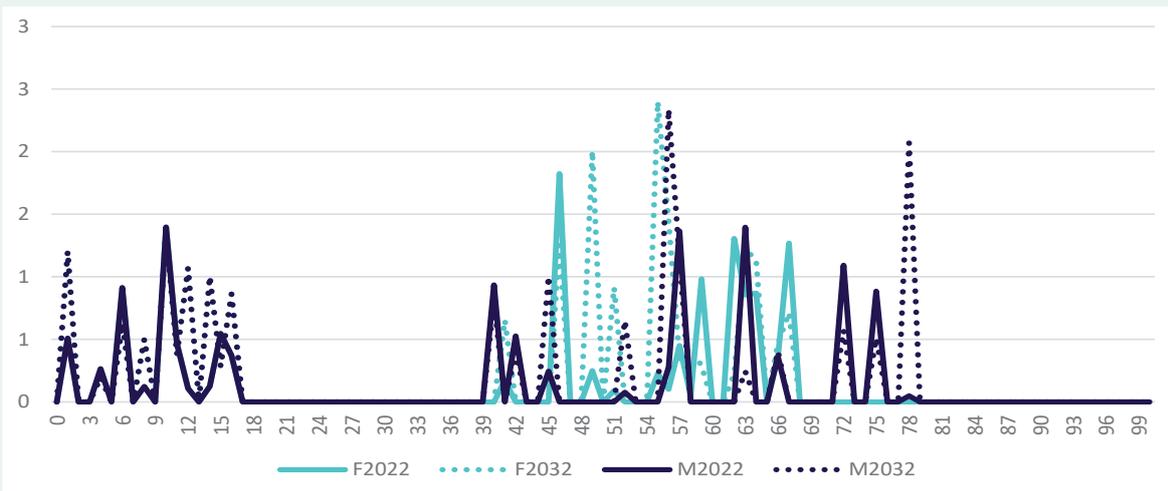
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► **Gráfico 60 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de funcionarios CAS sin EPS**



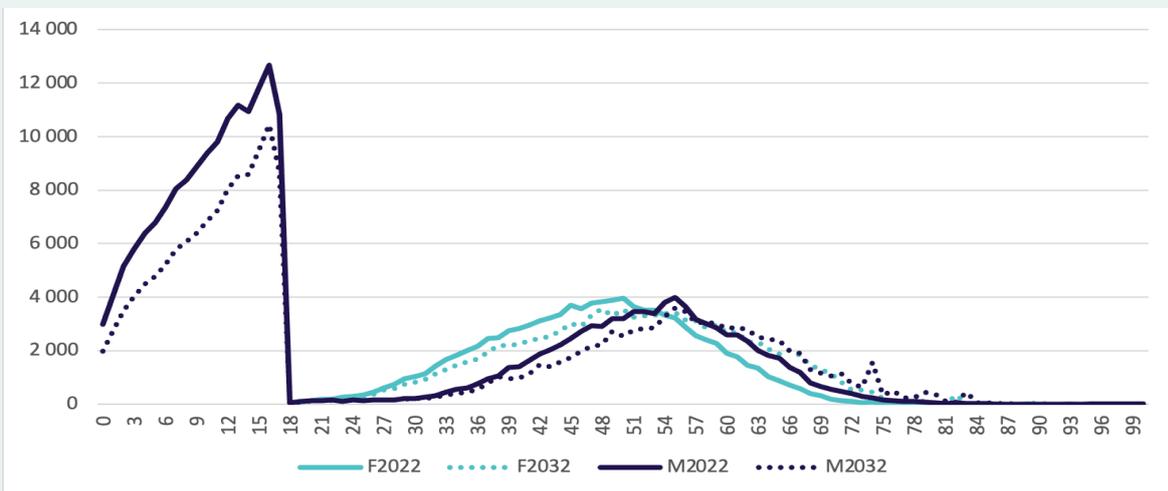
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► **Gráfico 61 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de funcionarios MINEDU/MINSA con EPS**



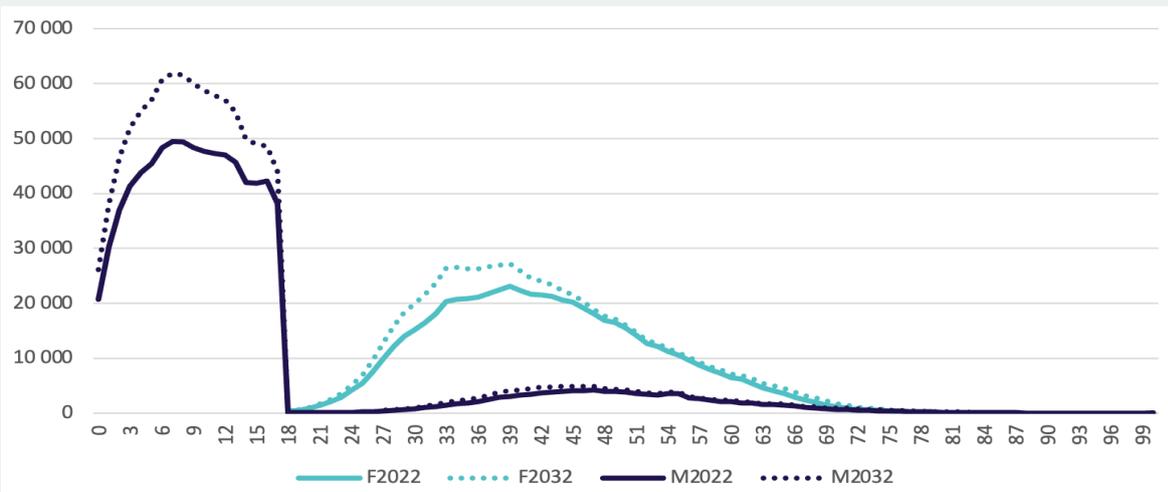
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► **Gráfico 62 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de funcionarios MINEDU/MINSA sin EPS**



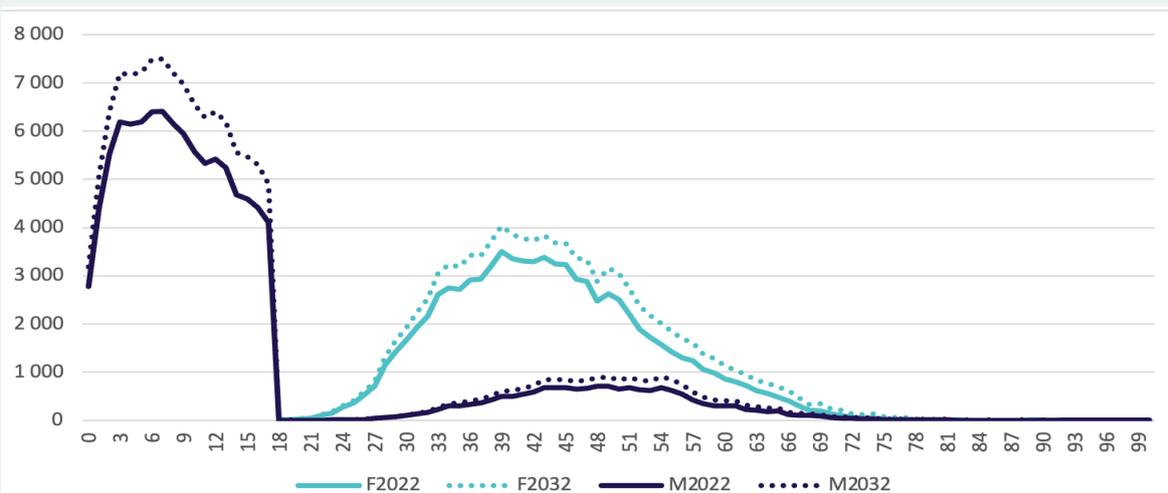
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Gráfico 63 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de trabajadores privados sin EPS



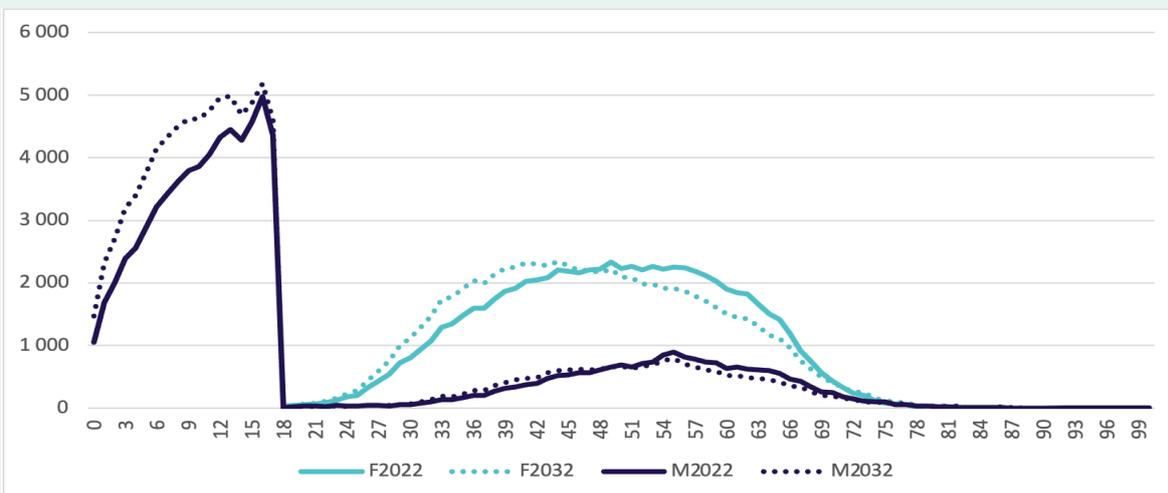
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Gráfico 64 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de trabajadores privados con EPS



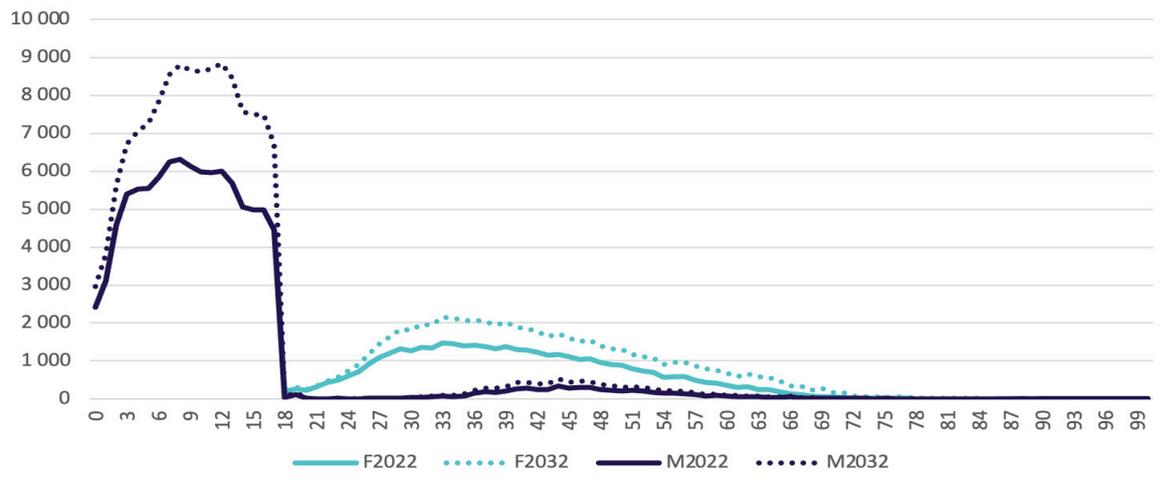
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Gráfico 65 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de trabajadores públicos sin EPS



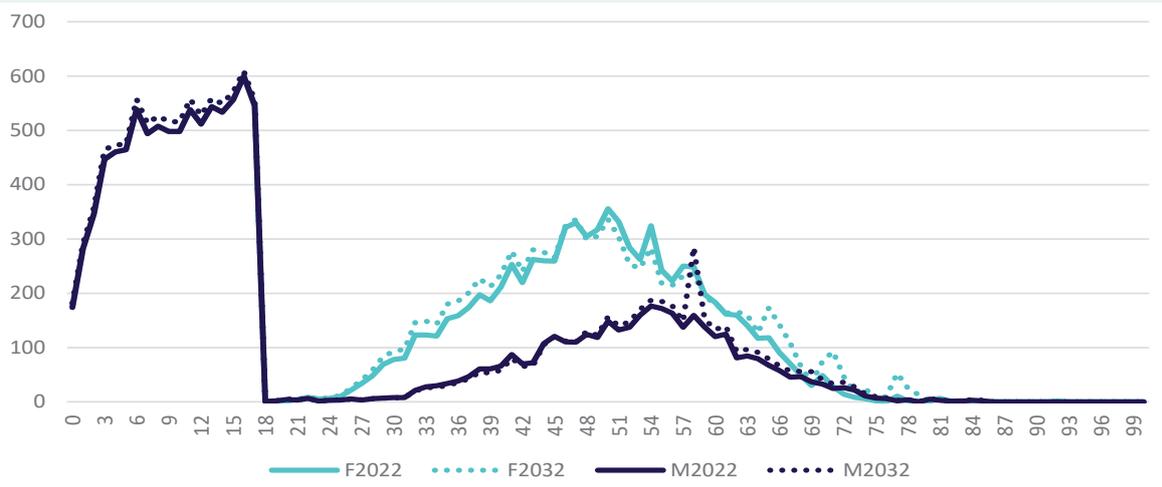
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Gráfico 66 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de trabajadores del sector agrario (Ley N° 31110)



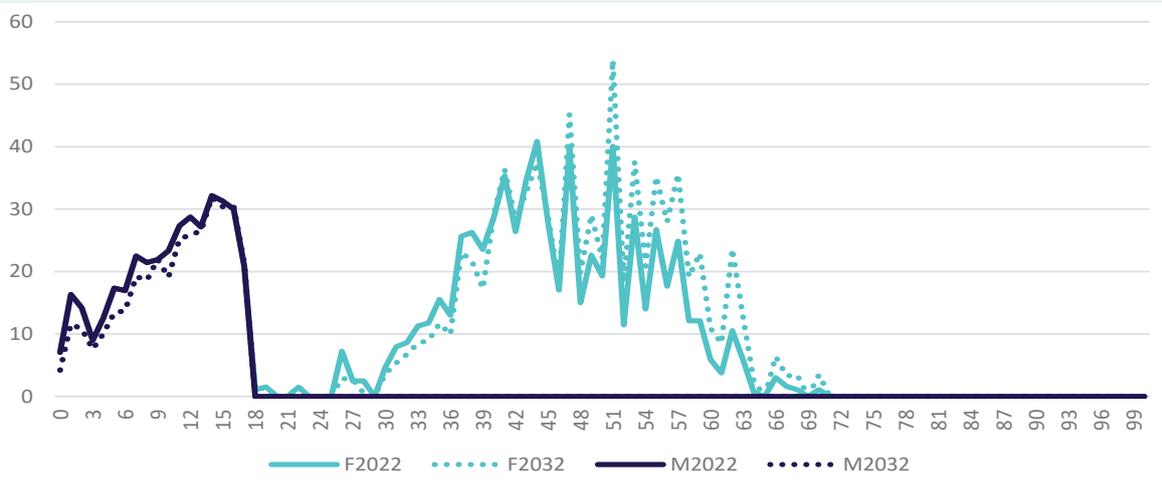
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Gráfico 67 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de trabajadores públicos con EPS



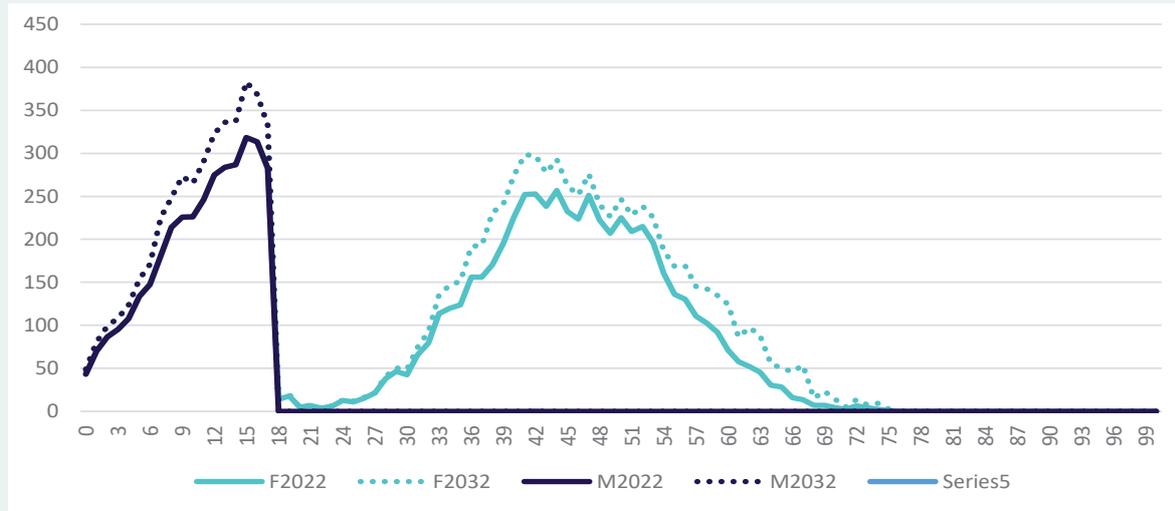
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Gráfico 68 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de pescadores (EXCBBSP con EPS)



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Gráfico 69 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 de los derechohabientes de pescadores (EXCBBSP sin EPS)



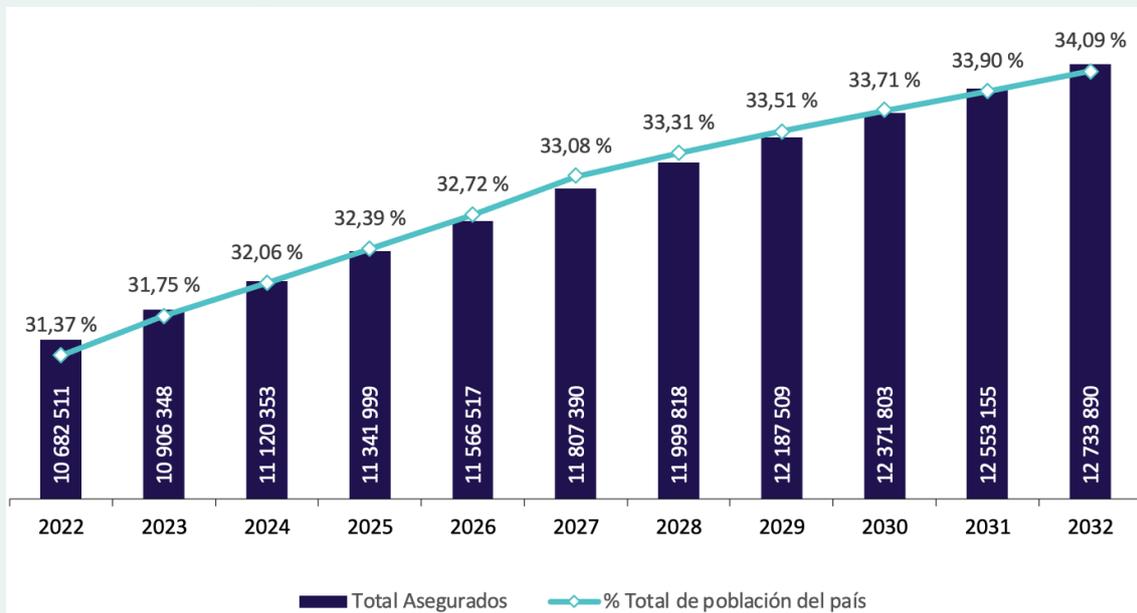
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

5.1.3 Proyección de los grupos de población cubiertos por EsSalud: asegurados

Esta sección incluye la suma de los titulares más los derechohabientes, es decir, los asegurados. El total de asegurados de EsSalud crecerá un 19,20 por ciento entre el 2022 y 2032, al pasar de 10,6 millones a 12,7 millones.

El total de asegurados respecto a la población total del país pasaría de un 31,37 por ciento en el 2022 a un 34,09 por ciento en el 2032.

▶ Gráfico 70 - Número total de asegurados y porcentaje de cobertura respecto a la población total del país



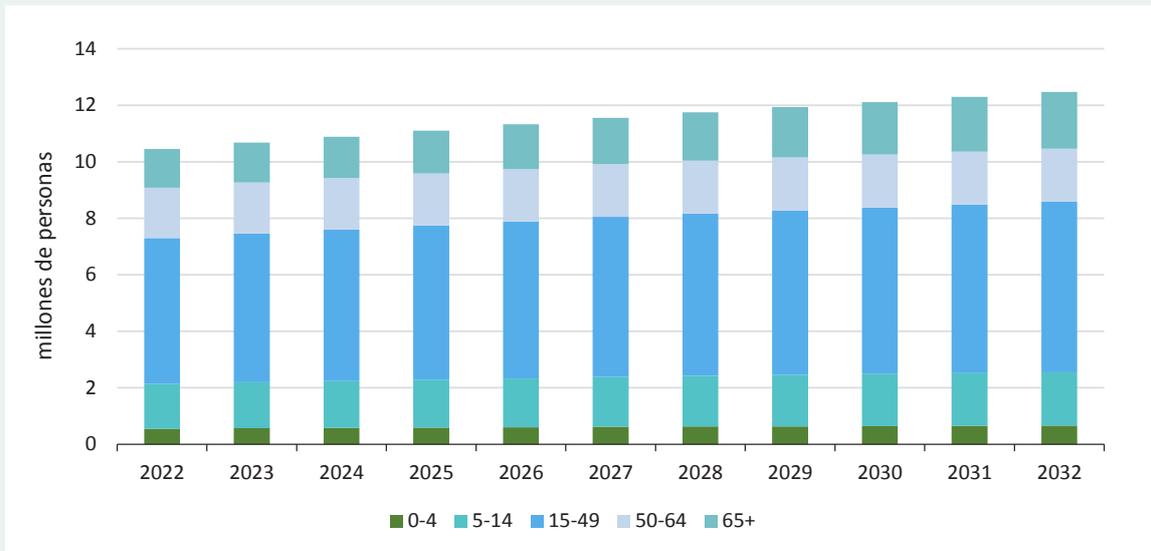
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

El grupo de edad con mayor tasa de crecimiento es el grupo de los mayores de 65 años, con un crecimiento del 42 por ciento entre 2022 y 2032. La participación de los grupos etarios respecto al total de asegurados se mantiene, y es dominante el grupo de 15-49 años de edad.

La proyección de población asegurada por rango de edad muestra que los grupos de 0-4 y 5-14 se mantienen

en promedio en un 5,32 por ciento y un 15,24 por ciento del total, respectivamente, durante todo el periodo de proyección. Por otra parte, la participación de los grupos 15-49 y 50-64 disminuye levemente, al pasar de 49,35 por ciento a 48,39 por ciento y 17,02 por ciento a 15,07 por ciento del total, respectivamente. Esto termina generando un incremento en la participación del grupo de 65+, al pasar de un 13,16 por ciento a 16,09 por ciento del total, entre los años considerados.

► Gráfico 71 - Total de asegurados de EsSalud, desagregado por grupo de edad para 2022 y 2032

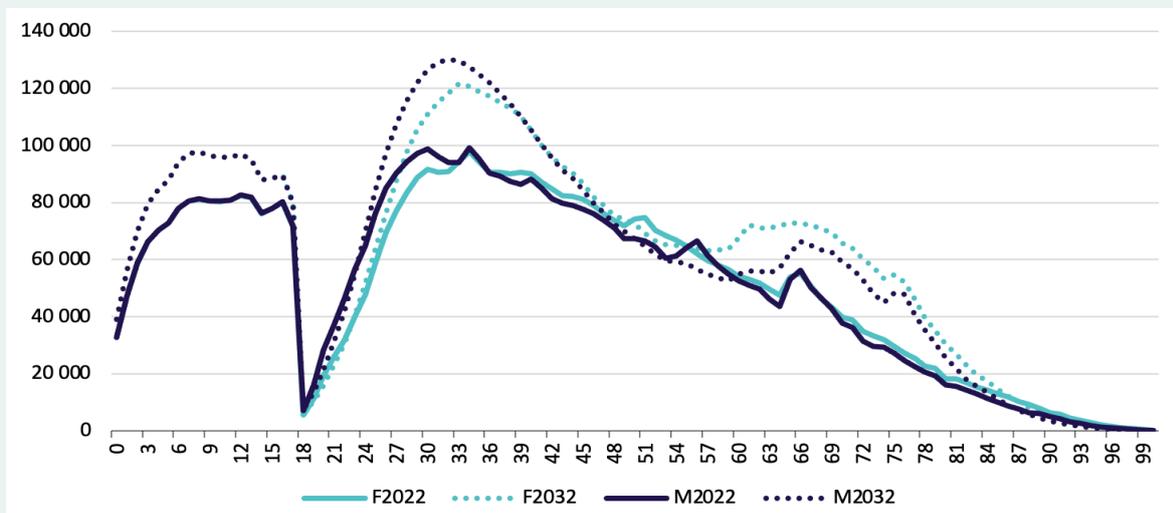


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

La tendencia en la distribución por sexo del total de asegurados se mantiene del 2022 al 2032. Entre los 0 y 17 años de edad la distribución por sexo es prácticamente

igual. En el rango de 19 a aproximadamente 36 años hay más hombres que mujeres y posteriormente se ve mayoría femenina.

► Gráfico 72 - Distribución por edad y sexo para 2022 y 2032 del total de asegurados (titulares y derechohabientes)

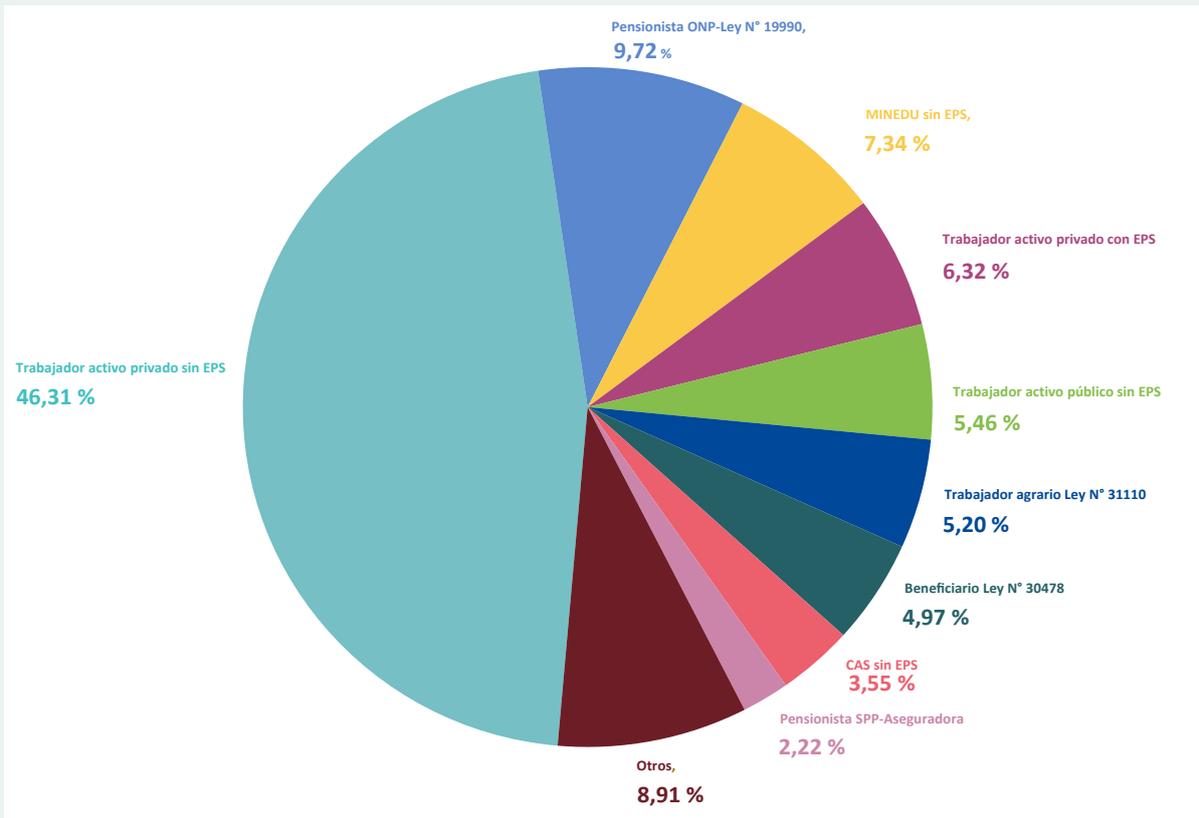


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En el siguiente gráfico se puede observar que la concentración de asegurados se da en el grupo de trabajadores activos privados sin EPS, con una

proporción del 46,31 por ciento, en relación con el total de asegurados, mientras que los demás grupos no superan el 10 por ciento.

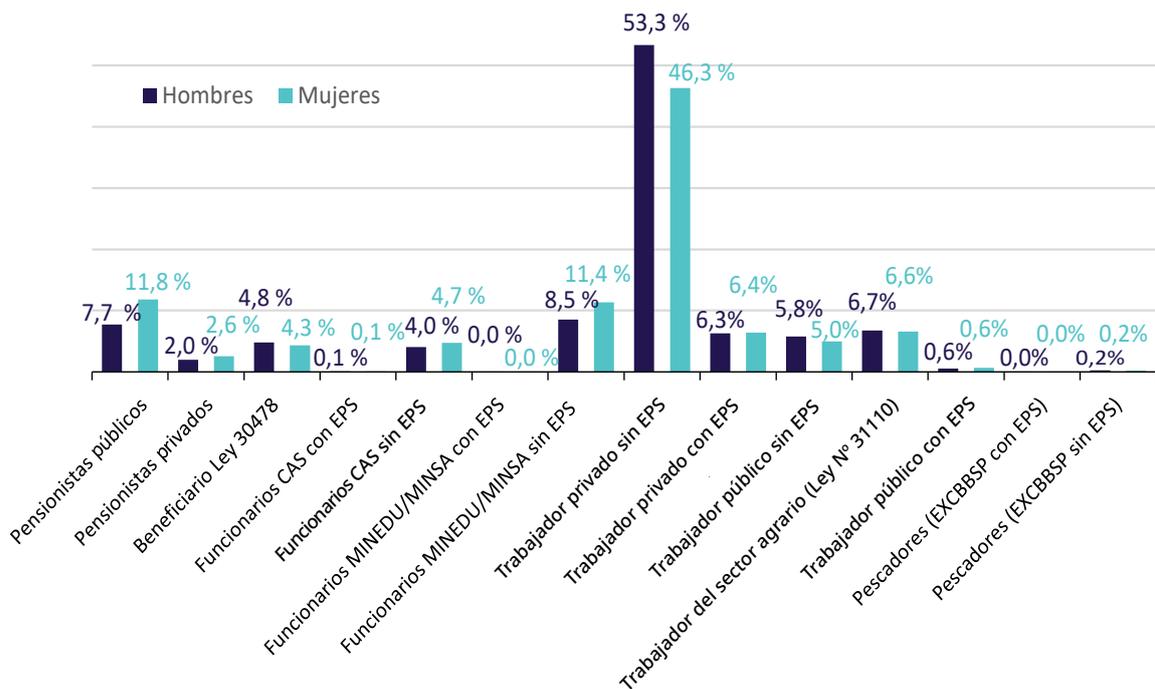
▶ Gráfico 73 - Distribución de asegurados según grupo de asegurados, 2022



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En el Gráfico 74 se puede apreciar que el grupo de trabajadores privados sin EPS comprende el 53,3 por ciento del total de hombres asegurados y el 46,3 por ciento de las mujeres aseguradas.

▶ Gráfico 74 - Distribución por sexo según grupo de asegurados 2022



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En los siguientes gráficos se presenta la estructura de los diferentes grupos de derechohabientes por edad y sexo desde año base de proyección y hasta el 2032.

5.2 Proyección de los ingresos

En la presente evaluación actuarial se consideran tres fuentes de ingresos. La primera fuente son los ingresos por cotizaciones de asalariados y pensionistas de todos los grupos del seguro regular, la segunda fuente son los ingresos financieros y la tercera es «otros ingresos». En las siguientes secciones se describen en detalle cada una de estas tres fuentes de ingresos.

En términos de la proyección de ingresos totales, la misma inicia con 15 921 millones de soles para el año 2022, con una reducción del 2,64 por ciento para el 2023, para luego aumentar la tasa de crecimiento a 6,78 por ciento en el 2024. La tendencia positiva

se mantiene a lo largo de la proyección, hasta llegar a 23 919 millones de soles en el 2032. A partir del 2024 se presenta un crecimiento positivo que se va estabilizando en 4,45 por ciento al final del periodo. El crecimiento salarial decrece y se estabiliza en 2,97 por ciento durante los años 2027 al 2032, lo que da lugar a la estabilización del crecimiento del ingreso observada.

Los ingresos por contribuciones de activos y pensionistas tienen el mayor peso como fuente de ingresos, representando en promedio un 93,57 por ciento a lo largo del periodo de proyección, mientras que otros ingresos representan alrededor del 6,09 por ciento y los ingresos financieros tienen una participación de 0,34 por ciento.

► Gráfico 75 - Proyección de ingresos desagregado por fuente



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

5.2.1 Ingresos por cotizaciones

Los ingresos por cotizaciones están estimados a partir de las curvas salariales por edad, sexo y grupo, observadas según los datos suministrados. En el siguiente cuadro se presenta la hipótesis asumida para el incremento salarial de las curvas observadas durante

el plazo de proyección. Para estimar el crecimiento salarial nominal se ha tomado como referencia el crecimiento real de la productividad ajustado por la inflación. El crecimiento real se ha calculado como el cambio anual del PIB real por empleado.

► Cuadro 6 - Evolución del crecimiento salarial

| Año | Crecimiento real de la productividad | Inflación | Total |
|------|--------------------------------------|-----------|-------|
| 2022 | -0,69 | 7,46 | 6,72 |
| 2023 | 0,19 | 4,39 | 4,59 |
| 2024 | 1,14 | 2,51 | 3,68 |
| 2025 | 0,98 | 2,14 | 3,14 |
| 2026 | 0,90 | 2,02 | 2,94 |

| | | | |
|------|------|------|------|
| 2027 | 0,93 | 2,02 | 2,97 |
| 2028 | 0,93 | 2,02 | 2,97 |
| 2029 | 0,93 | 2,02 | 2,97 |
| 2030 | 0,93 | 2,02 | 2,97 |
| 2031 | 0,93 | 2,02 | 2,97 |
| 2032 | 0,93 | 2,02 | 2,97 |

Fuente: FMI para los valores hasta 2027. A partir del 2027 los valores se mantienen constantes hasta el final del periodo de proyección.

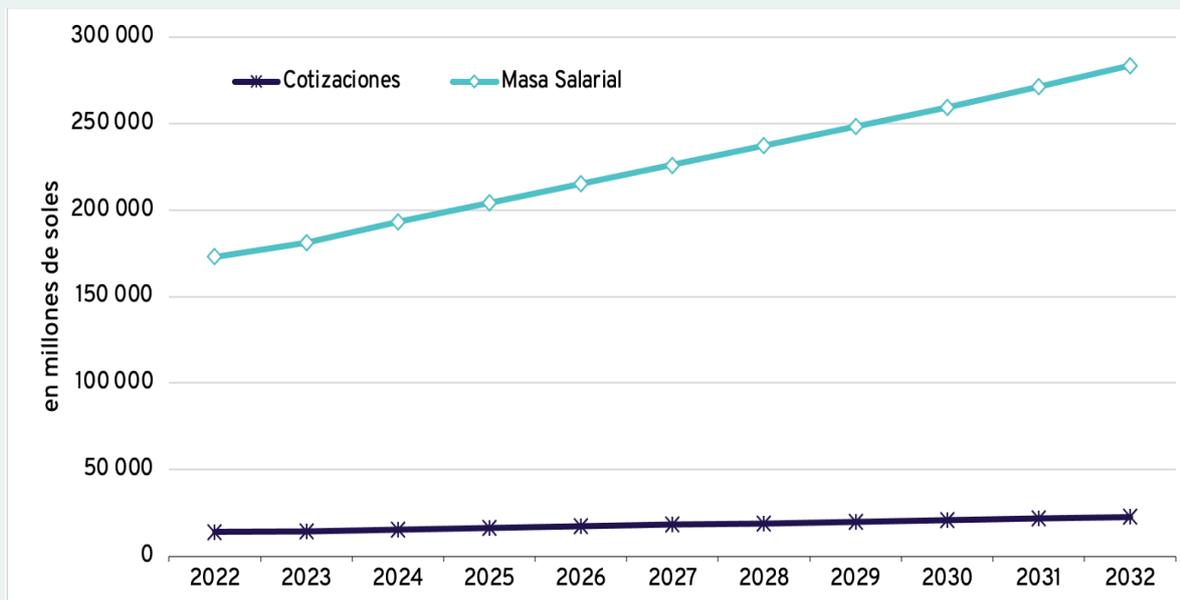
Las proyecciones en materia de ingresos por cotizaciones se concentraron en el cálculo de la evolución de la masa cotizante (salarial más pensiones) y las correspondientes contribuciones de los 27 grupos de asegurados (10 grupos de pensionistas y 17 grupos de trabajadores). En esta sección se presentan los resultados obtenidos en los ingresos y cotizaciones de los siguientes grupos:

- a) Pensionistas públicos.
- b) Pensionistas privados.
- c) Beneficiario Ley N° 30478.
- d) Funcionarios CAS con EPS.
- e) Funcionados CAS sin EPS.
- f) Funcionarios MINEDU/MINSA con EPS.
- g) Funcionarios MINEDU/MINSA sin EPS.
- h) Agricultores (Agrario Ley N° 31110).
- i) Pescadores (EXCBBSP con EPS).
- j) Pescadores (EXCBBSP sin EPS).

- k) Empleados privados sin EPS.
- l) Empleados privados con EPS.
- m) Empleados públicos sin EPS.
- n) Empleados públicos con EPS.

De acuerdo con el escenario base, entre 2022 y 2032, la masa cotizante crecería de 172 939 millones de soles a 283 354 millones de soles, un aumento promedio del 5,06 por ciento anual. No obstante, el modelo considera que la tasa de crecimiento de la masa cotizante disminuirá con el tiempo, pasando de un 16,9 por ciento a un 4,5 por ciento en ese lapso. El volumen estimado de contribuciones aumentaría de 13 850 millones de soles a 22 614 millones de soles. La tasa de cotización media, calculada como el cociente entre las contribuciones entre la masa cotizante durante todo el periodo de proyección, se mantiene en alrededor de un 8 por ciento, dado que los diferentes grupos presentan diferentes tasas de cotización que van de entre el 4 por ciento para los pensionistas y el 9 por ciento para la mayoría de los asegurados sin EPS.

▶ Gráfico 76 - Volumen estimado de masa cotizante y contribuciones, 2022-2032



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

La estructura de la masa cotizante y las contribuciones muestran dos características notables a lo largo del periodo de análisis. La primera es que, individualmente hablando, cada grupo cotizante experimentaría muy poca variación en las diferentes variables analizadas. Como se puede observar en el Cuadro 7, los cuatro grupos más importantes en materia de masa de remuneraciones y pensiones son los empleados

privados con y sin EPS, los funcionarios MINEDU/MINSA sin EPS y los empleados públicos sin EPS. Estos cuatro grupos representan aproximadamente el 80,7 por ciento de la masa cotizante total en el 2022 y el 79,9 por ciento en el 2032. Los pensionistas representan el 9,3 por ciento de la masa cotizante en el 2022, incrementándose a 9,9 por ciento en 2032.

► Cuadro 7 – Distribución por grupo de masa cotizante y cotizaciones

| Grupos | Masa cotizante | | Cotizaciones | |
|-------------------------------------|----------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2022 | 2032 | 2022 | 2032 |
| Pensionistas públicos | 4,565 % | 4,169 % | 2,280 % | 2,08 % |
| Pensionistas privados | 1,220 % | 1,541 % | 0,609 % | 0,772 % |
| Beneficiarios Ley N° 30478 | 3,557 % | 4,149 % | 1,999 % | 2,340 % |
| Funcionarios CAS con EPS | 0,105 % | 0,087 % | 0,088 % | 0,074 % |
| Funcionarios CAS sin EPS | 4,501 % | 4,030 % | 5,058 % | 4,545% |
| Funcionarios MINEDU/MINSA con EPS | 0,004 % | 0,004 % | 0,003 % | 0,004 % |
| Funcionarios MINEDU/MINSA sin EPS | 8,178 % | 7,859 % | 9,190 % | 8,862 % |
| Agricultores (Agrario Ley N° 31110) | 3,364 % | 4,211 % | 2,835 % | 3,562 % |
| Pescadores (EXCBBSP con EPS) | 0,080 % | 0,095 % | 0,060 % | 0,071 % |
| Pescadores (EXCBBSP sin EPS) | 0,466 % | 0,474 % | 0,524 % | 0,534 % |
| Empleados privados con EPS | 19,067 % | 18,554 % | 16,070 % | 15,693 % |
| Empleados privados sin EPS | 46,156 % | 46,497 % | 51,868 % | 52,434 % |
| Empleados públicos con EPS | 1,437 % | 1,324 % | 1,211 % | 1,120 % |
| Empleados públicos sin EPS | 7,300 % | 7,006 % | 8,203 % | 7,900 % |
| Totales | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

Cuando el análisis se traslada a las contribuciones, en general las tendencias comentadas se mantienen. En otras palabras, las cotizaciones de los cuatro grupos más importantes en materia de masa de cotizaciones (empleados privados con y sin EPS, los funcionarios

MINEDU/MINSA sin EPS y los empleados públicos sin EPS), representan aproximadamente el 85 por ciento en ambos años. Los pensionistas representan el 4,9 por ciento de las cotizaciones en el 2022, incrementándose levemente a 5,2 por ciento en el 2032.

La segunda característica que se deriva de los datos se refiere a las diferencias entre la estructura de la masa cotizante y las cotizaciones esperadas. De nuevo, los empleados privados sin EPS no solo son el mayor grupo en ambos casos, sino que sus contribuciones pesan más que el peso de su masa salarial. Aunque en menor grado, los empleados públicos sin EPS, funcionarios MINEDU/MINSA sin EPS y funcionarios CAS sin EPS, siguen esa misma condición. Esto se debe

a que los asegurados sin EPS cotizan en un porcentaje mayor que los asegurados con EPS, y a que la base de cotización es diferente para cada grupo.

Por otro lado, los grupos con EPS (empleados privados con EPS, empleados públicos con EPS, funcionarios CAS y MINSAL/MINEDI con EPS, agricultores y pescadores) y los pensionistas presentan aportes contributivos más pequeños que el tamaño relativo de su masa salarial.

5.2.2 Ingresos financieros

Los ingresos financieros se han calculado como los ingresos financieros generados en la reserva legal a principios de año. La tasa de interés es la media de la tasa de interés observada en el periodo 2019-2021. En el siguiente cuadro se exponen, entre otras

informaciones, los valores de la tasa de interés observada entre 2019 y 2021 y de la tasa de interés media del 4,51 por ciento, que se ha aplicado de manera constante durante todo el periodo de proyección.

▶ Cuadro 8 - Evolución del Fondo de Reserva

| Año | Reserva a principios de año | Ingresos financieros netos | Ingresos / Reserva |
|------|-----------------------------|----------------------------|--------------------|
| 2019 | 2 879 117 403 | 218 603 222 | 7,59 % |
| 2020 | 3 100 456 231 | 203 867 501 | 6,58 % |
| 2021 | 3 145 977 235 | -19 703 195 | -0,63 % |

Fuente: EsSalud.

5.2.3 Otros ingresos

Otros ingresos es la suma de:

1. Aportaciones D.L 18846, accidentes de trabajo.
2. Aportaciones seguro potestativo.
3. Aportaciones Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).
4. Otras aportaciones (atención a no asegurados).
5. Otros Ingresos.
 - Transferencias de la COVID-19.
 - Resto de otros ingresos (no ligados con la COVID-19).

Las aportaciones (D.L 18846, Seguro Potestativo, SCTR y otras aportaciones) han sido proyectadas como el porcentaje medio sobre los ingresos por cotizaciones,

observado para cada una de ellas durante el periodo 2017-2021. Estas aportaciones representan el 1,4 por ciento de los ingresos por cotizaciones durante todo el periodo de proyección.

Se recibió información sobre el monto recibido durante 2022 y 2023 en «Transferencias de la COVID-19». Para 2024 se considera que ya no habrá ingresos de este tipo. Finalmente, el resto de otros ingresos (no ligados con la COVID-19) se ha proyectado como el porcentaje medio sobre los ingresos por cotizaciones observado durante el periodo 2017-2021. El porcentaje de otros ingresos (no ligados con la COVID-19) es de 4,4 por ciento de los ingresos por cotizaciones durante todo el periodo de proyección. El porcentaje de otros ingresos sobre los ingresos totales es de 5,8 por ciento durante todo el periodo de proyección.

5.3 Utilización de los principales servicios médicos

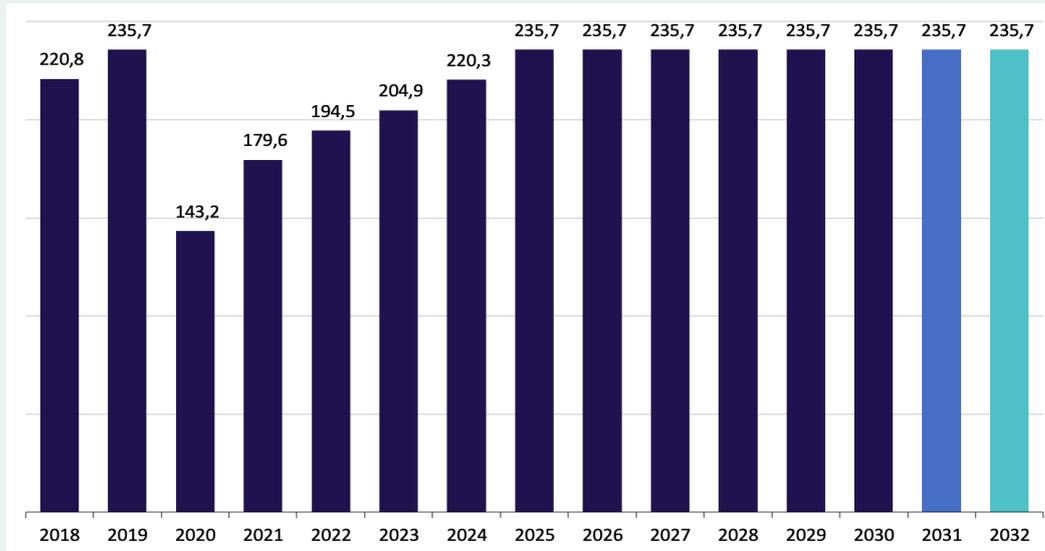
5.3.1 Consultas

A nivel general, es decir, teniendo en cuenta todos los grupos de asegurados y todo el rango etario considerado en el modelo (0 a 100 años), la tasa total de consultas presentó mucha variabilidad en el pasado (ver sección 4.2.1). De 2019 a 2020, la tasa disminuyó considerablemente debido a la COVID-19. A partir del

2020, la tasa empezó a aumentar gradualmente y para el 2025, se ha asumido que se llegará a los niveles que se observaban en el 2019, para mantenerse constantes durante el resto del periodo de proyección.

Se observan 194,5 consultas por cada 100 asegurados en 2022 y 220,3 consultas en 2024, que aumentan a 235,7 en 2032. El ligero aumento observado a partir del 2024 estaría justificado por el envejecimiento demográfico y la tendencia al mayor uso de los servicios por la población de mayor edad.

► Gráfico 77 - Evolución de consultas por cada 100 asegurados

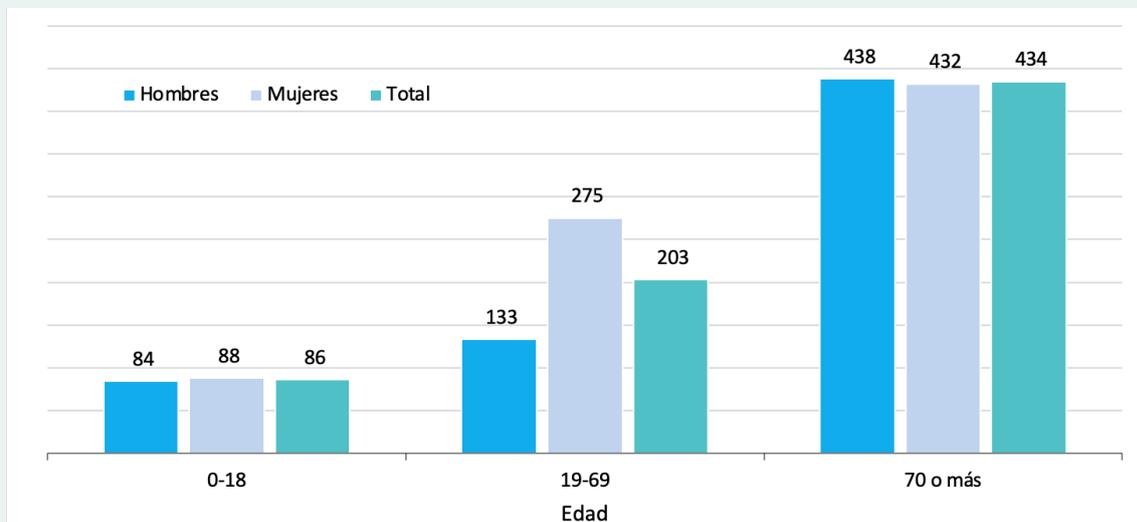


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

El número de consultas aumenta con la edad y representa 86 consultas por cada 100 asegurados entre los 0 y 18 años, 203 consultas por cada 100 asegurados entre 19 y 69 años (136 por ciento superior al grupo 0-18) y 434 consultas por cada 100 asegurados de más de 70 años de edad (114 por ciento superior al grupo 19-69).

Cuando se desagrega por sexo, prácticamente no hay diferencias para el grupo 0-18 y el grupo 70+, mientras que para el grupo 19-69, las mujeres usan más las consultas que los hombres, con un coeficiente de uso de mujeres a hombres de 2,1.

► Gráfico 78 - Tasa de consultas por cada 100 asegurados



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

Tres subgrupos llaman la atención por sus altos niveles de utilización de consultas: pensionistas públicos, pensionistas privados y empleados públicos sin EPS. Por otra parte, empleados privados y públicos (con EPS), pescadores (EXCBBSP con EPS), funcionarios MINEDU/

MINSA con EPS y funcionarios CAS con EPS muestran las menores tasas de utilización. Los grupos sin EPS con menor tasa de utilización son los agricultores y los trabajadores privados.

▶ Cuadro 9 - Tasa de utilización por cada 100 asegurados

| Grupos | Total | | | 0-18 | | 19-69 | | 70 o más | |
|-------------------------------------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|---------|
| | Ambos sexos | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| Funcionarios CAS con EPS | 27 | 25 | 30 | 23 | 13 | 24 | 35 | 68 | 36 |
| Funcionarios CAS sin EPS | 272 | 204 | 331 | 163 | 164 | 218 | 389 | 604 | 639 |
| Funcionarios MINEDU/MINSA con EPS | 25 | 15 | 33 | 77 | 77 | 12 | 32 | - | - |
| Funcionarios MINEDU/MINSA sin EPS | 290 | 228 | 337 | 135 | 144 | 273 | 403 | 384 | 305 |
| Agricultores (Agrario Ley N° 31110) | 98 | 67 | 130 | 55 | 60 | 71 | 155 | 343 | 484 |
| Pescadores (EXCBBSP con EPS) | 20 | 15 | 25 | 11 | 22 | 17 | 27 | - | - |
| Pescadores (EXCBBSP sin EPS) | 168 | 112 | 242 | 112 | 120 | 112 | 317 | 68 | 528 |
| Empleados privados con EPS | 12 | 10 | 14 | 8 | 8 | 11 | 16 | 43 | 36 |
| Empleados privados sin EPS | 133 | 91 | 181 | 71 | 73 | 93 | 225 | 519 | 686 |
| Empleados públicos con EPS | 21 | 20 | 21 | 11 | 9 | 24 | 25 | 40 | 32 |
| Empleados públicos sin EPS | 359 | 260 | 477 | 186 | 196 | 275 | 565 | 371 | 429 |
| Pensionistas públicos | 416 | 414 | 417 | 137 | 158 | 402 | 444 | 431 | 413 |
| Pensionistas privados | 415 | 403 | 424 | 105 | 130 | 426 | 444 | 501 | 513 |
| Beneficiario Ley N° 30478 | 248 | 216 | 285 | 101 | 122 | 200 | 292 | 384 | 398 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

5.3.2 Hospitalizaciones

Los datos de la sección 4.2.2, muestran que entre el 2005 y el 2010 el número absoluto de hospitalizaciones aumentó, para luego oscilar a partir del 2011, hasta llegar a un valor máximo de 560,081 en el 2015. En el 2019, el número total de hospitalizaciones fue de 531,055, pero disminuyó drásticamente en los años 2020 y 2021, debido a la COVID-19. En 2022 el número de hospitalizaciones aumenta gradualmente, así como

la asociada tasa de utilización que es de 4,1 y de 4,5 en el 2022 y 2023, respectivamente. A partir del 2024 se asume una tendencia a seguir aumentando hasta el 2026, año en el que se llega al máximo o al tope de hospitalizaciones que se pueden absorber, dado el número de camas actual¹⁰, el número de camas adicional que se espera con la construcción de los hospitales en Chimbote y Piura¹¹ y el número promedio de egresos por cama que se ha observado durante los últimos años¹².

¹⁰ Según las series estadísticas de EsSalud, en 2021 existían 9 553 camas.

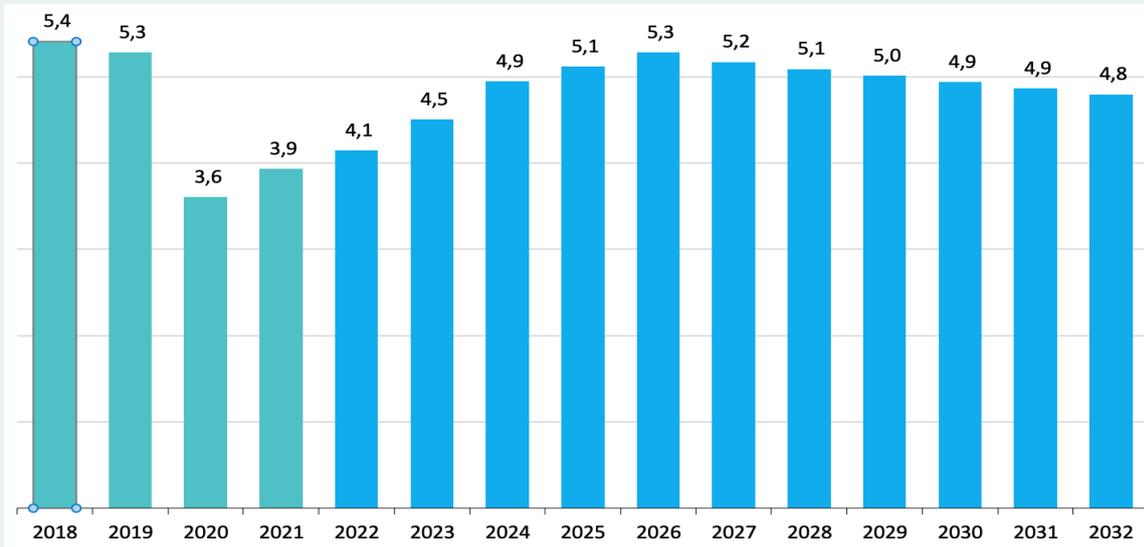
¹¹ Según el brochure de información «Dos nuevos centros hospitalarios de EsSalud: Piura y Chimbote», se espera que el hospital Chimbote aporte 161 nuevas camas y el hospital Piura, 324 nuevas camas.

¹² El número de egresos promedio por cama entre 2014 y 2021 es de 58 egresos.

Todo esto resulta en que hacia el 2026, si las camas de los nuevos hospitales (Chimbote y Piura) ya están operativas, el número total de hospitalizaciones podría acercarse a 611 000. Si no se prevén más inversiones en hospitales, el tope en número de hospitalizaciones se habría alcanzado en números absolutos en el 2026,

para mantenerse constante durante todo el resto del periodo de proyección. La tasa de utilización disminuye a partir del 2026 debido a que la población cubierta crece, así como los beneficiarios, pero el número de egresos permanece constante debido que se llega a un estado de saturación.

► Gráfico 79 - Evolución de hospitalizaciones por cada 100 asegurados

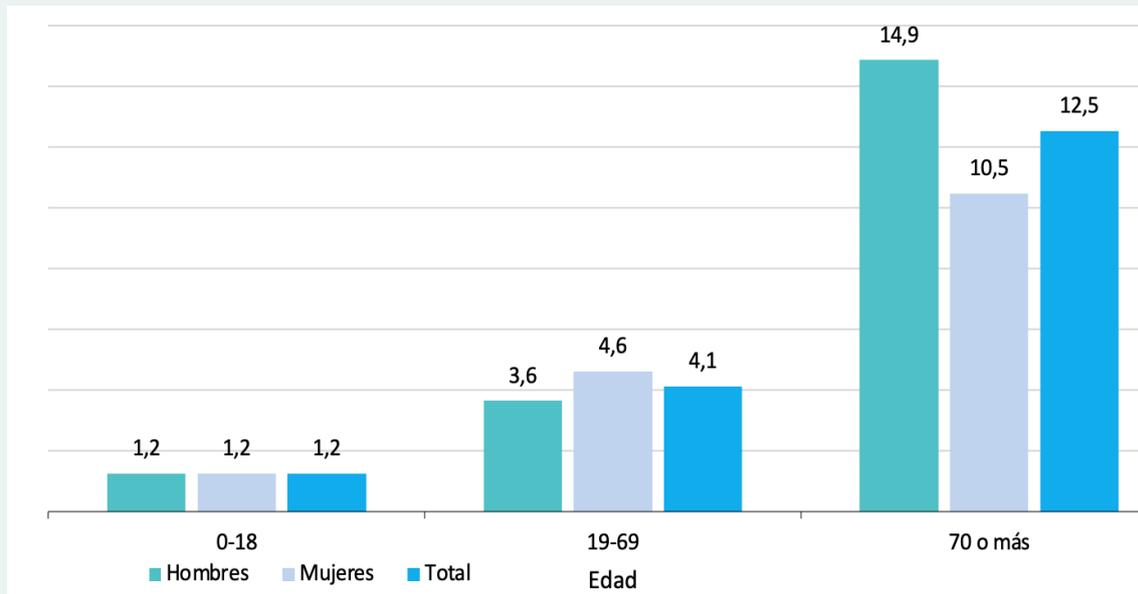


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

El rango de edad 0-18 tiene una utilización de 1,2 hospitalización cada 100, promedio que aumenta para los rangos 19-69 y 70+, hasta alcanzar 4,1 y 12,5

hospitalización por cada 100 habitantes. Cabe resaltar que la utilización de las hospitalizaciones es mayor en los hombres que en las mujeres para el rango de 70+.

► Gráfico 80 - Tasa de hospitalizaciones por cada 100 asegurados



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En lo que respecta a los grupos de asegurados, se observa la misma característica, la predominancia de los hombres en cuanto a las mujeres bajo el criterio de hospitalización por cada 100 asegurados en el rango de 70+ años. El grupo de trabajadores privados sin EPS, tanto hombre como mujeres dentro del rango de 70+ años, tienen los mayores índices de utilización.

En los niveles de utilización de hospitalización, los pensionistas públicos tienen la mayor tasa con alrededor de 10 de cada 100 asegurados, seguidos por pensionistas privados y funcionarios MINEDU/MINSA con EPS. Mientras que los de menor utilización son los agricultores (Ley N° 31110) y los trabajadores privados con EPS.

▶ Cuadro 10 - Tasa de hospitalizaciones por cada 100 asegurados

| Grupos | Total | | | 0-18 | | 19-69 | | 70 o más | |
|-------------------------------------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|---------|
| | Ambos sexos | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| Funcionarios CAS con EPS | 1,8 | 2,3 | 1,4 | 1,0 | 0,0 | 2,8 | 1,9 | 3,9 | - |
| Funcionarios CAS sin EPS | 4,6 | 4,4 | 4,9 | 1,9 | 1,7 | 5,4 | 6,0 | 14,7 | 10,5 |
| Funcionarios MINEDU/MINSA con EPS | 8,4 | 13,3 | 4,9 | - | - | 18,6 | 5,5 | - | - |
| Funcionarios MINEDU/MINSA sin EPS | 5,1 | 5,3 | 4,9 | 1,5 | 1,6 | 7,2 | 6,0 | 11,7 | 4,2 |
| Agricultores (Agrario Ley N° 31110) | 1,4 | 1,0 | 1,8 | 0,8 | 0,8 | 1,1 | 2,2 | 9,7 | 9,8 |
| Pescadores (EXCBBSP con EPS) | 2,7 | 3,4 | 1,9 | - | - | 5,2 | 3,0 | - | - |
| Pescadores (EXCBBSP sin EPS) | 3,0 | 3,1 | 2,9 | 1,1 | 0,9 | 3,9 | 4,2 | - | - |
| Empleados privados con EPS | 0,8 | 0,8 | 0,7 | 0,3 | 0,3 | 1,0 | 0,8 | 2,1 | 0,3 |
| Empleados privados sin EPS | 2,9 | 2,4 | 3,5 | 1,2 | 1,2 | 2,6 | 4,3 | 20,5 | 17,6 |
| Empleados públicos con EPS | 1,9 | 2,5 | 1,4 | 0,6 | 0,2 | 3,3 | 1,8 | 4,6 | 0,8 |
| Empleados públicos sin EPS | 6,1 | 5,9 | 6,2 | 2,3 | 2,1 | 6,7 | 7,4 | 11,5 | 8,5 |
| Pensionistas públicos | 10,8 | 13,5 | 9,1 | 1,8 | 1,5 | 10,3 | 7,3 | 14,8 | 10,4 |
| Pensionistas privados | 9,4 | 12,0 | 7,3 | 0,9 | 1,3 | 14,2 | 7,1 | 15,0 | 10,0 |
| Beneficiario Ley N° 30478 | 5,6 | 6,6 | 4,5 | 0,7 | 1,0 | 6,2 | 4,6 | 12,7 | 8,1 |

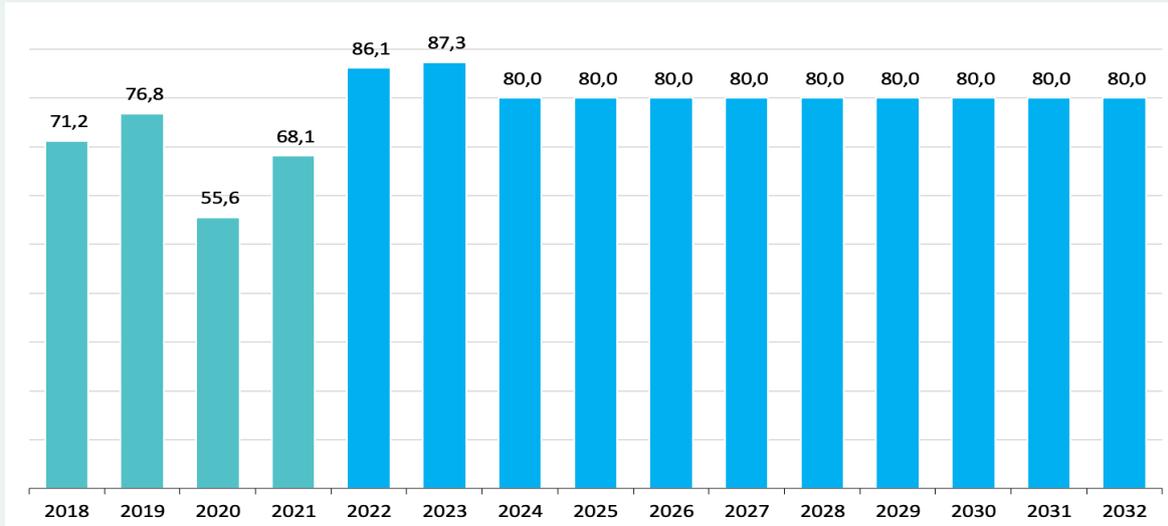
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

5.3.3 Emergencias

La proyección de emergencias por cada 100 asegurados inicia en el 2022 con 86,1 atenciones, y sube a 87,3 atenciones para el 2023. A partir del 2024 se observa una leve caída a 80 y se mantiene constante hasta el final del periodo. El número de emergencias sigue una correlación negativa con el número de consultas, ya que una mejora en la eficiencia de los servicios permitirá tratar como consultas muchos casos que antes se trataban como emergencias. De esta manera,

si el número de consultas aumenta, esto compensará el número de emergencias que disminuirá. Es por eso que, dado que en el 2025 el número de consultas aumenta hasta llegar a las tasas observadas antes de la pandemia, las emergencias se disminuyen, aunque siguen manteniendo tendencias un poco mayores a las observadas en el 2019. Durante el periodo de proyección se asume que las emergencias no deberían aumentar, excepto por causa del envejecimiento de la población.

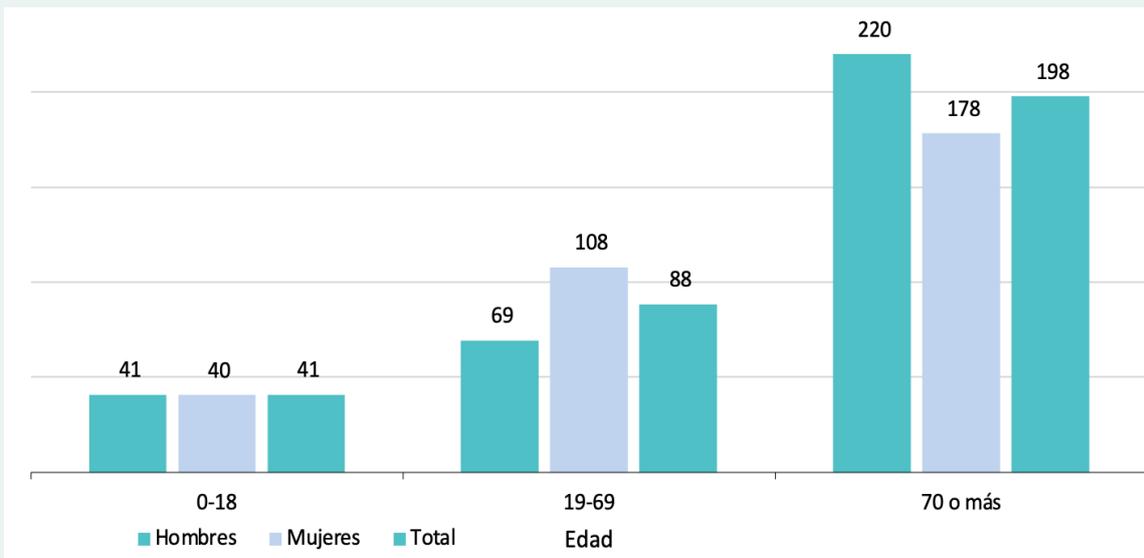
► Gráfico 81 - Evolución de emergencias por cada 100 asegurados



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En lo que respecta a la tasa de emergencias según rango de edad, se destaca el rango de 70+ años, con una tasa de 198, seguida por el rango 19-69 con 88 y, por último, el rango de 0-18 años con 41.

► Gráfico 82 - Tasa de emergencias por cada 100 asegurados



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En cuanto a la distribución por sexo, se observa que en el rango 70+ el uso de emergencia es mayor en los hombres que en las mujeres, y en el rango 19-69 es a la inversa, las mujeres hacen mayor uso de emergencias, no obstante, en el rango 0-18 la diferencia es mínima.

▶ Cuadro 11 - Tasa de emergencias por cada 100 asegurados

| Grupos | Total | | | 0-18 | | 19-69 | | 70 o más | |
|-------------------------------------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|---------|
| | Ambos sexos | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| Funcionarios CAS con EPS | 28 | 29 | 27 | 14 | 12 | 35 | 32 | 7 | - |
| Funcionarios CAS sin EPS | 133 | 109 | 154 | 78 | 77 | 121 | 181 | 251 | 220 |
| Funcionarios MINEDU/MINSA con EPS | 25 | 37 | 16 | - | - | 42 | 17 | 35 | - |
| Funcionarios MINEDU/MINSA sin EPS | 102 | 93 | 110 | 55 | 55 | 111 | 128 | 167 | 88 |
| Agricultores (Agrario Ley N° 31110) | 52 | 42 | 62 | 29 | 28 | 46 | 74 | 178 | 175 |
| Pescadores (EXCBBSP con EPS) | 27 | 28 | 26 | 17 | 22 | 34 | 28 | - | - |
| Pescadores (EXCBBSP sin EPS) | 92 | 71 | 120 | 63 | 71 | 75 | 149 | 15 | 458 |
| Empleados privados con EPS | 10 | 10 | 11 | 6 | 6 | 11 | 13 | 22 | 17 |
| Empleados privados sin EPS | 64 | 51 | 80 | 36 | 35 | 54 | 98 | 271 | 286 |
| Empleados públicos con EPS | 22 | 23 | 20 | 8 | 8 | 29 | 24 | 26 | 10 |
| Empleados públicos sin EPS | 154 | 125 | 190 | 94 | 93 | 132 | 220 | 148 | 140 |
| Pensionistas públicos | 180 | 206 | 162 | 59 | 66 | 163 | 140 | 225 | 176 |
| Pensionistas privados | 161 | 182 | 145 | 49 | 59 | 204 | 149 | 219 | 174 |
| Beneficiario Ley N° 30478 | 96 | 101 | 91 | 46 | 49 | 95 | 91 | 175 | 138 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En los niveles de utilización de emergencias, los pensionistas públicos tienen la mayor tasa con 180 por cada 100 asegurados, seguidos por los pensionistas

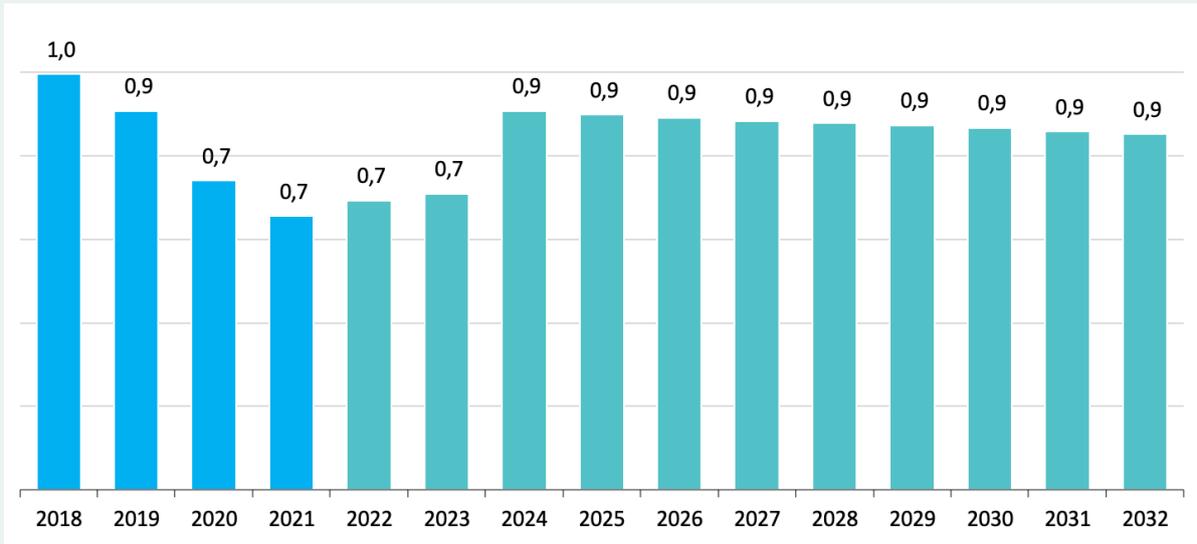
privados y los trabajadores públicos sin EPS. Por otra parte, los de menor utilización son los trabajadores privados y públicos con EPS.

5.3.4 Partos

Se asume que la disminución de partos observada entre 2019 y 2021 es una consecuencia de la COVID-19, ya que generó más inestabilidad económica. A partir del 2021, el número de partos y las tasas empiezan a

incrementar hacia valores prepandemia. La proyección de partos demandados por las aseguradas de EsSalud se estimó en 0,7 partos por cada 100 aseguradas, a partir del 2022 y hasta 2023, para luego aumentar a 0,9 partos por cada 100 aseguradas en 2024 y mantenerse así hasta el 2032.

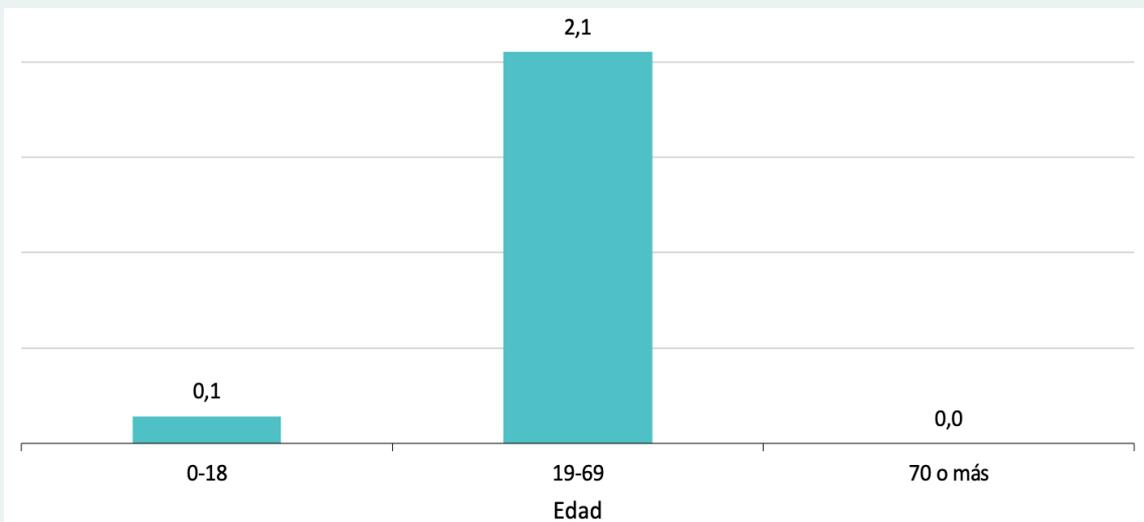
► Gráfico 83 - Evolución de partos por cada 100 asegurados



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

Al analizar por grupos de edad, se aprecia que se proyecta 0,1 parto por cada 100 aseguradas para el segmento 0-18 años, y 2,1 partos por cada 100 aseguradas para el segmento 19-69 años.

► Gráfico 84 - Tasa de partos por cada 100 asegurados



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En cuanto a la tasa de partos por grupo de asegurados, y teniendo como referencia una tasa de fertilidad de 2,15 para el 2022, en el siguiente cuadro se puede apreciar los grupos de mayor utilización para el rango 19-69 son: funcionarios CAS sin EPS con casi 4,5 partos

por cada 100 aseguradas; funcionarios MINEDU/ MINSAL sin EPS, agricultores (Ley N° 31110); pescadores (EXCBBSP sin EPS); empleados privados y públicos sin EPS, todos ellos con un poco más de 2 partos por cada 100 aseguradas.

▶ Cuadro 12 - Tasa de partos por cada 100 asegurados

| Grupos | Total | | | 0-18 | | 19-69 | | 70 o más | |
|-------------------------------------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|---------|
| | Ambos sexos | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| Funcionarios CAS con EPS | 0,2 | - | 0,3 | - | - | - | 0,4 | - | - |
| Funcionarios CAS sin EPS | 1,8 | - | 3,3 | - | 0,1 | - | 4,5 | - | - |
| Funcionarios MINEDU/MINSA con EPS | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Funcionarios MINEDU/MINSA sin EPS | 0,9 | - | 1,6 | - | 0,1 | - | 2,1 | - | - |
| Agricultores (Agrario Ley N° 31110) | 1,0 | - | 2,1 | - | 0,3 | - | 2,7 | - | - |
| Pescadores (EXCBBSP con EPS) | 0,4 | - | 0,8 | - | - | - | 1,2 | - | - |
| Pescadores (EXCBBSP sin EPS) | 0,8 | - | 1,8 | - | 0,4 | - | 2,6 | - | - |
| Empleados privados con EPS | 0,1 | - | 0,3 | - | 0,0 | - | 0,4 | - | - |
| Empleados privados sin EPS | 0,8 | - | 1,7 | - | 0,1 | - | 2,4 | - | - |
| Empleados públicos con EPS | 0,2 | - | 0,3 | - | 0,0 | - | 0,4 | - | - |
| Empleados públicos sin EPS | 0,9 | - | 2,0 | - | 0,2 | - | 2,6 | - | - |
| Pensionistas públicos | 0,0 | - | 0,0 | - | 0,4 | - | 0,1 | - | - |
| Pensionistas privados | 0,2 | - | 0,4 | - | 0,5 | - | 0,6 | - | - |
| Beneficiario Ley N° 30478 | 0,0 | - | 0,1 | - | 0,5 | - | 0,1 | - | - |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

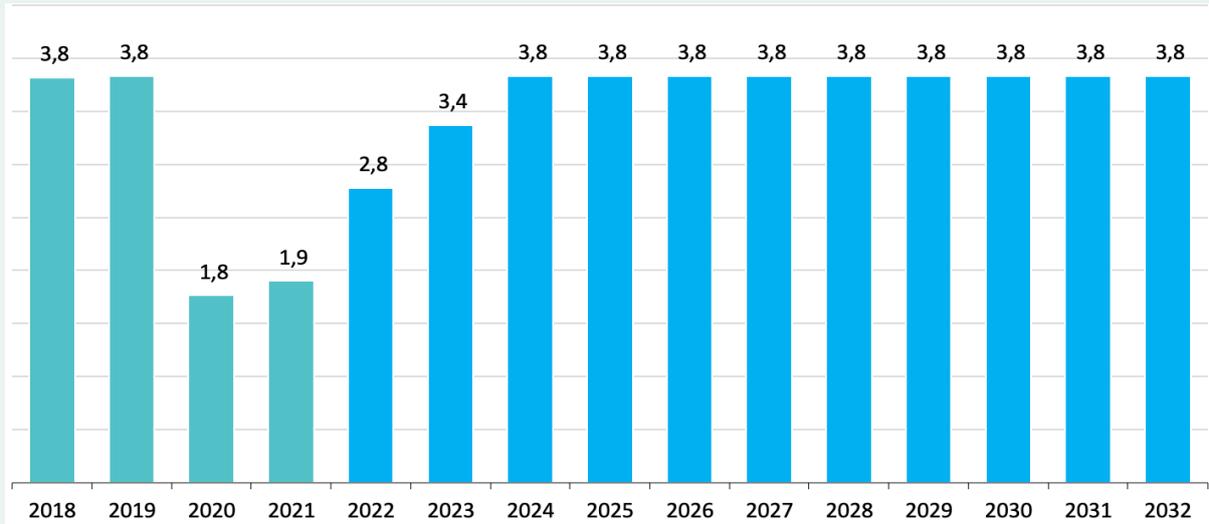
5.3.5 Cirugías

Para los servicios de cirugías se observa un comportamiento similar al de consultas, con una disminución de las tasas después del 2019, donde se había alcanzado un valor de 3,8, hasta niveles de 1,8 en 2020 y 1,9 en 2021. La evolución de las cirugías por cada 100 asegurados es de una tasa de 2,8 para el

2022, con una tendencia a incrementarse, hasta llegar a 3,8 cirugías por cada 100 asegurados para el 2032, manteniéndose constante hasta el 2032. Se asume que las cirugías aumentarán conforme al crecimiento de la demanda de la población, que responde también al proceso de envejecimiento¹³.

¹³ Según la fuente del diario El Peruano el proyecto Trecca podrá absorber hasta 90 000 nuevas cirugías. Por lo tanto, se puede asumir que la tasa seguirá aumentando sin que se vea limitada por una saturación.
<http://www.elperuano.pe/noticia/197561-EsSalud-anuncia-remodelacion-de-torre-trecca-que-brindara-cerca-de-un-millon-de-consultas-medicas>

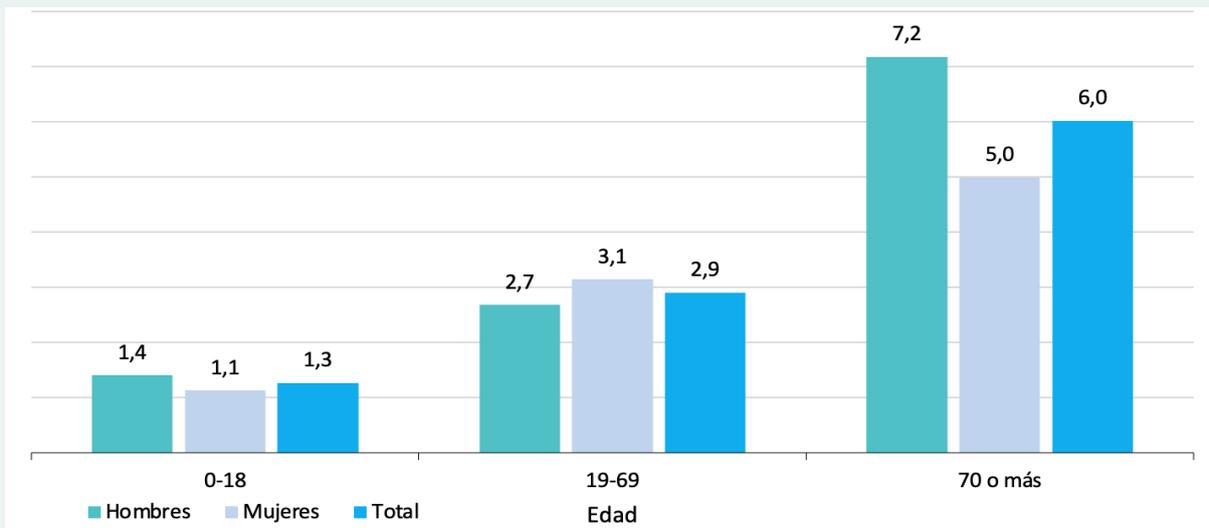
► Gráfico 85 - Evolución de cirugías por cada 100 asegurados



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

El mayor uso de las cirugías es por parte de los hombres en el rango 70+, con una tasa de 7 cirugías por cada 100 asegurados, en los rangos de 19-69 y 0-18 la tasa es igual para hombre y mujeres.

► Gráfico 86 - Tasa de cirugías por cada 100 asegurados



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

Al analizar los grupos de asegurados, las tasas más altas corresponden a los pensionistas públicos con tasas de 6,8 y 4,8 por cada 100 asegurados para hombres y mujeres, respectivamente¹⁴.

¹⁴ Aunque la tasa más alta registrada para las mujeres corresponde al grupo de pescadores (EXCBBSP sin EPS) en el rango de 70 años o más, alcanzando una tasa de 20,3 cirugías por cada 100 asegurados, no obstante, no es tan representativo debido al bajo número de mujeres aseguradas en este grupo y su impacto en el costo es mínimo.

▶ Cuadro 13 - Tasa de cirugías por cada 100 asegurados

| Grupos | Total | | | 0-18 | | 19-69 | | 70 o más | |
|-------------------------------------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|---------|
| | Ambos sexos | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| Funcionarios CAS con EPS | 0,3 | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,0 | 0,4 | 0,4 | - | - |
| Funcionarios CAS sin EPS | 3,3 | 3,2 | 3,5 | 2,1 | 1,7 | 3,6 | 4,1 | 7,7 | 4,6 |
| Funcionarios MINEDU/MINSA con EPS | 0,3 | - | 0,6 | - | - | - | 0,7 | - | - |
| Funcionarios MINEDU/MINSA sin EPS | 3,3 | 3,3 | 3,4 | 1,7 | 1,4 | 4,1 | 4,1 | 5,6 | 3,0 |
| Agricultores (Agrario Ley N° 31110) | 1,6 | 1,6 | 1,5 | 0,9 | 0,7 | 1,8 | 1,8 | 6,0 | 4,9 |
| Pescadores (EXCBBSP con EPS) | 0,3 | 0,2 | 0,5 | - | 0,1 | 0,3 | 0,7 | - | - |
| Pescadores (EXCBBSP sin EPS) | 2,8 | 2,5 | 3,3 | 1,8 | 1,5 | 2,8 | 4,3 | - | 20,3 |
| Empleados privados con EPS | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,4 | 0,2 |
| Empleados privados sin EPS | 2,2 | 2,1 | 2,4 | 1,4 | 1,1 | 2,3 | 2,9 | 8,3 | 7,4 |
| Empleados públicos con EPS | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,4 | 0,3 | 0,2 | - |
| Empleados públicos sin EPS | 4,8 | 4,3 | 5,3 | 2,8 | 2,2 | 4,7 | 6,2 | 4,9 | 4,7 |
| Pensionistas públicos | 5,6 | 6,8 | 4,8 | 1,5 | 1,4 | 5,9 | 4,6 | 7,3 | 5,0 |
| Pensionistas privados | 4,9 | 6,0 | 4,0 | 1,3 | 1,2 | 7,0 | 4,3 | 7,2 | 4,7 |
| Beneficiario Ley N° 30478 | 3,5 | 3,9 | 3,0 | 1,2 | 1,0 | 3,7 | 3,1 | 6,3 | 4,0 |

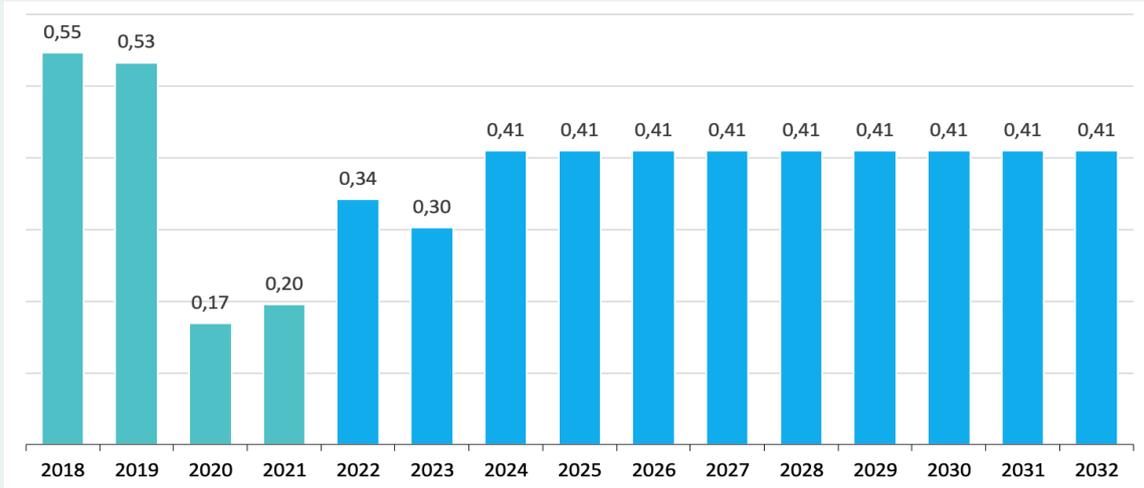
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

5.3.6 Trasplantes

Como se puede observar en la sección 4.2.5, la evolución histórica de las tasas en trasplantes presenta muchas fluctuaciones, algo que puede explicarse por el número reducido de los mismos. Es por eso que para el 2024, en vez de asumirse que se vuelve a la situación observada en el 2019, el valor está ligeramente por

encima de la media observada en el pasado, para el 2024 en adelante. Así, la tasa para los trasplantes por cada 100 asegurados en el 2022 es de 0,34, para disminuir a 0,30 en 2023 y volver a crecer hasta 0,41 en 2024, y mantenerse constante hasta el 2032.

► Gráfico 87 - Evolución de trasplantes por cada 10 000 asegurados

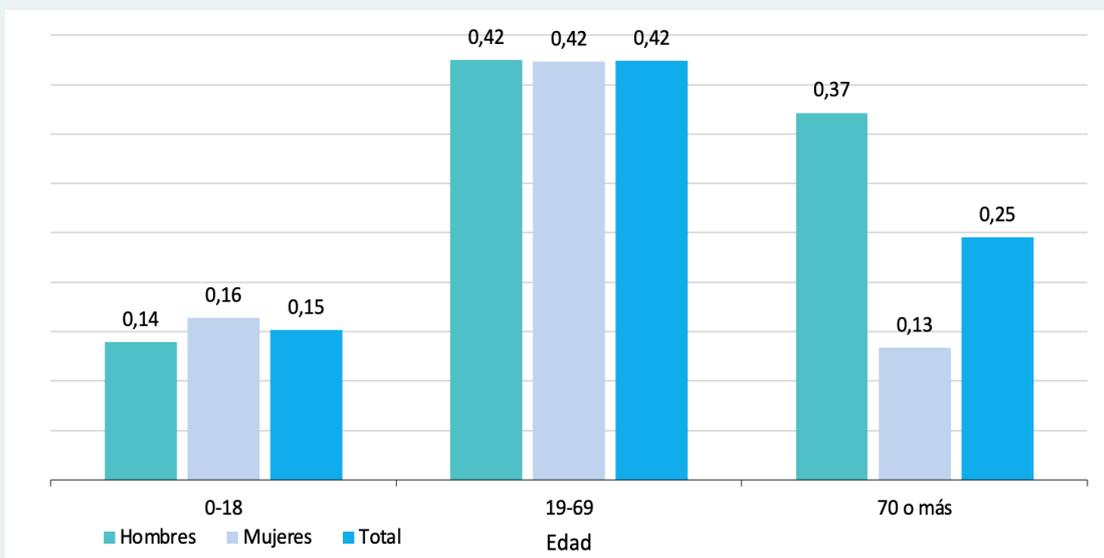


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

Al analizar la tasa de trasplantes por grupos de edad, el grupo de 19-69 años presenta la mayor tasa con 0,42 trasplantes por cada 100 asegurados, mientras que en el rango de 0-18 la tasa es 0,15 y en el rango 70+ es 0,25.

Prácticamente no se aprecia mucha diferencia por sexo en cuanto al uso de trasplantes en los primeros dos rangos, mientras que para el rango de 70+ años, los hombres tienen la mayor tasa de utilización llegando a 0,37, a diferencia de las mujeres con un 0,13.

► Gráfico 88 - Tasa de trasplantes por cada 10 000 asegurados



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

Al analizar las tasas de trasplantes por grupos, los pensionistas privados – hombres registran la mayor tasa de utilización con 1,46 por cada 10 000 asegurados.

▶ Cuadro 14 - Tasa de trasplantes por cada 10 000 asegurados

| Grupos | Total | | |
|-------------------------------------|-------------|---------|---------|
| | Ambos sexos | Hombres | Mujeres |
| Funcionarios CAS con EPS | - | - | - |
| Funcionarios CAS sin EPS | 0,29 | 0,30 | 0,28 |
| Funcionarios MINEDU/MINSA con EPS | - | - | - |
| Funcionarios MINEDU/MINSA sin EPS | 0,31 | 0,41 | 0,24 |
| Agricultores (Agrario Ley N° 31110) | 0,05 | 0,03 | 0,08 |
| Pescadores (EXCBBSP con EPS) | - | - | - |
| Pescadores (EXCBBSP sin EPS) | 0,05 | - | 0,12 |
| Empleados privados con EPS | 0,07 | 0,09 | 0,05 |
| Empleados privados sin EPS | 0,37 | 0,32 | 0,42 |
| Empleados públicos con EPS | 0,17 | 0,23 | 0,12 |
| Empleados públicos sin EPS | 0,53 | 0,54 | 0,51 |
| Pensionistas públicos | 0,39 | 0,53 | 0,30 |
| Pensionistas privados | 0,82 | 1,46 | 0,34 |
| Beneficiario Ley N° 30478 | 0,49 | 0,54 | 0,44 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

5.4 Proyección de los gastos

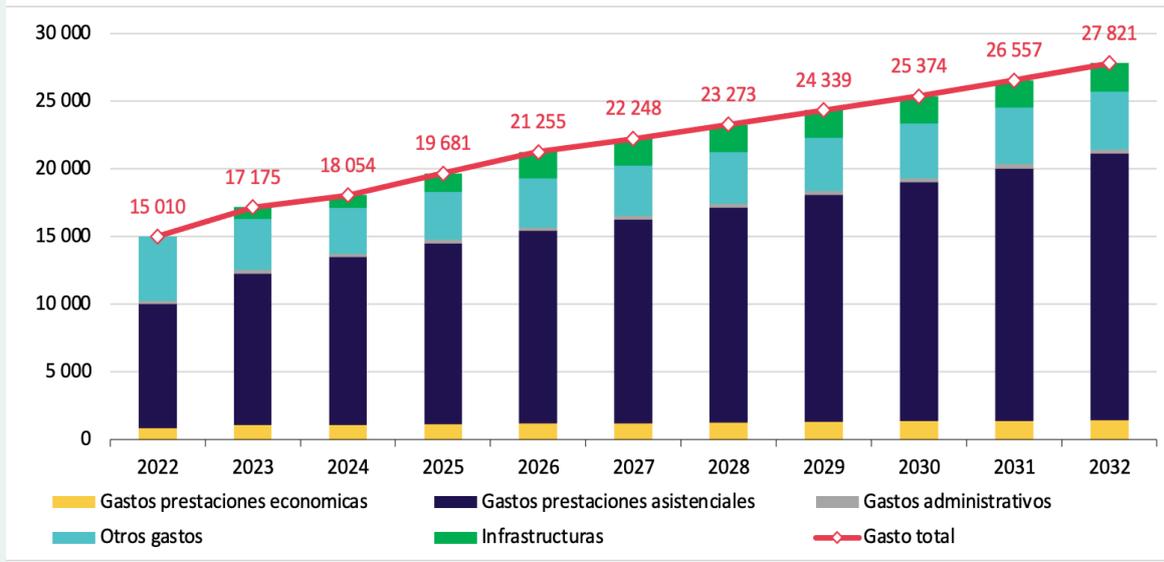
En la presente evaluación actuarial se consideran cinco fuentes de gastos. La primera son los gastos en prestaciones asistenciales, la segunda son los gastos en prestaciones económicas, la tercera son los gastos administrativos, la cuarta «otros gastos» no considerados en ninguna de las fuentes anteriormente nombradas y, finalmente, la quinta son los gastos en infraestructuras¹⁵. En las siguientes secciones se describen en detalle cada una de estas cinco fuentes de gastos. Por el lado de los gastos, al considerar las cinco fuentes citadas, la proyección inicia con 15 010 millones de soles para el 2022, con un incremento promedio del

6,09 por ciento hasta el 2032, hasta alcanzar en dicho año la cifra de 27 821 millones de soles.

Al analizar los gastos desagregados por concepto, los gastos por prestaciones asistenciales tienen el mayor peso, y representan el 72,8 por ciento del total de gastos en promedio durante todo el periodo de proyección; sigue con el 19,79 por ciento en promedio los otros gastos; los gastos en infraestructuras representan el 6 por ciento en promedio; los gastos en prestaciones económicas el 6,01 por ciento en promedio; y, los gastos administrativos el 1,41 por ciento del total en promedio.

¹⁵ Aunque en estricto sentido el gasto en infraestructura es una inversión, se considera en la proyección de gastos atendiendo el impacto significativo en el flujo de efectivo. Solo se ha tenido en cuenta los gastos en infraestructuras aprobados o los que ya se están construyendo/implementando.

► Gráfico 89 - Proyección de gastos desagregada por concepto



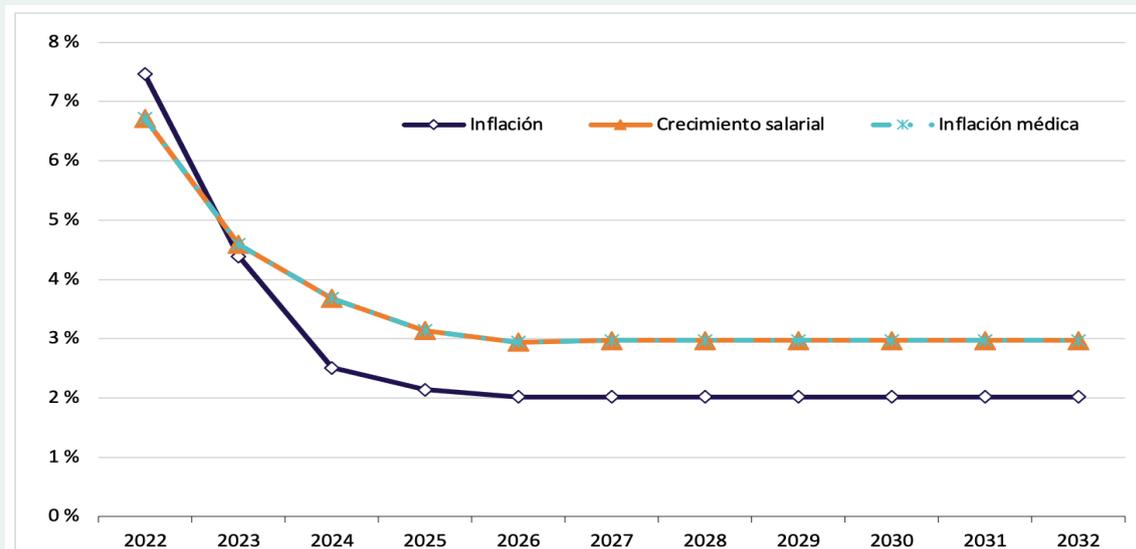
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

5.4.1 Gastos por prestaciones asistenciales

En primer lugar, cabe resaltar la proyección de las variables de crecimiento salarial y la inflación, tanto la general como la inflación médica, como se puede apreciar en el siguiente gráfico. Como se observa, la inflación médica es por lo general superior a la

inflación general, salvo en el 2022. Eso resulta relevante a la hora de proyectar los costos médicos, ya que la inflación médica se ha utilizado para incrementar los costos unitarios de los servicios médicos que se han podido desagregar¹⁶.

► Gráfico 90 - Proyección de inflación, crecimiento salarial e inflación médica



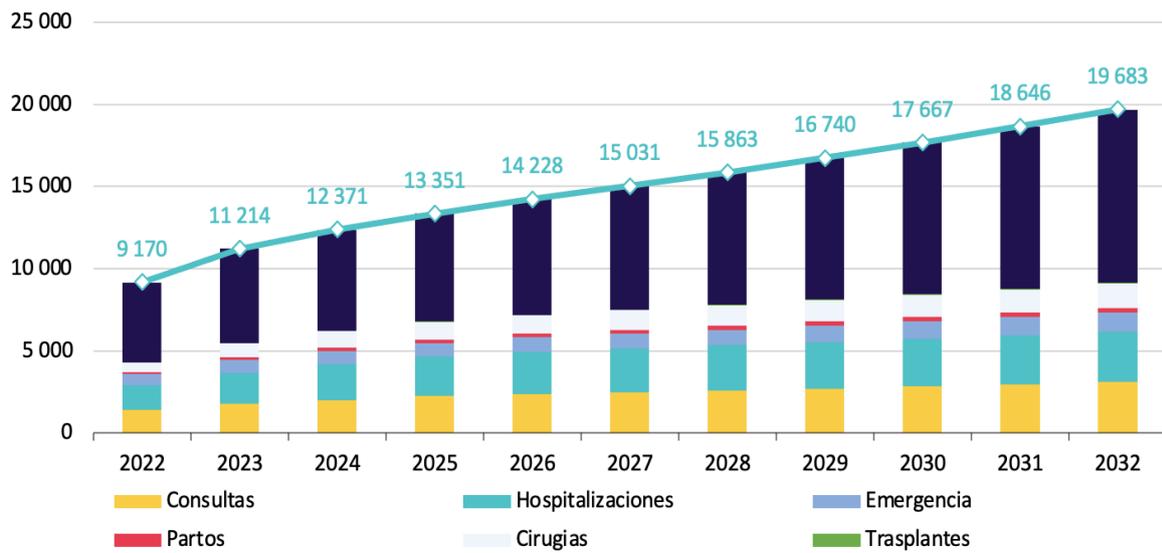
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

Al analizar los gastos prestaciones asistenciales, la proyección inicia en el 2022 con 9 170 millones de soles y llega al 2032 con 19 683 millones de soles, donde las consultas representan el 16,12 por ciento en promedio y las hospitalizaciones el 16,99 por ciento, mientras que las emergencias y cirugías representan el 6,23 por ciento y 7,65 por ciento, respectivamente. Otros representa el mayor porcentaje de gastos con un peso de 51,23 por ciento en promedio a lo largo del

periodo de proyección, constituido por los siguientes conceptos: diálisis; procedimientos; tratamientos especializados; control poshospitalario en domicilio; otros servicios de salud; apoyo al diagnóstico; programa de atención domiciliaria; Ceprit (Salud ocupacional); servicios contratados; Capitado - cartera primer nivel de atención; administración red asistencial; otros gastos hospitalarios; traslado de pacientes; actividades especiales; y zona distante de trabajo.

¹⁶ Servicios en consultas, hospitalizaciones, emergencias, partos, cirugías y trasplantes.

▶ Gráfico 91 - Proyección de gasto de prestaciones asistenciales desagregado



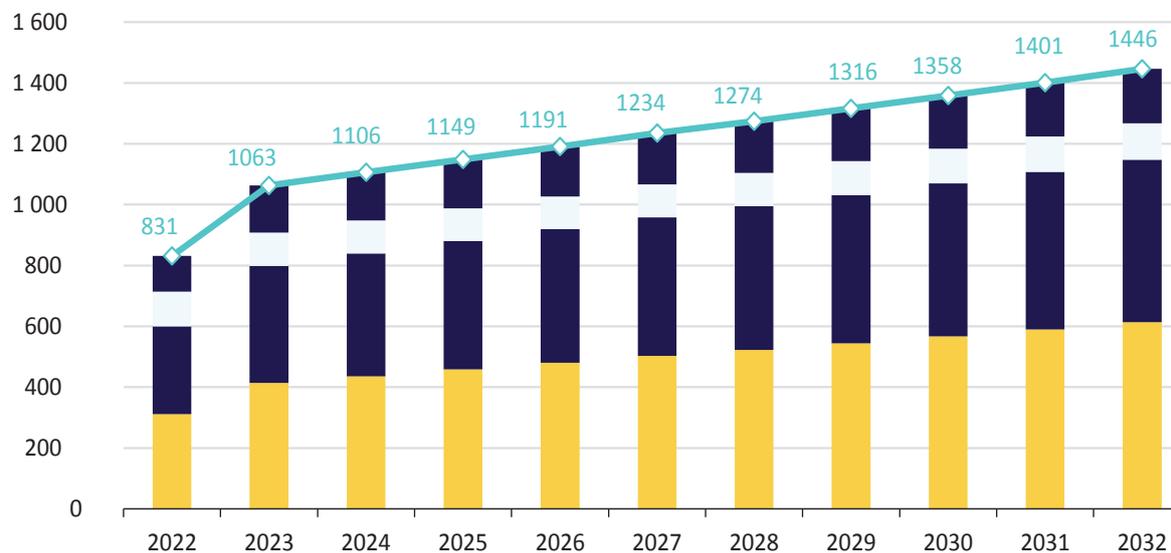
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

5.4.2 Gastos por prestaciones económicas

Al analizar los gastos de prestaciones económicas, la proyección inicia en el 2022 con 831 millones de soles, y llega al 2032 con 1 446 millones de soles, donde los pagos por enfermedad tienen el mayor peso, representando el 40,49 por ciento en promedio,

seguidos por los pagos de maternidad con el 36,60 por ciento en promedio, mientras que los pagos por sepelio y lactancia representan el 9,37 por ciento y 13,55 por ciento en promedio, respectivamente.

▶ Gráfico 92 - Proyección de gasto de prestaciones económicas desagregado



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

5.4.3 Gastos administrativos

Los gastos administrativos se han proyectado como el porcentaje observado del gasto administrativo sobre los gastos en prestaciones (asistenciales y económicas) durante el 2021. Se observa que este porcentaje, 2,7 por ciento, se ha mantenido relativamente estable entre los años 2017 y 2021, el cual se ha aplicado de manera constante durante los años del periodo de proyección.

5.4.4 Otros gastos

Otros gastos es la suma de:

1. Pagos DL N° 20530 y DL N° 18846
2. Gastos administrativos de centros asistenciales (no incluidos en gasto de la producción asistencial)
3. Incremento de las remuneraciones:
 - a. Honorarios CAS COVID-19
 - b. Vacaciones personal CAS
 - c. Bono especial RM N° 273-2021-TR, N° 276, N° 728, CAS COVID-19
 - d. CTS - Personal DL nueva Ley N° 30931 cálculo 100 por ciento ingresos
 - e. Asignación extraordinaria. Bono de Liberalidad
4. Resto de otros gastos

La tendencia observada de los pagos DL 20530 y DL 18846 es que han ido disminuyendo en los últimos años. Durante el periodo de proyección se asume una disminución anual del 2 por ciento de los gastos en pagos DL 20530 y DL 18846, al pasar de 596 millones de soles en 2022 a 479 millones de soles en 2032.

El porcentaje observado de los gastos administrativos de los centros asistenciales, respecto del total en gastos

en prestaciones y administración, es del 6,9 por ciento en el 2022. Se asume que este porcentaje permanece constante durante todo el periodo de proyección.

El porcentaje observado de los gastos de incremento en remuneraciones, respecto del total en gastos en prestaciones y administración, es del 13,5 por ciento en el 2022. Sin embargo, se prevé que este porcentaje disminuya al 5,8 por ciento a partir del 2023 en adelante, debido a que los gastos relacionados con la COVID-19 desaparecen.

Finalmente, el porcentaje del resto de otros gastos, respecto del total en gastos en prestaciones y administración, es de 20,2 por ciento en el 2022, y luego va bajando gradualmente a un nivel similar al observado antes de la COVID-19.

5.4.5 Gastos en infraestructuras

Los gastos en inversión en infraestructuras comprenden:

- Las inversiones en el hospital Piura y Chimbote que empezarán en el 2026.
- Los proyectos Hospital III Callao, Hospital III VMT y el Proyecto Trecca que empezaron el 2023.
- Contratos de APP para almacenes y farmacias que empezaron en el 2022.

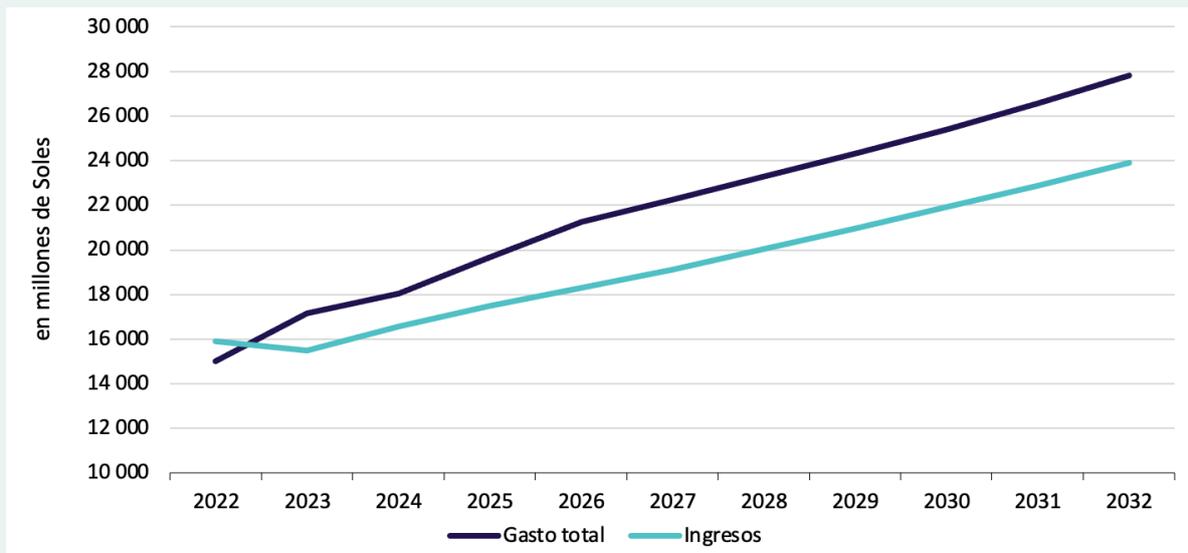
La información de los gastos en estos proyectos fue directamente recibida de EsSalud y reflejada tal y como se recibió, como parte de los gastos totales. Los gastos de inversión van desde 780 millones de soles en 2022, hasta 2 077 millones en 2032.

5.5 Resultado financiero

A continuación, se presenta la proyección de ingresos y gastos de EsSalud (incluido gastos en infraestructura) para el periodo 2022-2032, donde se puede apreciar que se parte de un escenario donde los ingresos son superiores a los gastos, es decir, se observa un superávit. La situación se revierte en el 2023 y se mantiene en déficit anual hasta el final de la proyección. El déficit que aparece a partir del 2023, se justifica por el incremento de las prestaciones médicas y económicas,

la disminución de otros ingresos y por el aumento del gasto a partir de ese año en infraestructuras, al pasar de un gasto de 887 millones de soles en 2023 a 2 077 millones de soles en 2032. Este aumento del gasto en infraestructuras del 134,06 por ciento (más de 1000 millones de soles), se debe al inicio de las inversiones en el Hospital Piura y el Hospital Chimbote y al incremento de la inversión de los proyectos Hospital III Callao, Hospital III VMT y Proyecto Trecca.

▶ Gráfico 93 - Proyección de ingresos y gastos del escenario base



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En el siguiente cuadro se aprecian los valores de la proyección de los ingresos y gastos. Se observa que los ingresos aumentan entre 2022 y 2032 en 50,23

por ciento, mientras los gastos en 85,35 por ciento, es decir, prácticamente se duplican los gastos desde el inicio hasta el final del periodo.

▶ Cuadro 15 - Proyección de ingresos y gastos del escenario base

| Año | Ingresos | Gastos |
|------|----------------|----------------|
| 2022 | 15 921 708 413 | 15 010 263 079 |
| 2023 | 15 501 658 300 | 17 175 121 371 |
| 2024 | 16 552 387 621 | 18 054 335 911 |
| 2025 | 17 494 211 515 | 19 681 310 464 |
| 2026 | 18 290 434 784 | 21 254 532 833 |
| 2027 | 19 124 425 176 | 22 247 840 488 |
| 2028 | 20 056 284 311 | 23 272 795 761 |
| 2029 | 20 971 781 396 | 24 339 200 756 |
| 2030 | 21 918 920 087 | 25 373 860 963 |
| 2031 | 22 899 782 081 | 26 557 368 884 |
| 2032 | 23 919 405 374 | 27 821 141 573 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

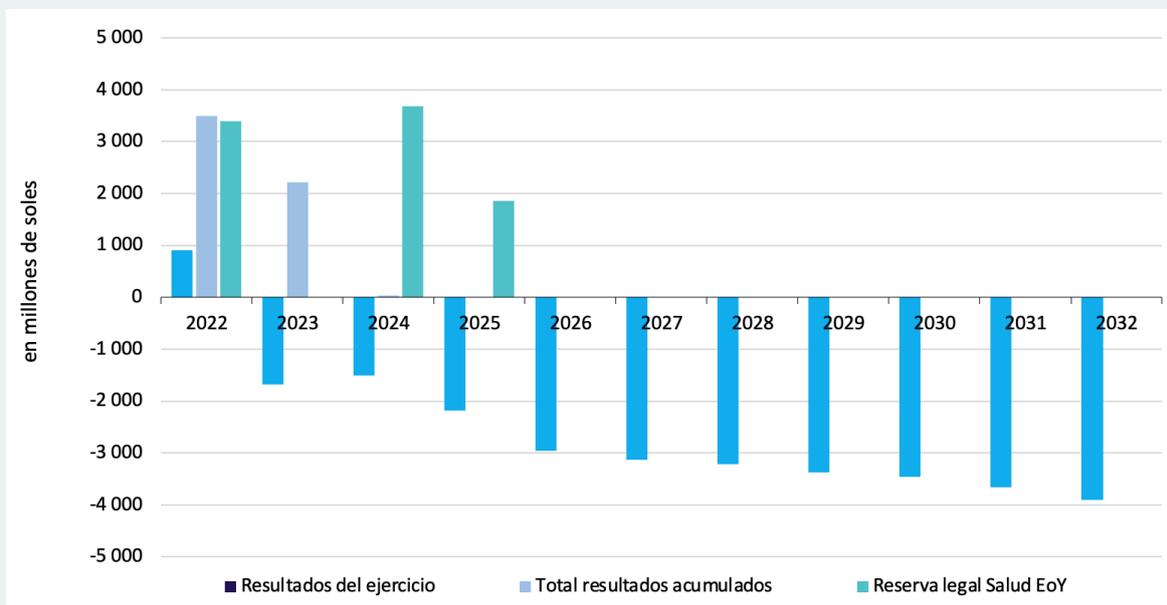
En el Gráfico 94 se aprecia la evolución del resultado del ejercicio de los resultados acumulados y de la reserva legal. El resultado del ejercicio corresponde a los ingresos menos los gastos, y refleja un superávit cuando los ingresos son mayores a los gastos o un déficit cuando los ingresos son menores a los gastos. Los resultados acumulados son los recursos disponibles que se utilizan para cubrir los déficits anuales y la transferencia a la reserva legal para que esta se mantenga al 30 por ciento de los gastos en prestaciones del ejercicio anterior.

La evolución de estas tres variables muestra una situación financiera del escenario base frágil en el corto-mediano plazo. Se parte de un resultado del ejercicio positivo de 911 millones de soles para el

2022, superávit que se convierte en déficit en el 2023 al registrar déficits crecientes y alcanzar -3 901 soles en 2032.

Así, a partir del 2023 los gastos anuales superan los ingresos y durante el 2025 los resultados acumulados utilizados para cubrir los déficits se agotan. Desde el 2025 en adelante se dispondría de la reserva legal para poder financiar los déficits anuales, pero eso tendría como consecuencia que ya no se podría garantizar el nivel de reserva legal establecido por ley del 30 por ciento del gasto en prestaciones. En el 2024, la reserva legal alcanza su máximo con 3 683 millones de soles, para luego ir disminuyendo hasta que en el 2026 se consume totalmente.

► Gráfico 94 - Proyección resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del escenario base



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

5.6 Comparación con resultados de estudios anteriores

El estudio financiero actuarial del 2018, proyectaba una continuación de la situación deficitaria observada anteriormente hasta el último año de proyección, 2027. Contrariamente, esta valuación actuarial proyecta un superávit durante los primeros años de proyección hasta 2026, año a partir del cual se presenta una situación deficitaria. El déficit proyectado por la valuación del 2018 es de -486 millones de soles para el 2027, mientras que en la presente valuación se proyecta un déficit de -660 millones de soles para ese mismo año.

Las principales diferencias entre la pasada valuación actuarial y la presente se pueden resumir como sigue:

- Los efectos que la COVID-19 ha tenido sobre la disminución de la cobertura, un uso menor de algunos servicios de salud, gastos adicionales que se han tenido que hacer para hacer frente a la pandemia, así como el impacto sobre los ingresos y los gastos de la situación macroeconómica, que no era conocidos durante la valuación del 2018. Es por eso que los efectos no pudieron reflejarse en las proyecciones, a diferencia de la presente valuación, la cual parte de un año en el que ya se empezaba a salir de la pandemia y los efectos de la pandemia se han podido tener en cuenta para los valores proyectados.
- La entrada de un número importante de cotizantes durante el 2022 ha ayudado a restablecer el estado

financiero del régimen, que se encontraba en estado deficitario desde al menos el año 2017, lo que aumentó los ingresos por cotizaciones durante 2022 y 2023.

- Durante esta valuación actuarial se ha podido obtener más información con respecto a los gastos planeados

en infraestructuras sanitarias y otros gastos e ingresos, más allá de los gastos en prestaciones o ingresos por cotizaciones. Esto ha permitido obtener una imagen más amplia de la evolución pasada de los estados financieros y elaborar hipótesis sobre la evolución futura de algunos rubros suplementarios.

▶ 6. Proyecciones para escenarios alternativos

En el presente capítulo se desarrollan siete escenarios actuariales alternativos, consensuados con EsSalud, en función de sus necesidades para promover mejoras y cumplir con los principios de la seguridad social. Con el fin de mostrar diferentes modalidades, en cada escenario se presentan varios subescenarios. En total se han evaluado 19 subescenarios.

El objetivo de este ejercicio es brindar un panorama más amplio y el impacto del establecimiento de acciones específicas que sirvan de base para la elaboración de recomendaciones técnicas. Los siete escenarios actuariales alternativos, para los cuales existen diversos subescenarios, son:

1. Impacto de la estandarización contributiva (CAS, MINSA y MINEDU) y restablecimiento de cotización sobre aguinaldo y gratificaciones.
2. Impacto del establecimiento de una base mínima contributiva a todos los pensionistas y cese de transferencias de carácter previsional a la ONP.
3. Impacto del crédito por EPS.
4. Impacto de la Ley N° 31041 de Urgencia Médica para la Detección Oportuna y Atención Integral del Cáncer del Niño y del Adolescente.
5. Impacto de la eliminación de las reglas de acreditación para prestaciones de maternidad y extensión del periodo de la prestación económica de maternidad.
6. Impacto del incremento del subsidio por lactancia y sepelio.
7. Impacto de la aplicación de varias medidas simultáneamente.

Los primeros dos escenarios tienen como objetivo evaluar el ingreso extra que se generaría bajo ciertas modificaciones del régimen. Los siguientes cuatro escenarios evalúan la pérdida de ingresos (impacto del crédito por EPS) o el aumento de los gastos generados por la ampliación o mejora de ciertas prestaciones ofrecidas por EsSalud. El último, por su parte, evalúa el impacto de la posible aplicación de varias medidas de forma simultánea. Dados los tiempos necesarios de implementación de las medidas, los escenarios alternativos evalúan el impacto de implementar las mismas a partir del 2024. Por lo tanto, los años 2022 y 2023 de los escenarios alternativos seguirán la misma evolución que el escenario base. Adicionalmente, al final de este capítulo se presenta un breve comentario sobre los efectos de la COVID-19 en EsSalud.

6.1 Escenario 1: impacto de la estandarización contributiva (CAS, MINSA y MINEDU) y restablecimiento de cotización sobre los aguinaldos y gratificaciones

En la legislación nacional peruana existen normativas que establecen un salario máximo cotizable, beneficio que es exclusivo para ciertos tipos de trabajadores. Específicamente, en el Decreto Ley N° 1057 se regula la incorporación de trabajadores al Estado bajo la modalidad de CAS. Por su parte, en el Decreto Ley N° 1153 se regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de salud al servicio del Estado. Por último, en la Ley N° 30002 se establece las características de la Remuneración Íntegra Mensual (RIM) del Magisterio. En esta normativa se implementan condiciones especiales de contribución, las cuales generan condiciones desfavorables para EsSalud.

En general, la normativa antes mencionada conlleva a una reducción de la base imponible, lo que a su vez reduce las contribuciones del Estado al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud. La existencia de estos grupos con esquemas de contribución preferenciales genera discriminación hacia el resto de los cotizantes y atenta contra los principios de equidad, solidaridad y sostenibilidad de la seguridad social.

El siguiente cuadro permite ver en detalle la normativa anteriormente mencionada. Como se puede observar, en el caso de CAS se establece un tope máximo al salario cotizable del 55 por ciento de la unidad impositiva tributaria (UIT) vigente. Para los trabajadores del Magisterio, dicho tope asciende al 65 por ciento de la RIM. Por último, al personal incorporado al MINSA se le adjudica el 65 por ciento de su remuneración en la cotización a la seguridad social en salud.

| Tipo de trabajador | Base imponible | Norma |
|--|--|--|
| Contratación Administrativa de Servicios (CAS) | 55 % de la UIT (Unidad Impositiva tributaria) vigente a 2021 (S/ 4.400,00) ¹⁷ | Punto 6.4 del artículo 6° del Decreto Ley N° 1057. |
| Magisterio | 65 % de la RIM (Remuneración Íntegra Mensual) | Artículo único de la Ley N° 30002. |
| Personal de salud - MINSA | 65 % de la remuneración | Décima Segunda Disposición Complementaria y Final del Decreto Ley N° 1153. |

La necesidad de avanzar en la modificación de esta normativa ya fue subrayada en los estudios financieros actuariales del 2015 y 2018, en los que se enfatizó la necesidad de estandarizar las tasas de aportación y las bases imponibles, buscando la equidad y la sostenibilidad del esquema. En estos informes se hace mención de los efectos negativos de la implementación de esquemas especiales, que se resumen en la pérdida de ingresos para EsSalud. Además, se menciona que el establecimiento de la legislación reciente, que respalda dichos esquemas especiales, no se ha sustentado sobre la base de análisis técnicos que aseguren la sostenibilidad del seguro social.

Por otro lado, a partir de 2009, con la publicación de la Ley N° 29351, se establece de manera transitoria hasta el 31 de diciembre de 2010 la inafectación de las gratificaciones por Fiestas Patrias y Navidad. Dicha inafectación fue prorrogada luego hasta el 31 de diciembre de 2014 y finalmente declarada permanente por el artículo 1 de la Ley N° 30334.

Cabe señalar que al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud le correspondía una tasa contributiva mensual del 9 por ciento, que incluía los pagos adicionales de carácter remunerativo, como las gratificaciones de Fiestas Patrias y Navidad. Conviene destacar, adicionalmente, que la medida que propició la inafectación se materializó sin previo estudio actuarial, lo que no concuerda con el numeral 3 del artículo 71° del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102):

«El Miembro deberá asumir la responsabilidad general en lo que se refiere al servicio de prestaciones concedidas en aplicación del presente Convenio y adoptar, cuando fuere oportuno, todas las medidas necesarias para

alcanzar dicho fin; deberá 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 de las prestaciones, de la tasa de las cotizaciones del seguro o de los impuestos destinados a cubrir las contingencias en cuestión» (Convenio núm. 102, artículo 71, numeral 3).

El Régimen de EsSalud fue inicialmente diseñado para ser sostenible con una prima del 9 por ciento, aplicable sobre 14 meses de salario al año. La eliminación de la cotización sobre los dos meses referidos fue aplicada sin llevar a cabo una evaluación que mostrara su impacto, y sin plantear una estrategia para compensar o mitigar su efecto.

Para efectos de evaluar el impacto en el financiamiento de EsSalud, se estandarizan las bases imponibles y la tasa efectiva de contribución de CAS, MINSA y MINEDU, y se restablecen las aportaciones a EsSalud sobre aguinaldos y gratificaciones de Fiestas Patrias y Navidad. Este escenario se divide en cinco subescenarios para poder evaluar el impacto por separado de las medidas mencionadas. Estos subescenarios son:

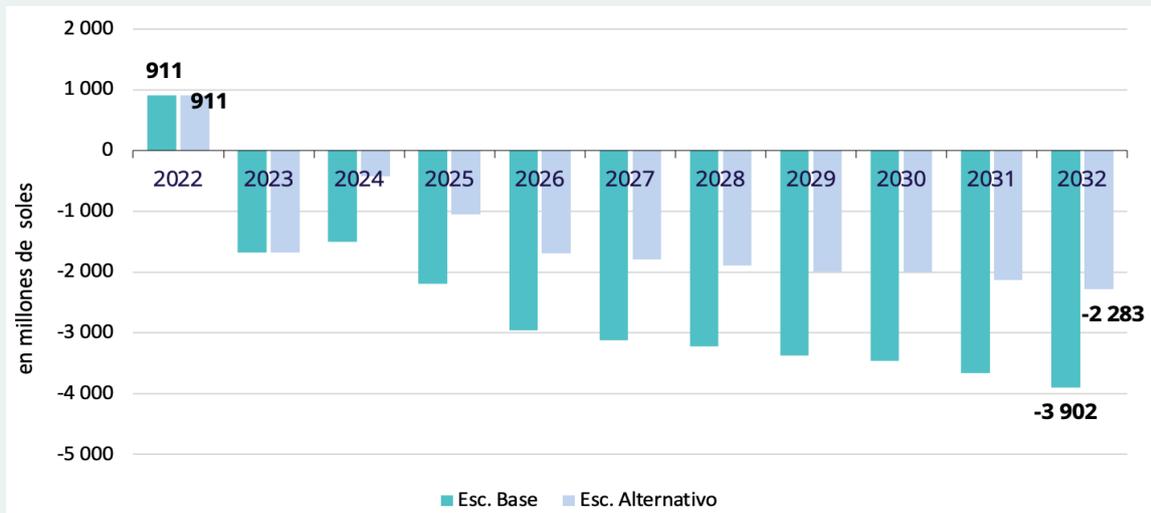
- Subescenario 1.1: impacto de la no existencia de topes contributivos para CAS.
- Subescenario 1.2: impacto de la no existencia de topes contributivos para MINEDU y MINSA.
- Subescenario 1.3: impacto de la no existencia de topes contributivos para CAS, MINEDU y MINSA.
- Subescenario 1.4: impacto del restablecimiento de las aportaciones a EsSalud sobre los aguinaldos y gratificaciones de Fiestas Patrias y Navidad
- Subescenario 1.5: impacto del subescenario 1.3 y 1.4 simultáneamente.

¹⁷ Fuente: Decreto Supremo N° 392-2020-EF.

Los subescenarios 1.1 y 1.2 generan 2,8 por ciento y 4,2 por ciento de ingresos adicionales, respecto del escenario base. Aunque bajo el subescenario 1.1 y el subescenario 1.2 se siga generando un déficit a partir del 2026 y 2032, respectivamente, el ingreso extra generado en cada uno de los subescenarios permite que los resultados acumulados puedan financiar los déficits anuales, así como la transferencia a la reserva legal para que siga al 30 por ciento del gasto en prestaciones, durante todo el periodo de proyección. En el anexo IV es posible encontrar los detalles de los resultados de estos dos subescenarios.

En los siguientes gráficos se exponen los resultados del subescenario 1.3. En el Gráfico 95 se compara el resultado del ejercicio de este subescenario con el escenario base. Se observa que se mantiene la misma tendencia que en el escenario base, con la salvedad de que los déficits son inferiores en el escenario alternativo. De un superávit que inicia con 911 millones de soles en el 2022, se pasa a un déficit desde el 2023 hasta alcanzar los -2 283 soles en el 2032.

▶ Gráfico 95 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 1.3

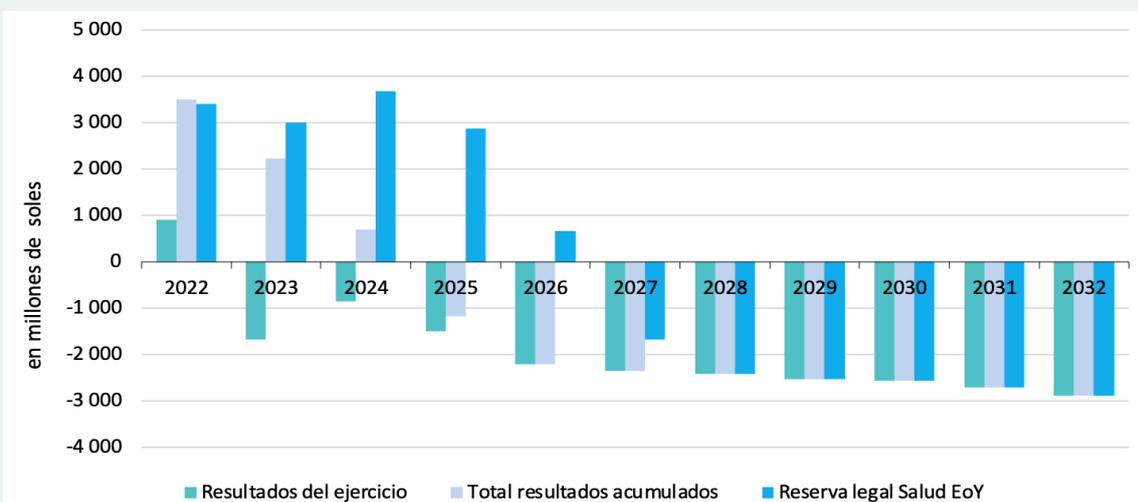


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

El Gráfico 96 permite observar la proyección de los resultados del ejercicio, resultados acumulados y reserva legal para el subescenario 1.3. Los ingresos adicionales de este subescenario, 7 por ciento en promedio, no son suficientes para lograr superávits,

por tanto, los resultados acumulados presentan una tendencia decreciente que se vuelve negativa en el 2025. La reserva legal inicia con 3 395 millones de soles, y se consume totalmente en el 2028.

▶ Gráfico 96 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 1.3

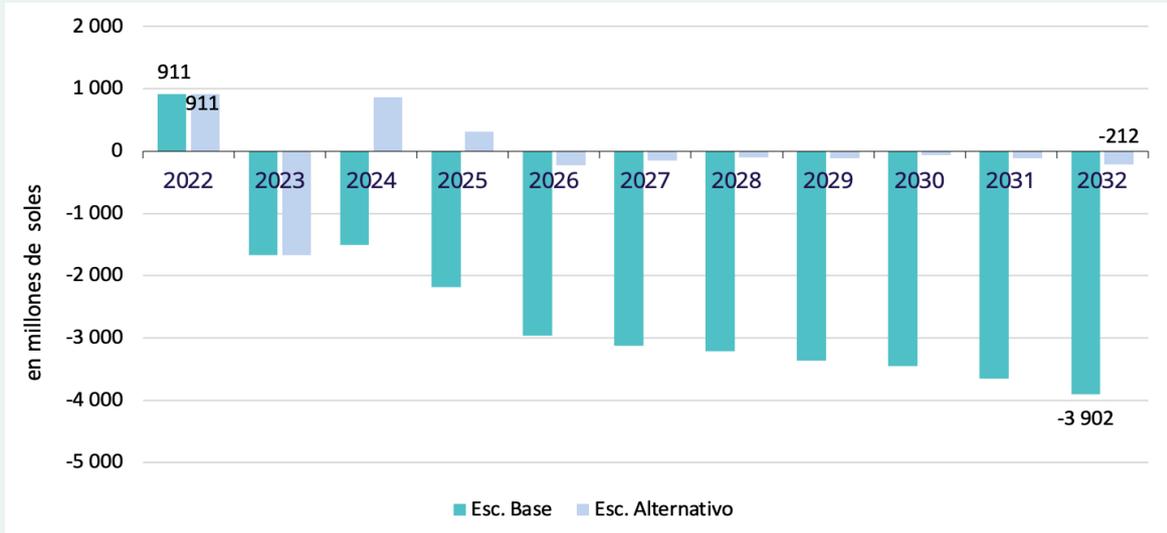


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En los siguientes gráficos se exponen los resultados del subescenario 1.4. En el Gráfico 97 se compara el resultado del ejercicio de este subescenario con el escenario base. Se observa que ambos escenarios presentan resultados similares, durante el 2022 con superávit y en el 2023 con déficit, para presentar el

escenario alternativo un superávit en el 2024 que va disminuyendo hasta volverse negativo en el 2026. Los déficits del escenario alternativo son muy inferiores en comparación con el escenario base desde el 2026 hasta el 2032.

► Gráfico 97 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 1.4

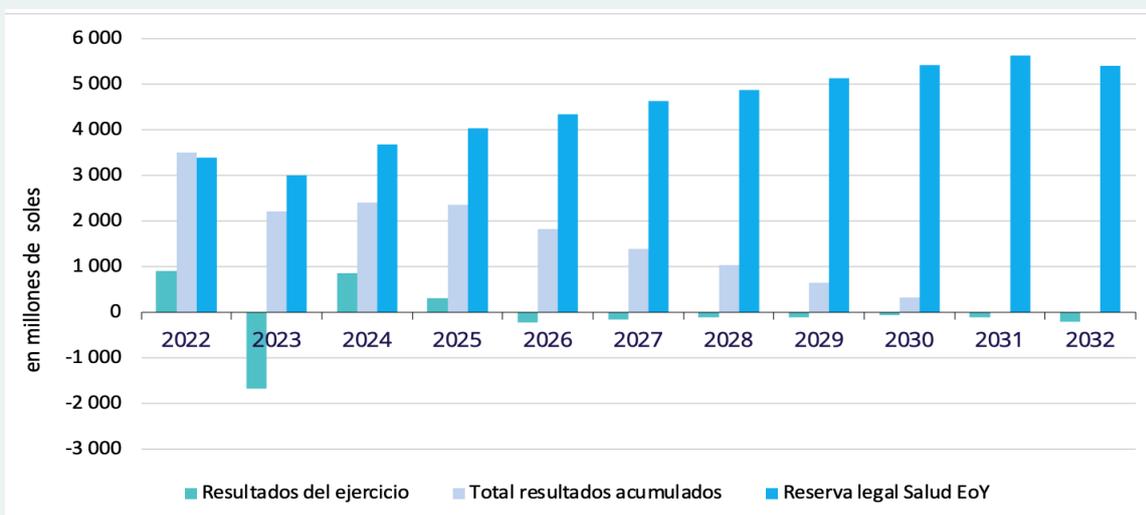


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

El Gráfico 98 permite ver la proyección de los resultados del ejercicio, resultados acumulados y reserva legal para el subescenario 1.4. Los ingresos extra de este subescenario, 14,3 por ciento en promedio desde el 2024, permiten que el régimen se encuentre en superávit los años 2024 y 2025, pero no logra mantener la tendencia positiva. Los resultados acumulados

presentan una tendencia negativa que inicia con saldo positivo, el cual se convierte en negativo en el 2031. La reserva legal inicia con 3 395 millones de soles, para luego mantener una tendencia creciente hasta alcanzar su punto máximo en el 2031, y luego empieza a disminuir, hasta alcanzar los 5 415 millones de soles en el 2032.

► Gráfico 98 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 1.4



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

El último subescenario 1.5, evalúa el impacto que tendría el aplicar los subescenarios 1.3 y 1.4 de manera simultánea. Entre los principales hallazgos se destacan: que se generan unos ingresos extras de 20,5 por ciento en promedio durante el plazo de proyección, lo que produce superávits en todos los años, salvo en el 2023. Esto impacta de manera positiva los resultados acumulados y fortalece la reserva legal que inicia con 3 395 millones de soles en el 2022, hasta alcanzar los 6 042 millones de soles en el 2032.

6.2 Escenario 2: impacto del establecimiento de una base mínima contributiva a todos los pensionistas y cese de transferencias de carácter previsional a la ONP

Este escenario se divide en cinco subescenarios para evaluar el impacto por separado de cada una de las medidas que afectan a los pensionistas. En esta sección se describen en detalle cada una de las medidas en cada subescenario, y son:

- Subescenario 2.1: impacto del establecimiento de la pensión mínima de 500 soles como base mínima de cotización para los pensionistas.
- Subescenario 2.2: impacto de la aplicación del 4,5 por ciento sobre el valor presente de una pensión mínima de 500 soles para quienes decidan retirar el 95,5 por ciento de sus Cuentas Individuales de Capitalización (CIC).
- Subescenario 2.3: impacto del aumento de las pensiones proporcionales de 250 y 350 soles a la pensión mínima de 500 soles para efectos de cotización
- Subescenario 2.4: impacto de la eliminación de la transferencia de obligaciones desde EsSalud a la ONP.
- Subescenario 2.5: impacto de todos los subescenarios considerados simultáneamente.

Subescenario 2.1: impacto del establecimiento de la pensión mínima de 500 soles como base mínima de cotización para los pensionistas

El SPP ofrece modalidades de jubilación mediante combinaciones entre el retiro programado y la renta vitalicia. Las rentas vitalicias, al igual que el sistema público previsional¹⁸, garantizan la aportación de los beneficiarios mientras estén con vida, de acuerdo con la cobertura contratada¹⁹.

Un número importante de jubilados ha elegido la opción de retiro programado, observándose que los fondos ahorrados no permiten garantizar ingresos durante las mayores edades de sobrevivencia. Esto ocasionaría al menos dos efectos adversos. El primero es el riesgo de carecer de ingresos económicos en edades avanzadas, periodo en el que la incidencia de enfermedades y las capacidades físicas tienen mayor probabilidad de impedir laborar y generar ingresos.

El segundo efecto refiere a la situación fáctica de agotar los fondos acumulados, lo cual perjudicaría a las personas porque dejarían de contribuir al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, lo que ocasionaría, a la vez, la pérdida de cobertura de EsSalud.

En este punto, resulta importante resaltar la importancia de los principios contenidos en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) de la OIT, ratificado por el Perú en el año 1961. El Convenio, entre otros, promueve los principios de responsabilidad general del Estado en lo que refiere al servicio de las prestaciones y la buena administración de las instituciones; el carácter periódico y vitalicio de las prestaciones monetarias de vejez y de invalidez (mientras esta subsista); el derecho a prestaciones definidas (función de seguro) y actualizadas; el monto de la prestación de vejez no podrá ser inferior al 40 por ciento de los ingresos laborales de referencia; y la promoción de estudios y cálculos actuariales relativos al equilibrio del sistema y de forma previa a cualquier modificación de las prestaciones, tasas de cotización o impuestos destinados a cubrir las distintas contingencias.

La situación descrita en el párrafo anterior, relacionada con las prestaciones que otorga el SPP, incumple algunos de los principios antes mencionados, en particular lo relacionado con que las prestaciones deben brindarse mientras subsista la contingencia, por lo que deben ser vitalicias en caso de vejez, y a la ausencia de una pensión mínima garantizada.

Con el objetivo de evaluar el impacto del SPP en el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, se estableció un subescenario en el que se busca determinar el cambio potencial en los ingresos de EsSalud, como resultado de establecer una contribución mínima a las pensiones privadas equivalente al 4 por ciento, sobre una base de 500 soles mensuales. Esta base es la pensión mínima del sistema público de pensiones.

¹⁸ El Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud (Ley N° 26790) es la continuación del Régimen de Prestaciones de Salud del Seguro Social del Perú (Decreto Ley N° 22482), que tiene como base la cobertura a los asegurados del sistema previsional, a partir de pensiones vitalicias, que garantizan la continuidad del aporte de los asegurados y sus sobrevivientes (viudez, orfandad y ascendencia).

¹⁹ La pensión depende de la cobertura contratada y existe el riesgo de no cubrir a los sobrevivientes del titular.

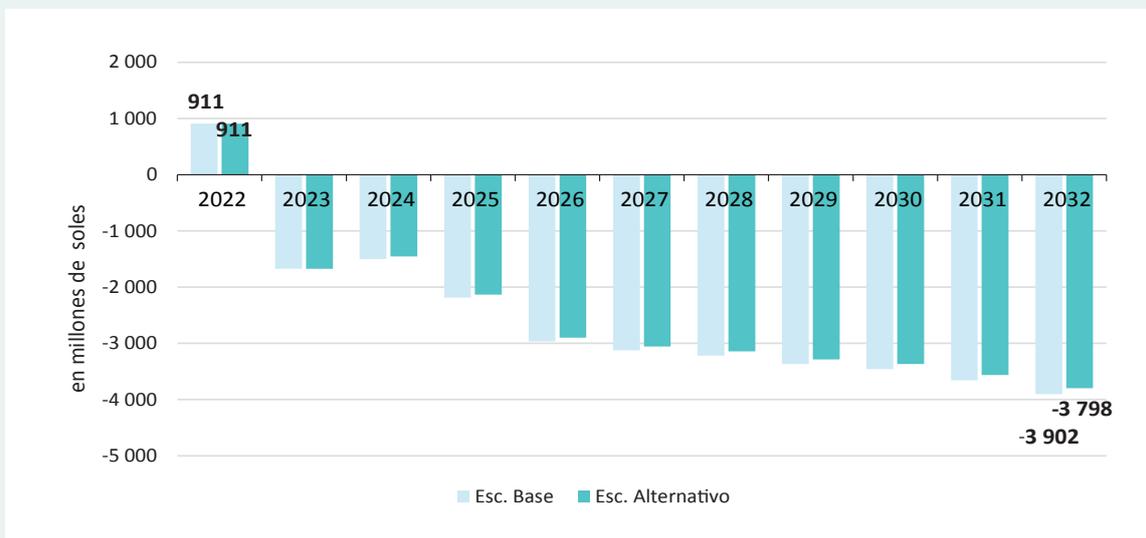
Como resultado de lo anterior, se observa que las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) declaran a los pensionistas con bases imponibles mínimas, con el objetivo de mantener la cobertura de salud de sus pensionistas, a pesar de no contar con los fondos suficientes para una pensión mínima de sobrevivencia. En este sentido, existe un incentivo perverso: no hay una pensión mínima garantizada por el SPP y con cualquier nivel de pensión se tiene derecho al Seguro de Salud.

Conforme a lo anterior, se puede concluir que el SPP está afectando al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud. Esto se evidencia en la utilización de mecanismos legales para que EsSalud brinde cobertura con aportaciones mínimas. La racionalidad

detrás de la situación descrita podría entenderse como un esfuerzo por evitar exponer las debilidades de este subsistema de pensiones, buscando garantizar al menos una cobertura de salud para paliar la falta de pensiones adecuadas para las personas mayores.

Al comparar los resultados de este subescenario 2.1, con el escenario base, se observa que no existe un cambio drástico de tendencia ya que los dos escenarios del 2022 tienen superávit, y a partir del 2023 presentan déficits. Sin embargo, los ingresos generados bajo este escenario, correspondientes a 0,4 por ciento anual en promedio, permiten visualizar mejores resultados que el escenario base con mayores déficits, en comparación con el escenario base.

► Gráfico 99 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 2.1

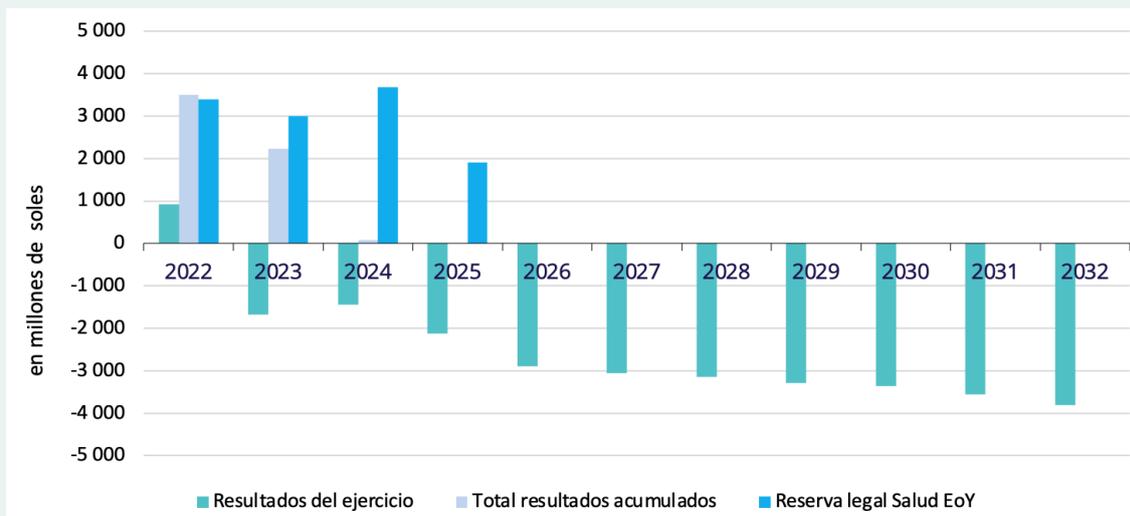


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

El Gráfico 100 permite ver la proyección de los resultados del ejercicio, resultados acumulados y reserva legal para el escenario 2.1. Los escasos ingresos extra, generados bajo este subescenario, no permiten acumular mayores resultados respecto al escenario base, teniendo un efecto mínimo. Es decir, los resultados acumulados bajo este escenario se agotan en el 2024, al igual que en el escenario base. Los menores resultados acumulados no

permiten acumular recursos suficientes para seguir manteniendo la reserva legal al nivel del 30 por ciento de los gastos en prestaciones del ejercicio anterior más allá del 2025. A partir del 2024, dado que los recursos disponibles en los resultados acumulados se agotan, aparece la necesidad de utilizar los recursos de la reserva legal para cubrir los déficits anuales. Es por eso que la reserva legal empezaría a disminuir y se consumiría totalmente en el 2026.

▶ Gráfico 100 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 2.1



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

Subescenario 2.2: impacto de la aplicación del 4,5 por ciento sobre el valor presente de una pensión mínima de 500 soles para quienes decidan retirar el 95,5 por ciento de sus Cuentas Individuales de Capitalización (CIC).

La Ley N° 30478, aprobada en 2016, faculta a los afiliados del SPP, a partir de sus 65 años, a elegir entre recibir una pensión o retirar el 95,5 por ciento de los fondos de su CIC. En esta ley se establece, además, que el restante 4,5 por ciento de los fondos de la CIC debe ser trasladado a EsSalud, con el objetivo de cubrir su atención en salud. Como se desarrolló en el apartado anterior, esta legislación, contraría las disposiciones del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) de la OIT, ratificado por el Perú en 1961.

Al igual que en el escenario anterior, esta legislación exacerba los problemas ya mencionados del SPP, y presiona al Seguro Social de Salud con un grupo poblacional, tal vez creciente, que reclama cobertura con un nivel mínimo de contribución. Pese a que se transfiere una parte de los fondos (4,5 por ciento) a EsSalud, no existe un estudio formal que evalúe si esta transferencia es suficiente para asegurar la sostenibilidad financiera del seguro social.

Con el fin de evaluar el impacto de la Ley N° 30478, se calculan los ingresos adicionales perdidos al elegir un pago único sobre recibir la pensión mínima de ley en el sistema público de pensiones, equivalente a 500 soles por mes. Es decir, se han recalculado los fondos CIC como el valor presente equivalente a recibir una pensión vitalicia no inferior a la pensión mínima de 500

soles. A continuación, se ha calculado la transferencia correspondiente del 4,5 por ciento sobre el valor presente calculado, valor superior a los fondos CIC en los casos en los que la pensión vitalicia, calculada a partir de los fondos CIC, esté por debajo de la pensión mínima.

Bajo este subescenario se estima que se generarían en promedio un 3,8 por ciento de ingresos adicionales. Esos ingresos extra permitirían que el seguro se mantuviera en superávit hasta el 2022, entrando en déficit durante el resto de la proyección. Los resultados acumulados se agotarían en el 2025, momento a partir del cual se comenzaría a utilizar la reserva legal que terminaría agotándose en el 2027.

Subescenario 2.3: impacto del aumento de las pensiones proporcionales de 250 y 350 soles a la pensión mínima de 500 soles para efectos de cotización

La Ley N° 31301 establece medidas de acceso a una pensión proporcional a los asegurados del Sistema Nacional de Pensiones, regulado por el Decreto Ley N° 19990, de fecha 21 de julio del 2021. Dicha pensión es menor a la pensión mínima del Sistema Nacional de Pensiones (SNP). La norma se aprobó sin previo estudio actuarial, lo que no concuerda con el numeral 3 del artículo 71° del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102)²⁰.

La ley indica que si es afiliado(a) del Sistema Nacional de Pensiones (D.L. N° 19990), puede solicitar su pensión de jubilación proporcional especial, según las siguientes reglas:

²⁰ Ver el texto del numeral de este artículo en la sección 6.1.

- Haber cumplido como mínimo 65 años de edad y acreditar haber aportado de 10 a 14 años. En este caso, el monto de su pensión será la suma fija mensual de 250 soles, pagadera 12 veces al año.
- Haber cumplido como mínimo 65 años de edad y acreditar haber aportado de 15 a 19 años. En este caso, el monto de la pensión será la suma fija mensual de 350 soles, pagadera 12 veces al año.

Con el fin de evaluar el impacto de la Ley N° 31301, pensión proporcional, se calculan los ingresos adicionales perdidos al incrementar el monto de la pensión de jubilación proporcional especial de 250 y 350 soles por mes, a la pensión mínima de ley en el sistema público de pensiones, equivalente a 500 soles por mes.

El impacto de este subescenario es relativamente pequeño, ya que se estima que se generarían 0,01 por ciento ingresos extra en promedio. Esos ingresos extra no crean diferencias importantes respecto del escenario base, ya que se seguirían generando déficits a partir del 2023, y los resultados acumulados se agotarían el 2025, comenzando a usar la reserva legal hasta agotarse en el 2026. No obstante, se contravienen de nuevo los principios establecidos en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) de la OIT, ya que la pensión se sitúa por debajo de los mínimos establecidos, a la vez que se genera una desigualdad entre los pensionistas que cotizan sobre una base mínima y los pensionistas no sujetos a un mínimo de cotización con un impacto en la sostenibilidad financiera del seguro social.

Subescenario 2.4: impacto de la eliminación de la transferencia de obligaciones desde EsSalud a la ONP

EsSalud viene realizando, desde 1999 y hasta la fecha, transferencias de fondos a la ONP para el pago de pensiones del Decreto Ley N° 18846 (Seguro por Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales) y del Decreto Ley N° 20530 (Régimen de Pensiones y Compensaciones por Servicios Civiles prestados al Estado no comprendidos en el Decreto Ley N° 19990). Estos montos afectan los ingresos de la institución, dado que estas transferencias son financiadas con los recursos recaudados, y no se percibe ningún tipo de recurso financiero del Tesoro Público. Además, al igual que se comentó antes, las contribuciones para EsSalud deberían ser utilizadas principalmente para sufragar gastos relacionados con los servicios sustantivos del seguro, especialmente aquellos de naturaleza sanitaria.

Estas transferencias se sustentan en lo establecido en el Decreto de Urgencia N° 067-98, donde se señala lo siguiente:

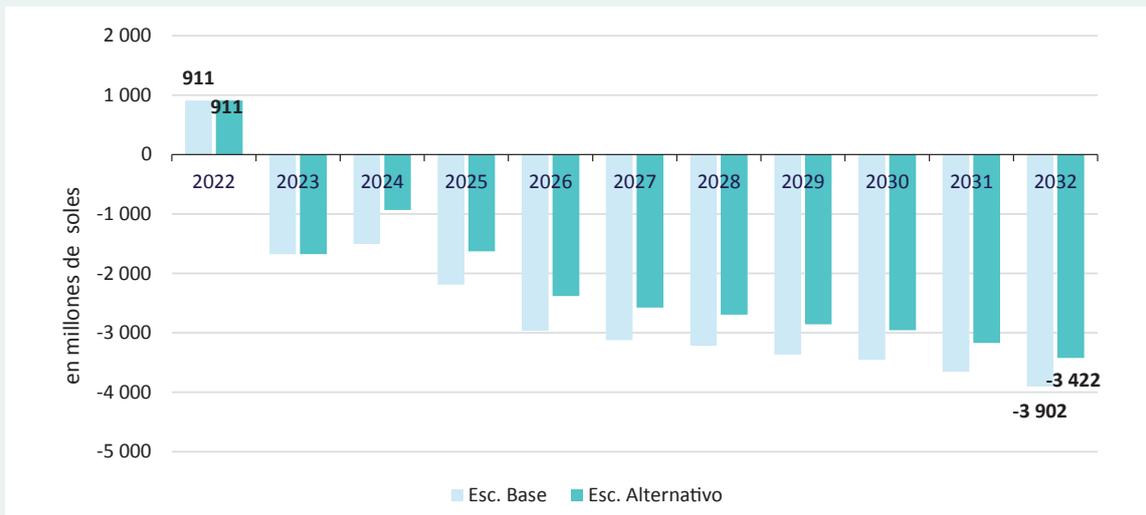
«Artículo 4.- Dispóngase la transferencia al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, administrado por la ONP, de las reservas y obligaciones por prestaciones económicas del Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales regulado por el Decreto Ley N° 18846 que el IPSS mantenga a la fecha de transferencia, la que deberá efectuarse en el plazo máximo de 45 (cuarenticinco) días hábiles contados a partir de la entrada en vigencia del presente Decreto de Urgencia. Para el pago de las pensiones del Decreto Ley N° 18846 por la ONP, el IPSS le transferirá recursos por el monto de S/. 607 062 773,93 (Seiscientos siete millones sesentidós mil setecientos setentitres y 93/100 Nuevos Soles), equivalente a la suma de US\$ 192 748 936,00 (Ciento noventidós millones setecientos cuarentiocho mil novecientos treintiséis y 00/100 dólares americanos). Dicha suma tiene como base una planilla mensual de S/. 2.706 436,00 (Dos millones setecientos seis mil cuatrocientos treintiséis y 00/100 Nuevos Soles) y como referencia el cálculo actuarial de la reserva pensionaria, a la que deberá deducirse el monto de las reservas mencionadas en el párrafo anterior, establecido en sus estados financieros al 31 de diciembre de 1998. Artículo 5.- Dispóngase la transferencia a la ONP en el plazo máximo de 45 (cuarenticinco) días hábiles contados a partir de la entrada en vigencia del presente Decreto de Urgencia, de la administración y pago de la planilla de los pensionistas del IPSS sujetos al Decreto Ley N° 20530. Para efecto de compensar el pago de pensiones del Decreto Ley N° 20530, el IPSS transferirá a la ONP recursos por el monto de S/. 2 204 417 000,00 (Dos mil doscientos cuatro millones cuatrocientos diecisiete mil y 00/100 Nuevos Soles), equivalente en dólares a la suma de US\$ 699 926 020,00 (Seiscientos noventinueve millones novecientos veintiséis mil veinte y 00/100 dólares americanos), monto que ha sido determinado sobre la base del cálculo actuarial de la reserva pensionaria presentado por el Instituto Peruano de Seguridad Social, al que se deducirá los importes correspondientes a las pensiones pagadas hasta la fecha de transferencia».

La posición institucional de EsSalud sobre este tema señala que la obligación a su cargo es de carácter financiero y no previsional. Además, se indica que los desembolsos realizados por EsSalud han pagado en exceso las obligaciones señaladas en el Decreto de Urgencia N° 067-98. En esta línea interpretativa, las obligaciones correspondientes al Decreto Ley N° 18846 habrían culminado en junio de 2008 y las del Decreto Ley N° 20530 en agosto de 2007. Por ambos decretos EsSalud transfirió en el 2017 735,8 millones de soles, 656,9 millones de soles en 2018, 625,4 millones de soles en 2019, 610,1 millones de soles en 2020 y 609,2 millones de soles en 2021.

Con la finalidad de evaluar el presente subescenario, se plantea definir cuál sería el incremento de ingresos para EsSalud si se eliminara el pago de tales obligaciones a partir del 2024. Los ingresos transferidos a la ONP representan alrededor de un 2,7 por ciento de los ingresos de EsSalud. Al comparar los resultados de este subescenario 2.4 con el escenario base, se

observa un comportamiento similar. En 2022 ambos escenarios presentan superávit, el cual rápidamente se convierte en déficit en el 2023 manteniendo la tendencia. Sin embargo, dado que la eliminación del pago de estas obligaciones reduciría el gasto en 2 por ciento en promedio, respecto al escenario base, en el subescenario 2.4 se visualizan mejores resultados que el escenario base al presentar déficits similares.

▶ Gráfico 101 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 2.4

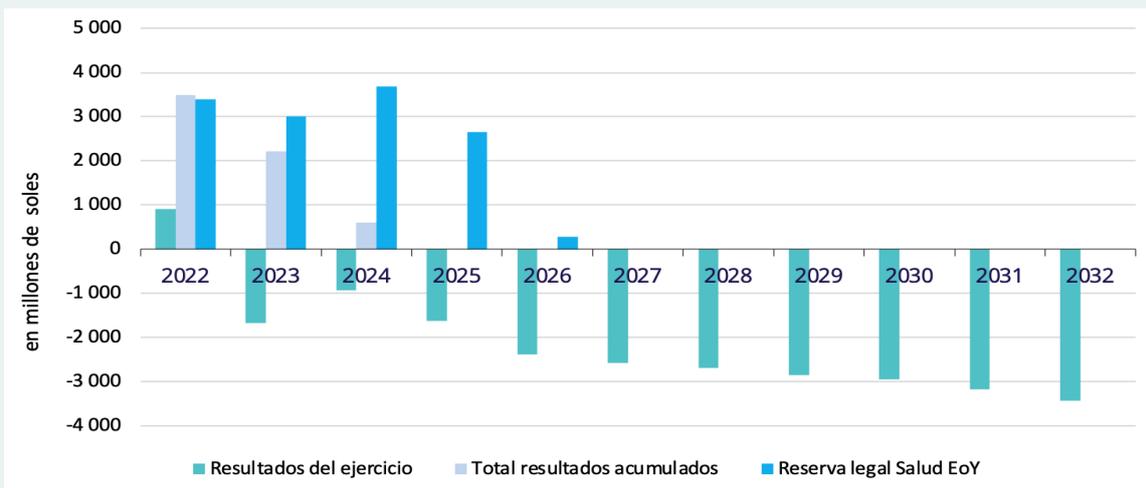


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

El Gráfico 102 permite ver la proyección de los resultados del ejercicio, resultados acumulados y de reserva legal para el escenario 2.4. La reducción de los gastos en este subescenario no contribuye a que los resultados

acumulados aumenten de manera sostenida, por lo que los sucesivos déficits requerirán que se empiece a utilizar la reserva legal en el 2025, para mantener la tendencia decreciente hasta agotarse en el 2026.

▶ Gráfico 102 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 2.4



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

Subescenario 2.5: impacto de todos los subescenarios considerados simultáneamente

Este último subescenario evalúa el impacto que tendría el aplicar las cuatro medidas anteriores propuestas para pensiones. En el anexo IV se pueden observar los resultados en detalle. Los principales hallazgos son

que la aplicación de estas medidas permitiría generar un ingreso extra del 7,0 por ciento en promedio. Este ingreso extra ayudaría a que se produjera un menor déficit en el 2024, lo que aminoraría levemente la reducción de los resultados acumulados, más no evitaría que se deba utilizar la reserva legal a partir del 2026 y que se extinga para el 2028.

6.3 Escenario 3: impacto del crédito por EPS

Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) brindan servicios de seguridad social en salud privada a los trabajadores que están afiliados a ellas. Para los afiliados a una EPS, el 9 por ciento de la aportación a EsSalud se divide en un 2,25 por ciento para la EPS elegida y 6,75 por ciento que se sigue aportando a EsSalud. En otras palabras, el 25 por ciento de la prima, consistente en el 9 por ciento, se transfiere a la EPS y el 75 por ciento restante a EsSalud.

Este escenario tiene como objetivo evaluar la sensibilidad del régimen ante una variación de las proporciones de la prima transferida a la EPS y la prima transferida a EsSalud para los grupos que están afiliados a una EPS. Dentro de este escenario se evalúan tres subescenarios:

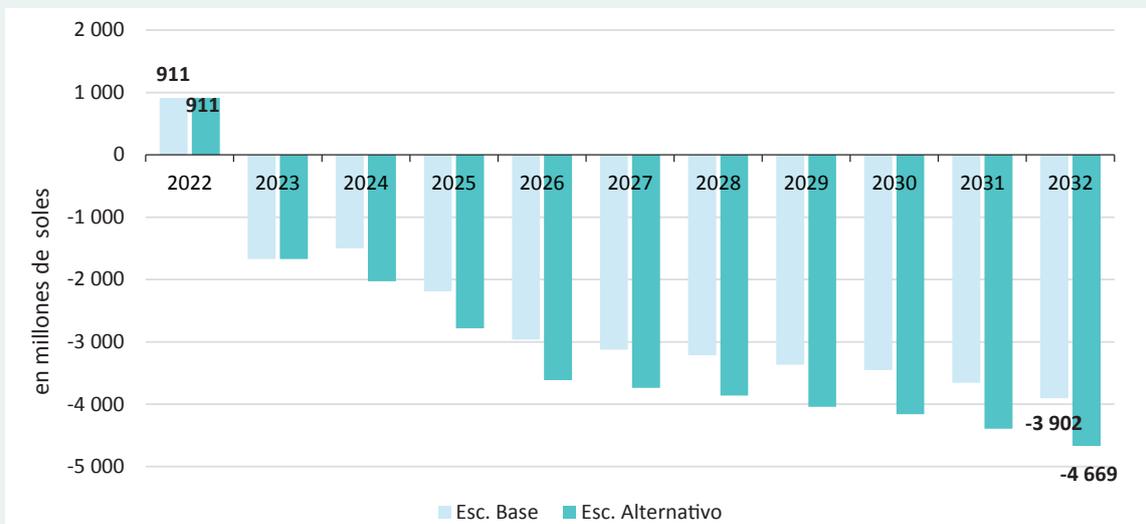
- Subescenario 3.1: evaluación de la reducción de ingresos al pasar a una proporción de 30 por ciento de la prima transferida a las EPS y un 70 por ciento de la prima a EsSalud.

- Subescenario 3.2: evaluación de la reducción de ingresos al pasar a una proporción de 40 por ciento de la prima transferida a las EPS y un 60 por ciento de la prima a EsSalud.
- Subescenario 3.3: evaluación de la reducción de ingresos al pasar a una proporción de 50 por ciento de la prima transferida a las EPS y un 50 por ciento de la prima a EsSalud.

Una reducción de ingresos se produce al disminuir la proporción de la prima que es transferida a EsSalud, que consiste en 1,2 por ciento, 3,2 por ciento y 5,4 por ciento del total de los ingresos para los subescenarios 3.1, 3.2 y 3.3, respectivamente.

El Gráfico 103 muestra la evolución del resultado del ejercicio bajo el subescenario 3.2, al pasar a una proporción de 40 por ciento de la prima transferida a las EPS para los asegurados en ese régimen, y un 60 por ciento de la prima a EsSalud. Por supuesto, no se observan impactos positivos en la sostenibilidad financiera, manteniéndose la misma tendencia que en el escenario base, aunque los déficits son superiores a lo largo de todo el periodo de proyección.

► Gráfico 103 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 3.2

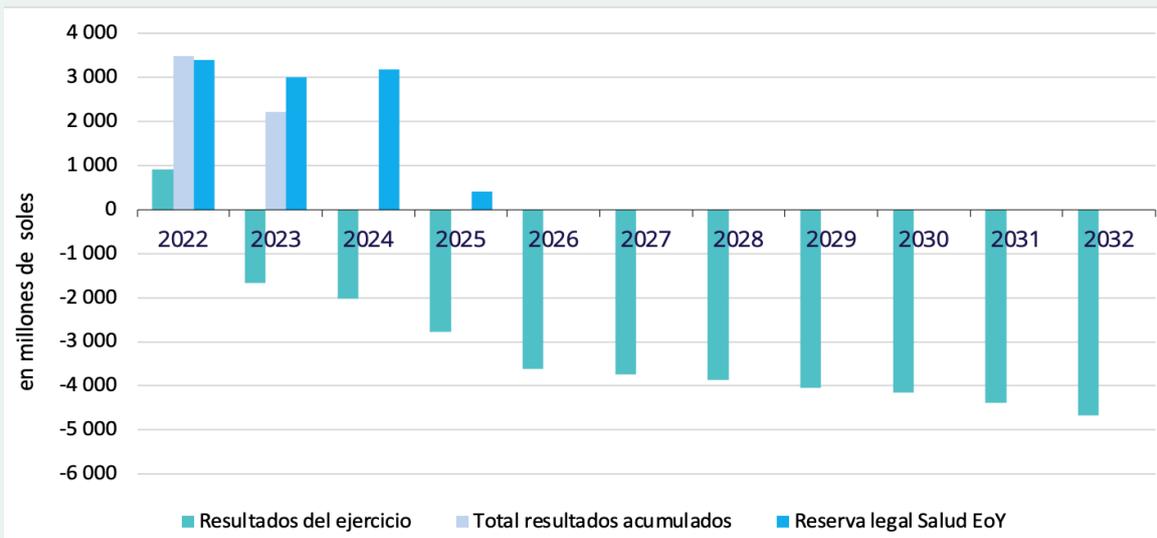


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

El Gráfico 104 permite ver la proyección de los resultados del ejercicio, resultados acumulados y reserva legal para el subescenario 3.2. Se observa que los resultados acumulados van disminuyendo para cubrir los déficits y las transferencias a la reserva legal, hasta llegar a volverse negativo en el 2024. Por lo tanto, a partir del 2024, dado que los recursos disponibles

en los resultados acumulados se agotan, existiría una necesidad de utilizar los recursos de la reserva legal para cubrir los déficits anuales. Es por eso que la reserva legal empezaría a disminuir y se agotaría en el 2026, año a partir del cual ya no existirían recursos en la reserva legal para cubrir los déficits anuales.

► Gráfico 104 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 3.2



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

Bajo los subescenarios 3.1 y 3.3, el déficit aparecería en el 2023 en ambos casos, el resultado acumulado se agotaría durante 2024 también para ambos casos. Finalmente, la reserva legal se agotaría en 2026 bajo el subescenario 3.1, y en 2025 bajo el subescenario 3.3. El anexo IV presenta los resultados en detalle.

6.4 Escenario 4: impacto de la Ley N° 31041 de Urgencia Médica para la Detección Oportuna y Atención Integral del Cáncer del Niño y del Adolescente

La Ley N° 31041 establece las condiciones para acceder a las prestaciones médicas y económicas en materia de cobertura oncológica, siendo los artículos más relevantes el 3 y 6 que se expone a continuación:

«Artículo 3: Los beneficiarios de la presente ley contarán con una cobertura universal de salud en materia oncológica para todos los tipos de cáncer, recibiendo de manera prioritaria y gratuita atención de prevención y tratamiento integral de calidad.

Si el beneficiario no contara con seguro social (EsSalud) o privado, o la cobertura de este resultase insuficiente será afiliado de manera inmediata al Seguro Integral de Salud, presentando como único requisito su documento nacional de identidad (DNI).

Si el beneficiario paciente oncológico que encontrándose en tratamiento haya cumplido los dieciocho (18) años, continuará con cobertura universal e integral de salud hasta la finalización de su tratamiento.”

«Artículo 6: Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) públicas o privadas, otorgan un subsidio económico equivalente a dos remuneraciones

mínimas vitales (RMV) al trabajador por familia que tenga un niño o adolescente menor de 18 años que sea diagnosticado de cáncer, durante el tiempo que dure el tratamiento hospitalario a partir de confirmado padecimiento de dicho mal debidamente certificado por médico especialista».

Lo cual es complementado con la Ley N° 30012, que en su art. 2 establece:

«De manera excepcional y única se otorga licencia con goce de haber por el período no mayor a un año y de acuerdo con las necesidades del trabajador cuyo hijo, niño o adolescente menor de 18 años sea diagnosticado por el médico especialista, el cual deberá ser cubierto los primeros veintiún (21) días por el empleador y el tiempo restante por EsSalud».

Este escenario analiza la incorporación de las siguientes prestaciones:

- Atención integral a los derechohabientes, pacientes oncológicos que encontrándose en tratamiento hayan cumplido los 18 años hasta la finalización de su tratamiento.
- Un subsidio oncológico económico, equivalente a dos remuneraciones mínimas vitales (RMV) al trabajador por familia que tenga un niño adolescente menor de 18 años que sea diagnosticado de cáncer durante el tiempo que dure el tratamiento hospitalario.
- Una licencia con goce de haber por un periodo no mayor a un año, al trabajador cuyo hijo, niño o adolescente menor de 18 años, sea diagnosticado de cáncer, que será cubierto los primeros 21 días por el empleador y el tiempo restante por EsSalud.

d) Conceder el derecho de licencia con goce de haber a trabajadores con familiares directos que se encuentran con enfermedades en estado grave o terminal o sufran accidentes graves.

en los resultados del ejercicio, resultados acumulados y la Reserva Legal. Al comparar los resultados de este escenario con el escenario base se aprecia una tendencia similar. La incorporación de las prestaciones adicionales se traduce en un gasto adicional promedio del 0,06 por ciento. Este gasto adicional incrementa ligeramente el déficit financiero en el escenario alternativo.

Este escenario tiene como objetivo evaluar el impacto del gasto adicional²¹ de la cobertura bajo la Ley N° 31041

► Gráfico 105 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. escenario 4



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En el Gráfico 106 se expone la proyección de los resultados del ejercicio, resultados acumulados y reserva legal para el escenario 4. Como se observa en el gráfico, la situación financiera de este escenario no difiere mucho de la del escenario base. Así, los resultados acumulados van disminuyendo para cubrir los déficits y las transferencias a la reserva legal, hasta

llegar a cero en el 2024, igual que en el escenario base. A partir del 2024, dado que los recursos disponibles en los resultados acumulados se agotan, existiría una necesidad de utilizar los recursos de la reserva legal para cubrir los déficits anuales. Es por eso que la reserva legal empezaría a disminuir hasta agotarse en el 2026.

► Gráfico 106 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del escenario 4



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

²¹ Tomado directamente del estudio de EsSalud «Estudio actuarial sobre los niños con cáncer. Impacto financiero por la Ley 31041»

6.5 Escenario 5: impacto de la eliminación de las reglas de acreditación para prestaciones de maternidad y extensión del periodo de la prestación económica de maternidad

Este escenario tiene como objetivo evaluar el impacto de tres escenarios alternativos en el marco de las prestaciones de maternidad y lactancia, con el fin de evaluar el impacto financiero de los mismos. Este escenario se divide en tres subescenarios que son los siguientes:

- Subescenario 5.1: impacto de la implementación de la Ley N° 31469, en la que se elimina el periodo de carencia para recibir prestaciones asistenciales de maternidad y las prestaciones económicas de maternidad y lactancia. Impacto sobre la inversión adicional generada.
- Subescenario 5.2: impacto de la extensión de la duración de la prestación económica de maternidad de 14 semanas (98 días) a 20 semanas (140 días). Impacto sobre la inversión adicional generada.
- Subescenario 5.3: impacto simultáneo de los dos subescenarios de maternidad.

La «Nota técnica: ampliación de la cobertura de maternidad en el Perú. Impacto financiero de la implementación de la Ley N°31469 y de la extensión de la prestación de maternidad a 20 semanas en EsSalud» complementa esta sección y las conclusiones y recomendaciones descritas en el siguiente capítulo.

Subescenario 5.1: impacto de la implementación de la Ley N° 31469, en la que se elimina el periodo de carencia para recibir prestaciones asistenciales de maternidad y las prestaciones económicas de maternidad y lactancia. Impacto sobre la inversión adicional generada

Mediante la promulgación de Ley N° 31469, se ha producido una reforma legislativa que modifica el artículo 10 de la Ley N° 26790. Esto genera una ampliación de la cobertura al eliminar el periodo de carencia y otorgar una cobertura inmediata. Más concretamente, en el artículo 10 de la Ley N°

26790 se introdujo el texto: «En caso la afiliada o la derechohabiente se encuentre en estado de gestación, el derecho a la cobertura se otorgará de forma inmediata desde la afiliación».

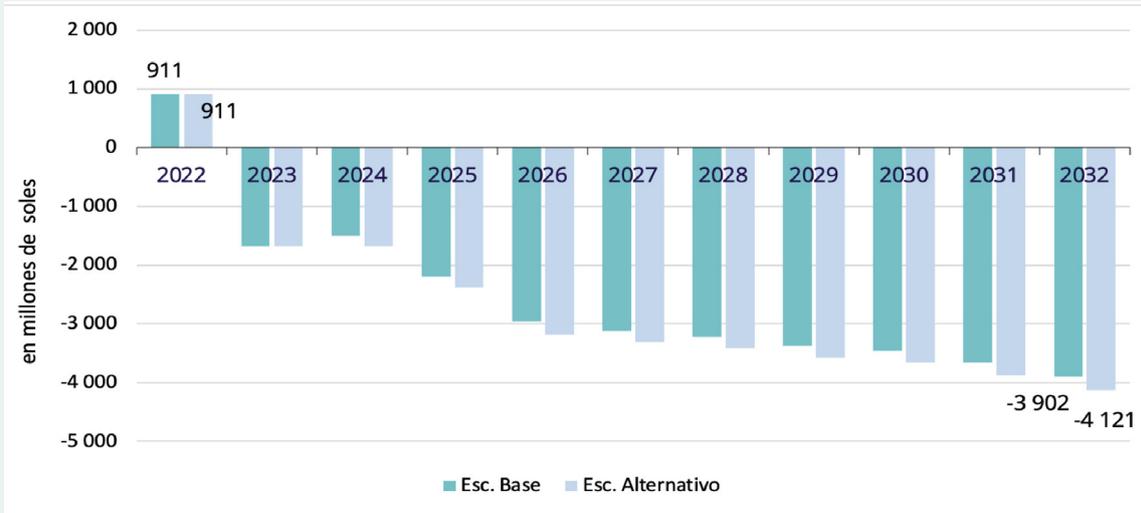
Este subescenario tiene como objetivo evaluar el impacto de la implementación de la Ley N° 31469. Dicha implementación tiene impacto sobre las prestaciones médicas relacionadas con la maternidad y sobre las prestaciones económicas de maternidad y lactancia.

Es importante aclarar que este escenario evalúa el impacto al pasar de un periodo de carencia de tres meses continuos de cotización (o cuatro meses discontinuos durante los últimos seis meses), a solamente un mes de cotización, teniendo en cuenta el número de cotizantes actuales. Un posible aumento del número de cotizantes, que pueda darse como consecuencia del relajamiento de los requisitos de cobertura y que pueda crear incentivos para que las mujeres gestantes con necesidades médicas inmediatas pasen a estar aseguradas desde el primer mes de cotización, no ha sido analizado en este escenario.

Este fenómeno es muy difícil de capturar cuantitativamente por falta de datos. Por eso se debe de tener en cuenta que el impacto que esta medida tiene en la situación financiera podría ser aún mayor que el impacto que se ha podido calcular en este estudio. No obstante, hay que considerar también que, si hay un gran número de mujeres que considera que recibió un buen servicio, es probable que incentive a otras trabajadoras y trabajadores a afiliarse y a mantenerse afiliados, y que no sea solamente una afiliación selectiva.

El Gráfico 107 presenta la proyección anual durante el periodo 2022-2032 del resultado del ejercicio para el escenario base, comparado con los resultados del ejercicio proyectados del escenario 5.1, que incorpora el impacto de la Ley N° 31469. Se observa que, en concordancia con lo expuesto anteriormente sobre el incremento de la inversión de las prestaciones asistenciales y económicas (un 0,8 por ciento en promedio), los resultados de este escenario con el escenario base, se aprecia una tendencia similar con déficits ligeramente superiores.

► Gráfico 107 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 5.1



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En el Gráfico 108 se expone la proyección de los resultados del ejercicio, resultados acumulados y reserva legal para el subescenario 5.1. Los resultados acumulados van disminuyendo para cubrir los déficits y las transferencias a la reserva legal hasta llegar a cero en el 2024. Por lo tanto, a partir del 2024, dado que los recursos disponibles en los resultados acumulados se agotan, existiría una necesidad de utilizar los recursos de la reserva legal para cubrir los déficits anuales. Es por eso que la reserva legal empezaría a disminuir y se agotaría en el 2026. A partir de ese año

no existirían recursos, ni en los resultados acumulados ni en la reserva legal, para afrontar los déficits anuales. Aunque la implementación de la Ley N° 31469 acelere el debilitamiento financiero del régimen, esta consecuencia está situada en un contexto en el que la situación financiera es frágil de por sí. En este contexto, cualquier programa va a aumentar la inversión requerida, y acelera un proceso de déficit que de todas maneras va a suceder sin que sea un aspecto negativo de la medida a implementar, sino que es un problema del régimen en general.

► Gráfico 108 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 5.1



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En este subescenario, el incremento de gastos en las prestaciones económicas tiene mayor impacto que el incremento de gastos en las prestaciones asistenciales. Así, en el caso en el que esta ley se aplicara solamente para las prestaciones asistenciales, los resultados

acumulados se agotarían un año después, en el 2025, de la misma manera que si la ley se aplicara solamente a la cobertura de las prestaciones económicas, los resultados acumulados se agotarían el 2025.

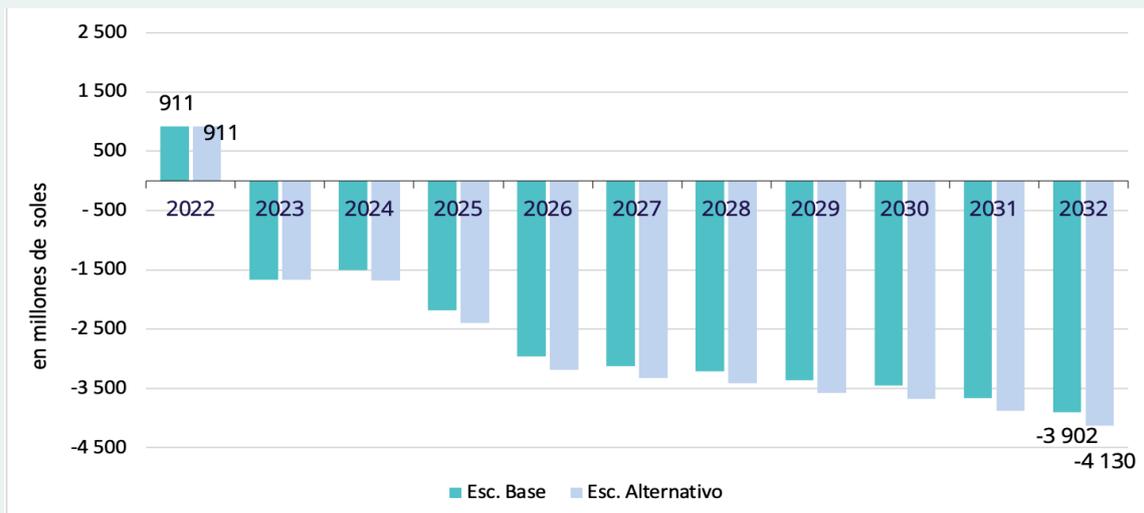
Subescenario 5.2: impacto de la extensión de la duración de la prestación económica de maternidad de 14 semanas (98 días) a 20 semanas (140 días). Impacto sobre la inversión adicional generada

En este subescenario fue analizado el impacto consistente en la ampliación de la prestación económica de maternidad de 14 a 20 semanas.

El Gráfico 109 presenta la proyección anual durante el periodo 2022-2032, del resultado del ejercicio para

el escenario base, comparado con los resultados del ejercicio proyectados del escenario 5.2, que incorpora el impacto de la ampliación de la prestación económica de maternidad a 20 semanas. Se observa que, en concordancia con lo expuesto precedentemente sobre el incremento de la inversión en prestaciones (se incrementan en un 0,9 por ciento en promedio), genera mayores déficits comparado al escenario base. Específicamente, se parte en el 2022 con 911 millones de soles, y decrece hasta -4 130 millones de soles en 2032.

▶ Gráfico 109 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 5.2



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

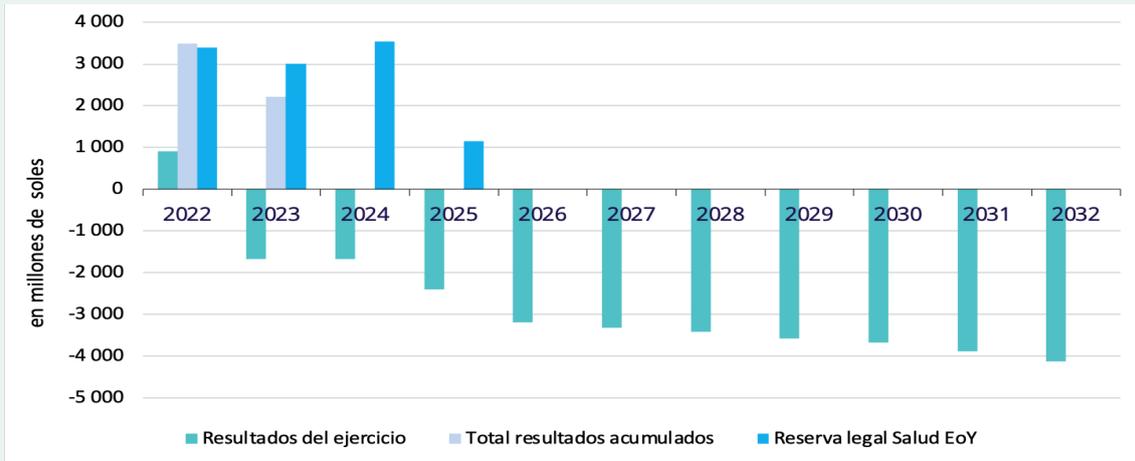
En el Gráfico 110 se expone la proyección de los resultados del ejercicio, resultados acumulados y reserva legal para el subescenario 5.2. Los resultados acumulados van disminuyendo para cubrir los déficits y las transferencias a la reserva legal hasta llegar a cero en el 2024.

Por lo tanto, a partir del 2024, dado que los recursos disponibles en los resultados acumulados se agotan, a partir de ese momento existiría una necesidad de utilizar los recursos de la reserva legal para cubrir los déficits anuales. Es por eso que la reserva legal empezaría a disminuir para agotarse en el 2026.

A pesar del frágil contexto financiero de base que habría que solucionar para poder adoptar esta medida de una manera sostenible, se tienen que considerar los beneficios positivos de esta medida para las mujeres, los hijos y la sociedad en su conjunto. Aumentar la licencia de maternidad remunerada se traduce en mayor empleo, una mejor recuperación de las mujeres tras el parto, al no sentir que tienen que regresar a trabajar inmediatamente después del mismo, y una mejor situación familiar que también mejora la salud y el desarrollo de los niños, así como como mejoras en la igualdad de género²².

²² «Los cuidados en el trabajo: Invertir en licencias y servicios de cuidados para una mayor igualdad en el mundo del trabajo». OIT, 2022.

► Gráfico 110 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 5.2



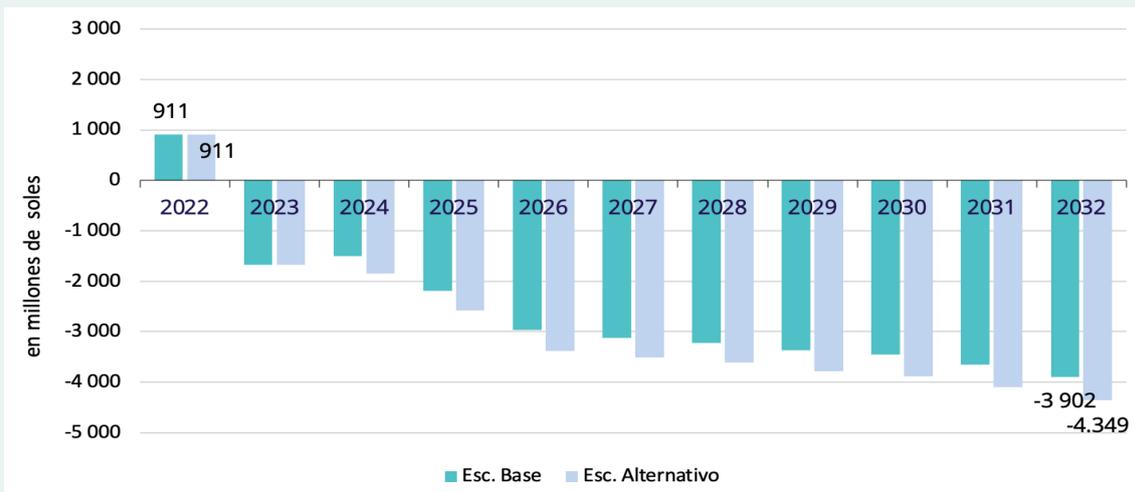
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

Subescenario 5.3: impacto simultáneo de los dos escenarios de maternidad

En este subescenario fue analizado el impacto de los dos subescenarios anteriores en simultáneo, el impacto de la eliminación de las reglas de acreditación para prestaciones de maternidad y la ampliación de la prestación económica de maternidad de 14 a 20 semanas. El Gráfico 111 presenta la proyección anual durante el periodo 2022-2032 del resultado del ejercicio para el escenario base, comparado con los resultados del ejercicio proyectados del subescenario 5.3.

Se observa que, en concordancia con lo expuesto precedentemente sobre el incremento de la inversión en prestaciones (se incrementan en un 1,72 por ciento en promedio), ambos escenarios tienen comportamientos similares. En el subescenario 5.3 se generan déficits superiores al escenario base a partir del 2024. Específicamente se parte en el 2022 con 911 millones de soles y decrece hasta -4 349 millones de soles en 2032.

► Gráfico 111 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 5.3



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En el Gráfico 112 se expone la proyección de los resultados del ejercicio, resultados acumulados y reserva legal para el subescenario 5.3. Se observa que los resultados acumulados van disminuyendo para cubrir los déficits y las transferencias a la reserva legal hasta llegar a ser negativo en el 2024.

Por lo tanto, a partir del 2024, dado que los recursos disponibles en los resultados acumulados se agotan, existiría una necesidad de utilizar los recursos de la reserva legal para cubrir los déficits anuales. Es por eso que la reserva legal empezaría a disminuir y se agotaría en el 2026.

▶ Gráfico 112 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 5.3



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

6.6 Escenario 6: impacto del incremento del subsidio por lactancia y sepelio

El régimen de EsSalud otorga actualmente subsidios por lactancia y sepelio. El subsidio por lactancia consiste en un beneficio económico otorgado a las madres de familia para contribuir al cuidado del menor recién nacido. El subsidio por sepelio consiste en una asistencia económica para afrontar los gastos de sepelio del afiliado titular. Bajo este escenario, se analizó el impacto de incrementar los montos de los subsidios, así como el impacto de que estos montos sean actualizados anualmente.

Actualmente, el subsidio de sepelio consiste en un pago único de una suma de hasta 2 070 soles a la

persona que cubre los costos del funeral; hasta 1 000 soles si el fallecido tenía las prestaciones médicas cubiertas por el seguro voluntario. El beneficio no se puede combinar con la asignación de funeral o el subsidio de sepelio pagado por el régimen de vejez, invalidez y sobrevivientes, y no se paga si la muerte es el resultado de un accidente de trabajo. El subsidio por lactancia es un pago único de 820 soles por cada hijo elegible.

Adicionalmente, se realizó un relevamiento para conocer si se está brindando algún subsidio por sepelio en los países de la región. A continuación, se presenta un cuadro comparativo que muestra los subsidios por sepelio en los diferentes países, estandarizando los montos en dólares americanos y acompañando de algunas observaciones sobre su implementación.

| País | Beneficio | Subsidio en US\$ hasta ²³ | Observaciones |
|-----------|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| Perú | Subsidio por sepelio | 572,93 | Monto que se otorga al beneficiario de la prestación por sepelio que acredite haber efectuado gastos funerarios por muerte de un asegurado regular titular sea activo o pensionista. Por un máximo de S/ 2,070.00. |
| España | Auxilio por defunción | 43,46 | Requerimiento: ser pensionista de jubilación o incapacidad permanente de nivel contributivo. |
| Argentina | Subsidio de contención familiar | 62,68 | Reintegro de gastos de sepelio para familiar directo con derecho a pensión o heredera/o de una persona fallecida titular de una prestación previsional |
| Bolivia | Subsidio de sepelio | 323,28 | Pago único equivalente a un salario mínimo nacional por el fallecimiento de cada hijo menor de 19 años |

²³ Cotización del US\$ al 31.05.2023

| | | | |
|----------|---|----------|--|
| Chile | Asignación por muerte | 986,20 | Ingreso mínimo mensual para efectos no remunerativo CH\$ 264.282 |
| Uruguay | Subsidio por expensas funerarias y gastos complementarios | 1 414,37 | Valor tope de subsidio: UY\$36 584 + valor tope de gastos complementarios (pueden incluir tres servicios: sala velatorio, traslado del cuerpo a cementerio municipal y tasa de inhumación) hasta suma límite de UY\$ 18 292 |
| Colombia | Auxilio funerario | 263,12 | Auxilio funerario equivale al último salario cotizado por el trabajador. Ejemplo: base de salario mínimo |
| Ecuador | Auxilio de funerales | 1 406,67 | Los rubros que cubre la prestación de auxilio de funerales deberán considerar el tarifario único con valores máximos referenciales establecidos en la factura original: Cofre mortuario hasta US\$ 600,84 Servicio de velación hasta US\$ 400,56 Servicio de carroza hasta US\$ 500,70 Servicio religioso hasta US\$100,00 Servicio de cremación o inhumación hasta US\$ 100,14 Servicio virtual: hasta 80,11 dólares Nicho, columbario o cenizario hasta US\$ 1 359,63 |
| México | Ayuda para gastos de funeral | 355,51 | Ayuda para gastos de funeral equivalente a 60 días de salario mínimo general vigente en Ciudad de México en la fecha del fallecimiento. DOS (2) salarios mínimos |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

El monto del subsidio por sepelio en Perú se encuentra en un punto intermedio entre los valores más bajos (España, Argentina e incluso Colombia) y los valores más elevados (Ecuador y Uruguay).

A diferencia del subsidio de sepelio, el subsidio de lactancia es otorgado por pocos países. En Venezuela, República Dominicana y Brasil es un subsidio monetario, mientras que en Bolivia y México se entrega en especies. Específicamente en Venezuela y Brasil es un monto fijo, y en República Dominicana varía según el salario de las trabajadoras. La duración del subsidio de lactancia también varía entre países, siendo desde seis meses hasta el año.

Como se mencionó anteriormente, este escenario tiene como objetivo evaluar el impacto financiero de incrementar el monto de los subsidios de lactancia y sepelio, así como el impacto de que estos montos sean actualizados anualmente.

Este escenario se divide en dos subescenarios que son:

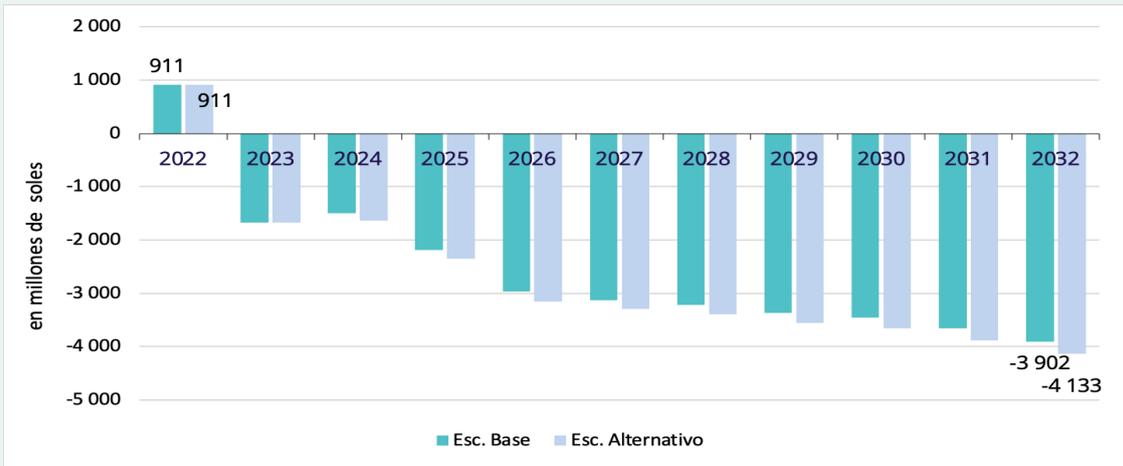
- Subescenario 6.1: propuesta de incremento del subsidio de lactancia y de sepelio en un 50 por ciento en el 2023²⁴ y aumento con la inflación general a partir del 2024.
- Subescenario 6.2: propuesta de incremento del subsidio de lactancia y de sepelio en un 100 por ciento (se dobla el monto) en el 2023 y aumento con la inflación general a partir del 2024.

Subescenario 6.1: impacto del incremento del subsidio de lactancia y de sepelio en un 50 por ciento en el 2023 y aumento con la inflación general a partir del 2024.

En el Gráfico 113 se comparan los resultados de los ejercicios proyectados del escenario base con el subescenario 6.1, que incorpora el impacto de incremento del subsidio de lactancia y de sepelio en un 50 por ciento en el 2023 y el aumento con la inflación general a partir del 2024. Se observa que tienen comportamientos similares hasta el 2023 y a partir del 2024 el escenario alternativo presenta mayores déficits. Específicamente se parte en el 2022 con 911 soles millones y decrece hasta 4 133 millones de soles en 2032.

²⁴ Aunque el aumento sea en 2023, se ha considerado el impacto de que estas medidas se implementen a partir del 2024.

▶ Gráfico 113 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. subescenario 6.1



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En el Gráfico 114 se expone la proyección de los resultados del ejercicio, acumulados y reserva legal para el subescenario 6.1. Los resultados acumulados van disminuyendo para cubrir los déficits y las transferencias a la reserva legal, hasta llegar a ser negativo en el 2024. Por lo tanto, a partir del 2024,

dado que los recursos disponibles en los resultados acumulados se agotan, existiría la necesidad de utilizar los recursos de la reserva legal para cubrir los déficits anuales. Es por eso que la reserva legal empezaría a disminuir y serían agotados en el 2026.

▶ Gráfico 114 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 6.1



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

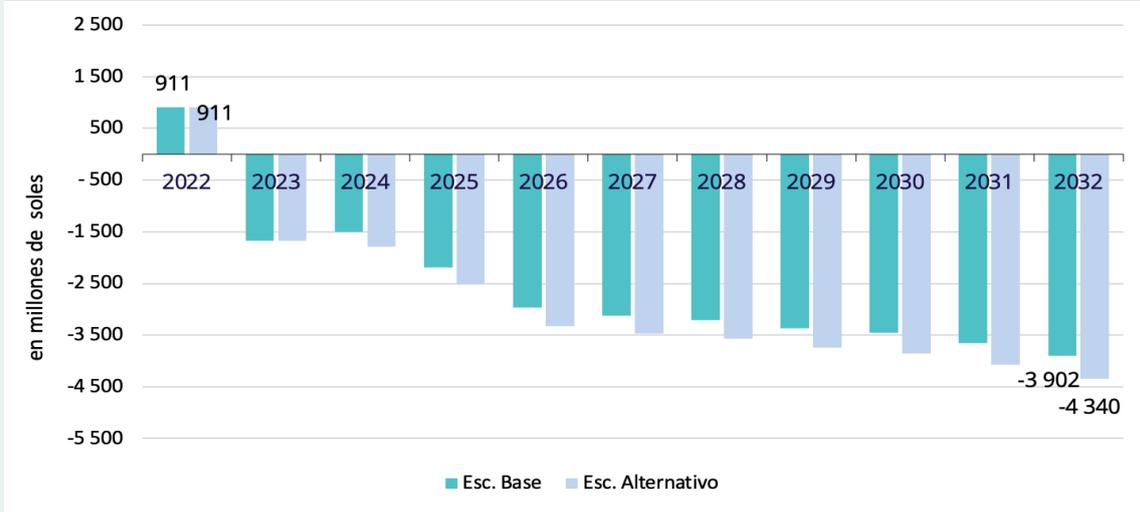
El impacto de incrementar solamente el subsidio de lactancia o de sepelio es por supuesto menor. El impacto de incrementar el subsidio de sepelio únicamente es ligeramente mayor que el impacto de aumentar el subsidio de lactancia solamente. El impacto de aumentar solo uno de los dos subsidios se traduciría en que el resultado acumulado se agotaría en el 2024. Por otro lado, el impacto de no actualizar la inflación a partir de 2024, se traduce también en que el resultado acumulado se agotaría en el mismo año que si se actualizara, es decir, se agotaría en el 2024.

Subescenario 6.2: impacto del incremento del subsidio de lactancia y de sepelio en un 100 por ciento en el 2023 y aumento con la inflación general a partir del 2024.

En el Gráfico 115 se comparan los resultados de los ejercicios proyectados del escenario base con el subescenario 6.2, que incorpora el impacto de incremento del subsidio de lactancia y de sepelio en un 100 por ciento (se dobla el monto) en el 2023 y aumenta con la inflación general a partir del 2024. Se observa

que hasta 2023, ambos escenarios tienen comportamientos similares, y a partir del 2024 los déficits del escenario alternativo son superiores. Específicamente se parte en el año 2022 con 911 millones de soles que decrecen hasta -4 340 millones de soles en 2032.

► **Gráfico 115 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. Subescenario 6.2**

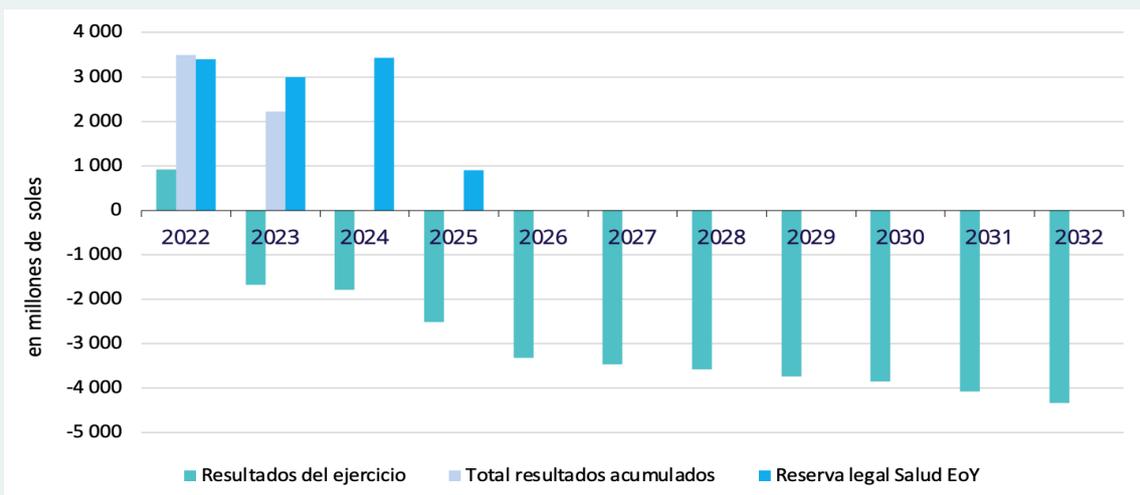


Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

En el Gráfico 116 se expone la proyección de los resultados del ejercicio, resultados acumulados y la reserva legal para el subescenario 6.2. Los resultados acumulados van disminuyendo para cubrir los déficits y las transferencias a la reserva legal, hasta llegar a cero en el 2024. Por lo tanto, a partir del 2024, dado que

los recursos disponibles en los resultados acumulados se agotan, existiría la necesidad de utilizar los recursos de la reserva legal para cubrir los déficits anuales. Es por eso que la reserva legal empezaría a disminuir y se agotaría en el 2026.

► **Gráfico 116 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas del subescenario 6.2**



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

El impacto de incrementar solamente el subsidio de lactancia o de sepelio, es de nuevo menor. No obstante, aumentar solo uno de los dos subsidios también tendría como resultado un agotamiento del resultado

acumulado el mismo año, igual a si se aumentan ambos al mismo tiempo, es decir, el año 2024. Igualmente, el resultado acumulado se agotaría también el 2024 si los montos no se actualizan a la inflación a partir de 2024.

6.7 Escenario 7: impacto de la aplicación de varias medidas simultáneamente

Así como se planteó al inicio de esta sección, se consideraron siete escenarios alternativos. Los primeros tienen como objetivo evaluar el ingreso adicional que se generaría bajo ciertas modificaciones del régimen, y los siguientes cuatro evalúan la pérdida de ingresos o el aumento de los gastos generados por la ampliación o mejora de ciertas prestaciones ofrecidas por EsSalud.

En este escenario se analiza el impacto de las siguientes medidas simultáneamente:

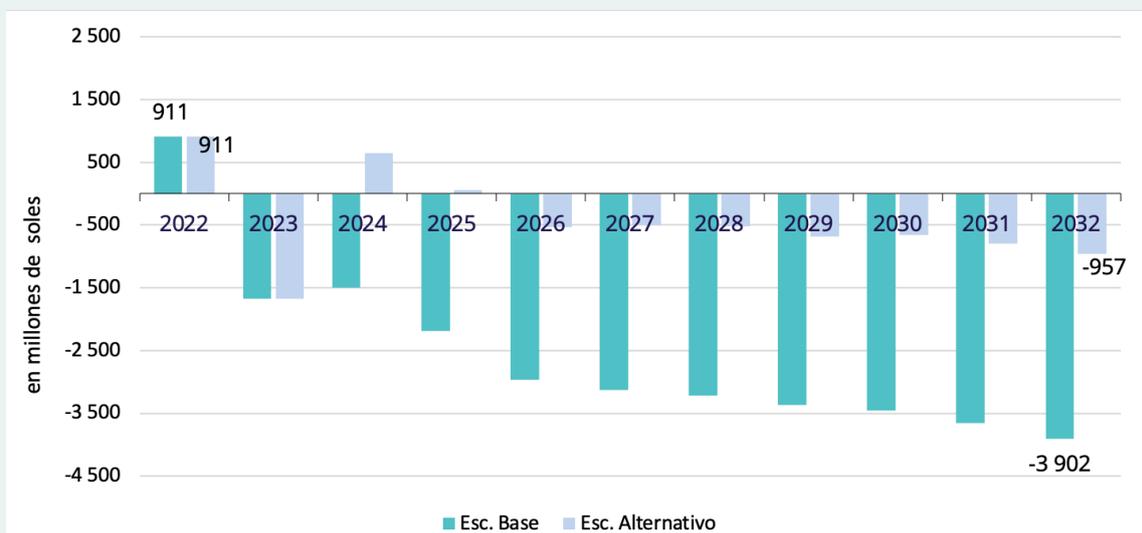
1. Restablecimiento de cotización sobre aguinaldo y gratificaciones, cotización de 12 a 14 meses.
2. Estandarización contributiva, es decir, la no existencia de topes contributivos para CAS, MINEDU y MINSAs;
3. Establecimiento de una base mínima contributiva a todos los pensionistas (SPP y pensión proporcional) y cese de transferencias de carácter previsional a la ONP.
4. Impacto del crédito por EPS, considerando una proporción de 30 por ciento de la prima transferida a las EPS para los asegurados en ese régimen, y un 70 por ciento de la prima a EsSalud.

5. Impacto de la Ley N° 31041.
6. Impacto de la eliminación de las reglas de acreditación para prestaciones de maternidad y extensión del periodo de la prestación económica de maternidad.
7. Impacto del incremento del subsidio por lactancia y sepelio, considerando un aumento del 100 por ciento.

Este escenario solo representa un ejemplo teórico de una estrategia integral, en la que se muestran medidas que eventualmente podrían mejorar la sostenibilidad financiera y las prestaciones ofrecidas por EsSalud.

En el Gráfico 117 se compara el resultado del ejercicio de este escenario alternativo a partir de varias medidas simultáneas, con el escenario base. Se observa que durante 2024 y 2025 existe cambio de tendencia con superávits, en contraposición a lo que ocurre con el escenario base que presenta déficits. A mediano plazo, a partir del 2026, el escenario alternativo ya presenta déficits, pero en valores muy inferiores al escenario base. El superávit inicia con 911 millones de soles en el 2022, se convierte en déficit en el 2023, y vuelve a ser superavitario en el 2024, para luego disminuir y presentar una tendencia de resultados negativos con déficits hasta alcanzar los -957 soles en el 2032.

▶ Gráfico 117 - Comparativo proyección de resultado del ejercicio: escenario base vs. varias medidas simultáneamente



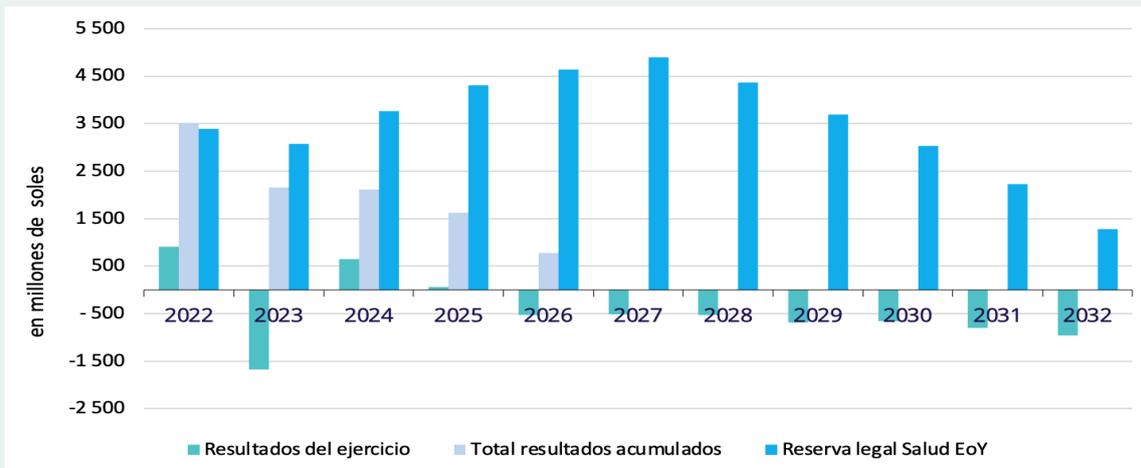
Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

El Gráfico 118 permite observar la proyección de los resultados del ejercicio, resultados acumulados y reserva legal para el escenario que considera el impacto de varias medidas simultáneamente. Los ingresos extra de este escenario, 14,2 por ciento en promedio, permiten que el régimen se encuentre con superávits durante 2022, 2024 y 2025.

Los resultados acumulados aumentan, lo que permite acumular recursos suficientes para seguir manteniendo la reserva legal al nivel del 30 por ciento de los gastos en prestaciones del ejercicio anterior hasta el 2028.

La reserva legal inicia con 3 395 millones de soles, hasta alcanzar su máximo en el 2027 con 4 893 millones de soles, y finalizar la proyección con 1 273 millones de soles en el 2032.

► Gráfico 118 - Proyección de resultados del ejercicio, resultados acumulados y reservas de varias medidas simultáneamente



Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

6.8 Impacto de la pandemia sobre el incremento de oferta asistencial 2020-2021 (camas, equipamiento, personal, villas y la caracterización de los asegurados)

Este estudio actuarial recibió una solicitud para incorporar un escenario en el que se evaluara el impacto de la pandemia sobre el incremento de la oferta asistencial 2020-2021. No obstante, la inclusión de tal escenario no es posible por las siguientes razones. La primera es porque el impacto de la pandemia ya está

implícitamente incluido en los resultados de proyección del escenario base, es decir, las tasas de frecuencia estimadas para el periodo de proyección, así como el costo unitario de los servicios ya incluyen el impacto de la pandemia en la utilización y gasto de los servicios médicos, por lo tanto, un escenario separado del escenario base no aportaría ningún valor añadido. Y la segunda es porque no es posible construir frecuencias de utilización separadas para cada uno de los servicios médicos en caso de tratamiento por la COVID-19 y en casos de tratamientos fuera de la COVID-19, para poder observar los gastos generados por origen de enfermedad.

▶ 7. Conclusiones y recomendaciones

En esta sección se presentan las principales conclusiones y recomendaciones. Se inicia con un breve comentario sobre el entorno macro, los efectos de la COVID-19 y los retos de la estructura demográfica, para luego exponer la situación sobre la cobertura y utilización de los servicios. Se finaliza con la exposición de los principales resultados de los distintos escenarios analizados, tanto del escenario base como de los escenarios alternativos.

Entorno macro fluctuante, impacto de la COVID-19 y retos de la estructura demográfica

El Producto Interno Bruto (PIB) de Perú mantiene una tendencia creciente desde 2012 hasta 2021. En el 2020 tuvo una leve caída debido a los efectos de la COVID-19, sin embargo, se recuperó en el 2021. Con relación a la inflación, se observa que mantiene valores menores al 4 por ciento hasta el 2021.

En la presente valuación actuarial se tuvo en cuenta el incremento de la inflación observado durante 2022, hasta llegar a valores de hasta 7,5 por ciento, para empezar a estabilizarse a partir del 2023, con valores de 4,4 por ciento.

La variabilidad de la inflación afecta el crecimiento salarial y la inflación médica, que durante los primeros años de la proyección han contribuido a un crecimiento más acelerado de los ingresos por una parte y de los gastos por otra. Se espera que la inflación se encamine en torno al 2 por ciento para el 2025, y así se establezca la velocidad de crecimiento de los ingresos y gastos del seguro.

La tasa de crecimiento poblacional ha venido descendiendo desde un 2,53 por ciento en 1980 a un 1,25 por ciento en el 2021, tendencia que se mantendrá sostenida dada la disminución de la tasa global de fecundidad, que pasó de 5 hijos por mujer en 1980 a 2,2 hijos en 2021.

Además, el aumento observado de la esperanza de vida muestra una población cada vez más envejecida que irá demandando servicios de salud con mayor intensidad y más costosos. Las personas adultas mayores tienen un peso en la estructura de beneficiarios del seguro, que es mayor a la proporción que esta categoría demográfica tiene en la población global, en parte como consecuencia de las implicaciones de la Ley N° 30478. El grupo de edad con mayor tasa de crecimiento es el grupo de los mayores de 65 años con un crecimiento del 50,64 por ciento entre 2022 y 2032. También se observa que la participación del grupo 65+ en la población asegurada pasa en el 2022 de un 11,55 por ciento a un 14,14 por ciento en 2032.

La expectativa de una población asegurada cada vez más envejecida se posiciona como una contingencia para el incremento de los gastos. Para poder anticiparse a los efectos del envejecimiento poblacional en la organización de los servicios, el paquete de beneficios y el nivel de financiamiento de EsSalud, se recomienda desarrollar proyecciones de demanda más específicas para cada uno de los servicios médicos brindados a esta población. Además, se debe considerar la elaboración de un análisis de la capacidad de la oferta a dicho grupo bajo diferentes escenarios de crecimiento de la demanda.

Cobertura

La cobertura actual se viene incrementando en forma sostenida. Ha pasado del 33,6 por ciento, representando el porcentaje de asegurados respecto de la población total en el 2012, al 36,7 por ciento en el 2022. La cobertura estuvo estancada entre 2019 y 2021 debido a la COVID-19. Sin embargo, en 2022 la cobertura experimentó un incremento del 7,3 por ciento en tan solo un año. Este aumento de cobertura incrementó de manera importante las cotizaciones durante 2022 y también en 2023, ya que la gran parte de los nuevos cotizantes que entraron a lo largo del 2022, ya se encontraron dentro del régimen incrementando los ingresos potenciales durante el 2023.

No obstante lo anterior, cabe destacar que dentro de esta población cubierta todavía existen grupos que ingresan con condiciones más favorables y que no se justifican. A continuación, dos ejemplos de ello:

- En estudios anteriores se recomendó revisar el Seguro de Salud Agrario, ya que existía evidencia de que había empresas y trabajadores en este sector que no estaban en situación vulnerable, que podrían estar beneficiando de la tasa de cotización preferencial de la cual gozaba este sector. En apego a estas recomendaciones, y luego de analizar la situación, EsSalud promovió la sanción del Decreto de Urgencia N° 043 del 2019 y, posteriormente, de la Ley N° 31110 del 2020, con las cuales se dispuso que los actuales beneficiarios de este seguro adopten gradualmente las condiciones de cotización vigentes para el resto de los asegurados.
- Los grupos CAS, MINEDU y MINSa tienen topes de cotización que reducen su aportación significativamente. A pesar de ello, reciben prácticamente los mismos beneficios que el resto de los trabajadores que sí cotizan sobre el salario completo, lo cual es discriminatorio y contraría varios principios de la seguridad social, el de equidad y el de sostenibilidad, entre otros.

En materia de cobertura, algunas recomendaciones adicionales son las siguientes:

- Las medidas de gestión que mejorarían la situación financiera de EsSalud se relacionan con el incremento de la cobertura, la mejora en los diferentes servicios del Seguro de Salud y la eficiencia de los gastos administrativos, entre otras acciones. En línea con lo anterior, es recomendable unir esfuerzos para promover medidas de ampliación de la cobertura para los trabajadores de la economía informal con capacidad contributiva, y de forma colectiva, como, por ejemplo, a través de la cobertura colectiva de asociaciones o cooperativas. La cobertura actual de forma voluntaria e individual puede generar una selección adversa en la que solo se tengan incentivos para estar asegurado en caso de necesidad. Para tal fin, como ya se mencionó en los informes actuariales del 2015 y del 2018, deben adoptarse mecanismos no tradicionales que atraigan a dicho sector laboral y los obligue a contribuir.
- Con el objeto de incrementar la cobertura de EsSalud con respecto a la PEA (en 2022 representaba un 30,4 por ciento²⁵), se recomienda adoptar mecanismos innovadores, no tradicionales, para incorporar de manera obligatoria a los 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 semicontributivas, en la que se suelen establecer niveles de subsidio inversamente proporcionales al ingreso del trabajador.

Utilización de servicios

No existe una tendencia común en materia de utilización de servicios de salud. En los pasados años, los patrones de uso muestran direcciones que muchas veces se contraponen. Así, por ejemplo, las tasas en hospitalización y partos por asegurado han tendido a caer; las tasas en consultas médicas, cirugías y trasplantes de órganos se han mantenido bastante estables entre el 2012 y el 2019²⁶; en tanto emergencias y diálisis han crecido de manera importante durante los últimos años y hasta 2019. En el caso de emergencias, el crecimiento tan acelerado podría denotar un problema más que un buen desempeño en el acceso. La experiencia internacional indica que, si los sistemas de atención primaria son deficientes o de poco alcance, el usuario suele encontrar en emergencias el servicio que precisa para resolver su situación de salud. En ese sentido, el indicador en mención es una alerta para mejorar el diseño de la red y la cobertura del primer nivel de atención.

Dado que a partir del 2022 e inicios del 2023 se observa una recuperación hacia los niveles de utilización de antes de la COVID-19, las hipótesis sobre la utilización previstas durante el periodo de proyección, a partir del 2023 y 2024, siguen los patrones observados antes de la pandemia. La utilización observada durante la pandemia se considera excepcional y no una tendencia que se vaya a prolongar durante el periodo de proyección. De esta manera, los patrones que se venían observando hasta el 2019, que cayeron durante la pandemia, se recuperan gradualmente durante los primeros años del periodo de proyección, para seguir una evolución esperada en un contexto de vuelta a la normalidad.

Durante el periodo de proyección se considera que la tasa de emergencias disminuirá dado que la tasa de consultas aumenta, lo que compensa la disminución y refleja un mejor desempeño en el acceso.

Por otra parte, la tasa en hospitalizaciones tenderá a aumentar hasta 2026, gracias a la construcción de los nuevos hospitales, y a la hipótesis de que el nivel de utilización estará en situación de saturación dada la fuerte demanda. De no modificarse sustancialmente la operación de la red, a partir del 2026 se proyectan descensos en las tasas de hospitalizaciones. Los partos también tenderán a disminuir dada la disminución de la tasa de fertilidad. Finalmente, los partos y cirugías se mantendrán estables.

Proyecciones financieras: debilitamiento a corto plazo y una situación de extrema debilidad a medio plazo en un escenario sin cambios

Los pasados cinco años (2017-2021) se observó la existencia persistente de un déficit anual debido a que los gastos superaron los ingresos anuales. Este déficit tuvo un impacto en los resultados acumulados, excepto en el 2020, en el que se inyectó una suma importante en los resultados acumulados. Así, en el 2020 se observó una disminución del 2,2 por ciento de los ingresos por cotizaciones, seguramente explicado por las consecuencias sobre la economía de la COVID-19. No obstante, los ingresos por cotizaciones se recuperaron en el 2021, y siguieron aumentando durante 2022 y 2023, gracias a la entrada de un número importante de cotizantes al régimen, lo que contribuyó en buena medida a que se generara un superávit de 911 millones de soles durante el 2022.

Solo para el 2022 se proyecta un escenario donde los ingresos son superiores a los gastos, es decir, se observa un superávit. La situación se revertirá en el 2023, y generará déficits anuales crecientes hasta el final de la proyección.

²⁵ El 30,4 por ciento representa el cociente entre el número de asalariados cotizantes y la PEA. No se tiene en cuenta el número de pensionistas cotizantes.

²⁶ Con excepción de un incremento en 2019 de las tasas en consulta médica.

No se han adoptado las recomendaciones con mayor impacto financiero, documentadas en las valuaciones anteriores (2015 y 2018), también realizadas por la OIT. Esto ha resultado en una continuación del debilitamiento financiero de la institución, que ha impedido que los ingresos aumenten. El gasto se ha incrementado en forma sostenida. Aunque hubo un resultado superavitario en el 2022, se prevé en el escenario base que haya déficit en el 2023, y que el resultado acumulado se agote en el 2024, de tal forma que la reserva legal se empieza a utilizar desde ese momento y se agota en el 2026.

La aparición de una situación deficitaria a partir del 2023 se justifica por el incremento en las prestaciones médicas y económicas, la disminución de otros ingresos y, principalmente, por el aumento del gasto a partir de ese año en infraestructuras, pasando de un gasto de 887 millones de soles en 2023 a 2 077 millones de soles en 2032. Esto se debe al inicio de las inversiones en el Hospital Piura y Hospital Chimbote y al incremento de la inversión de los proyectos Hospital III Callao, Hospital III VMT y Proyecto Trecca. Estos resultados muestran una situación financiera frágil del escenario base en el corto y mediano plazo.

Se recomienda que se inicie el proceso de diálogo social y de toma de decisiones hacia una estrategia integral de medidas que ayuden a reconducir el régimen a una situación financieramente sostenible en el mediano plazo.

Escenarios alternativos: opciones para asegurar la sostenibilidad financiera en el medio plazo a la vez que se mejoran las prestaciones ofrecidas por EsSalud

A continuación, se expone de una manera resumida la descripción y fundamentos de cada escenario, el impacto de la medida evaluada y las conclusiones y recomendaciones que se desprenden de cada uno de ellos.

Escenario 1: impacto de la estandarización contributiva (CAS, MINSA y MINEDU) y restablecimiento de cotización sobre aguinaldo y gratificaciones

La legislación peruana establece una serie de normas que reconocen condiciones especiales de cotización a grupos específicos: el grupo de trabajadores con CAS, los trabajadores de salud al servicio del Estado y los trabajadores del Magisterio. Para estos tres grupos, la normativa establece condiciones de cotización más favorables, que pueden interpretarse como el establecimiento de un techo de cotización o como una reducción en la prima de cotización respecto a los trabajadores del sector privado. En todo caso, el reconocimiento de un régimen contributivo especial para estos grupos es discriminatorio y ha tenido un fuerte impacto en las finanzas de EsSalud.

La inafectación de las gratificaciones por Fiestas Patrias y Navidad se estableció de manera permanente a partir de 2015. Dicha inafectación está contenida en el artículo 1 de la Ley N° 30334. Cabe destacar que la contribución del 9 por ciento se estableció considerando su aplicación sobre las 14 remuneraciones anuales, las 12 de cada mes y dos adicionales por Fiestas Patrias y Navidad. Otro punto importante es que al tomar esta decisión, no se realizó el correspondiente análisis actuarial para determinar las medidas necesarias que garantizaran el equilibrio financiero de este régimen sin afectar negativamente tanto la calidad como la oportunidad de los servicios, obligación contenida en el numeral 3 del artículo 71° del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) de la OIT²⁷.

Las principales conclusiones que se desprenden de este escenario son las siguientes:

- El efecto conjunto de eliminar los techos contributivos a CAS, MINSA y MINEDU o, dicho de otra manera, de estandarizar la tasa efectiva de contribución de estos grupos con el resto de los trabajadores al 9 por ciento, tendría un impacto conjunto de un 7 por ciento de incremento en los ingresos. Sin embargo, estos ingresos extras no son suficientes para lograr superávits a largo plazo, agotándose el resultado acumulado en el 2025 y la reserva legal en el 2028.
- El otorgamiento de un trato contributivo preferencial a estos trabajadores tiene un impacto negativo importante en las finanzas de EsSalud y promueve un trato discriminatorio en contra del resto de los trabajadores.
- El régimen de EsSalud fue inicialmente diseñado para ser sostenible con una prima del 9 por ciento, aplicable sobre 14 meses de salario al año. La eliminación de la cotización sobre los dos meses referidos fue aplicada sin llevar a cabo una evaluación que mostrara su impacto y sin plantear una estrategia para compensar/mitigar su efecto.
- En un escenario en el que se restablecen los 14 meses de cotizaciones al año, el impacto es de un 14,30 por ciento de incremento de los ingresos. Los resultados acumulados presentan saldo positivo hasta 2025, pero con una tendencia negativa que se convierte en déficits a partir del 2026. Los resultados acumulados se agotan en el 2031, momento a partir del cual se empieza a utilizar la reserva legal.
- En otro subescenario se evalúa el impacto que tendría el aplicar la no existencia de topes contributivos para CAS, MINEDU y MINSA y restablecimiento de las aportaciones a EsSalud sobre los aguinaldos y gratificaciones de Fiestas Patrias y Navidad, de manera simultánea. Se generan unos ingresos extra del 20,5 por ciento en promedio durante el plazo de proyección, lo que produce superávits en todos los años salvo en el 2023, lo que impacta de manera

²⁷ Perú ratificó las partes II, III, V, VIII y IX del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) de la OIT, en agosto del 1961.

positiva los resultados acumulados y fortalece la reserva legal hasta alcanzar los 6 042 millones de soles en el 2032.

Por lo tanto, se recomienda equiparar las condiciones de contribución de estos grupos con respecto a los trabajadores privados. También se recomienda, dentro de lo que es posible en el contexto actual, revertir la inafectación de las gratificaciones por Fiestas Patrias y Navidad, dados los efectos negativos sobre el financiamiento de EsSalud.

Escenario 2: impacto del establecimiento de una base mínima contributiva a todos los pensionistas y cese de las transferencias de carácter previsional a la ONP

Este escenario evalúa cuatro medidas que afectan a los pensionistas, y son:

- Impacto del establecimiento de la pensión mínima de 500 soles como base mínima de cotización para los pensionistas del SPP.
- Impacto de la aplicación del 4,5 por ciento sobre el valor presente de una pensión mínima de 500 soles para quienes decidan retirar el 95,5 por ciento de sus Cuentas Individuales de Capitalización (CIC).
- Impacto del aumento de las pensiones proporcionales de 250 y 350 soles a la pensión mínima de 500 soles para efectos de cotización.
- Impacto de la eliminación de la transferencia de obligaciones desde EsSalud a la ONP.

Impacto del establecimiento de la pensión mínima de 500 soles como base mínima de cotización para los pensionistas del SPP

El SPP del Perú ofrece beneficios de largo plazo en condiciones que comprometen el cumplimiento del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) de la OIT. Este sistema no garantiza, sobre todo en su modalidad de retiro programado, una pensión vitalicia y tampoco establece una pensión mínima garantizada. El citado Convenio, con rango constitucional en el Perú a partir de su ratificación en el año 1961, establece que los beneficios de vejez deben pagarse en forma vitalicia y que debe garantizarse al menos un beneficio mínimo, de acuerdo con los estándares establecidos en la citada norma.

Esta situación tiene dos consecuencias principales: la primera es que el beneficio de vejez no cumple con el principio de suficiencia, ya que hay pensionistas que se quedan sin pensión a una edad avanzada debido a que se les agota su fondo, y hay otros que obtienen una pensión muy pequeña. Una proporción de estos últimos son personas que deciden quedarse con una renta vitalicia muy pequeña a cambio de retirar la mayor parte de su fondo a través de un retiro

programado. La segunda consecuencia es el perjuicio financiero de EsSalud, que está obligado a incorporar a todos los pensionistas, aun a aquellos que tienen pensiones muy reducidas, mediante una cotización del 4 por ciento sobre dichas pensiones.

Con el objetivo de evaluar el impacto de la no existencia de una base mínima contributiva en el SPP sobre el Régimen Contributivo del Seguro Social de Salud, se estableció un escenario en el que se busca determinar el cambio potencial en los ingresos de EsSalud, como resultado de establecer una contribución mínima a las pensiones del SPP equivalente al 4 por ciento, que actualmente se aplica sobre la pensión mínima de ley en el sistema público de pensiones administrado por la ONP.

Del análisis y los resultados de este escenario se desprenden las siguientes conclusiones:

- La posibilidad de que un pensionado esté asegurado por el Seguro Social de Salud, con una pensión tan pequeña como un sol mensual, introduce al sistema el incentivo perverso de generar pensiones que no brindan ninguna protección de ingresos en el largo plazo (contraviene el Convenio núm. 102 de la OIT), pero que en cambio garantizan el acceso a los servicios médicos con una cotización muy baja o casi inexistente. De esta manera se privilegia la disposición de recursos en el corto plazo sobre la protección en el largo plazo.
- Si las pensiones del SPP tuvieran al menos el nivel mínimo establecido por la ONP, los ingresos por contribuciones de EsSalud serían un 0,4 por ciento más altos.

Por lo tanto, se recomienda establecer una base mínima contributiva aplicable a todos los pensionistas, que permita contrarrestar el problema antes citado.

Impacto de la aplicación del 4,5 por ciento sobre el valor presente de una pensión mínima de 500 soles para quienes decidan retirar el 95,5 por ciento de sus Cuentas Individuales de Capitalización (CIC)

La Ley N° 30478, aprobada en 2016, faculta a los afiliados del SPP a partir de sus 65 años a elegir entre recibir una pensión o retirar el 95,5 por ciento de los fondos de su CIC. En esta ley se establece, además, que el restante 4,5 por ciento de los fondos de la CIC debe ser trasladado a EsSalud con el objetivo de cubrir su atención en salud. Como se desarrolló en el apartado anterior, esta legislación contraría las disposiciones del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) de la OIT, debido a que esta norma prevé para el seguro de vejez un pago periódico y no un pago único, en línea con la tesis de que estas prestaciones deben ser vitalicias.

Con el fin de evaluar el impacto de la Ley N° 30478, se calculan los ingresos adicionales perdidos al elegir un pago único sobre recibir la pensión mínima de ley en el sistema público de pensiones, equivalente a 500 soles por mes.

Las conclusiones de este subescenario son las siguientes:

- La Ley N° 30478 introduce un incentivo adicional para que los trabajadores privilegien el retiro de los recursos de la cuenta individual (el 95,5 por ciento) en el corto plazo, en desmedro de una protección en el largo plazo.
- El efecto de la Ley N° 30478, es de una pérdida anual del 3,8 por ciento de los ingresos corrientes.

Dado que los efectos de la Ley N° 30478 son negativos para los trabajadores y sus familias, y para la sostenibilidad del Seguro Social de Salud, y que con su aplicación (un pago único en vez de pagos periódicos) se contrarían los principios establecidos en el Convenio núm. 102 de la OIT, se recomienda analizar la posibilidad de derogar la ley.

Impacto del aumento de las pensiones proporcionales de 250 y 350 soles a la pensión mínima de 500 soles para efectos de cotización

La Ley N°31301 establece medidas de acceso a una pensión proporcional a los asegurados del Sistema Nacional de Pensiones, regulado por el Decreto Ley N° 19990 de fecha 21 de julio del 2021. Dicha pensión es de 250 y de 350 soles por mes, por lo tanto, es menor a la pensión mínima del Sistema Nacional de Pensiones (SNP). La norma se aprobó sin previo estudio actuarial, lo que no concuerda con el numeral 3 del artículo 71° del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102).

Con el fin de evaluar el impacto de la Ley N° 31301 de pensión proporcional, se calculan los ingresos adicionales perdidos al incrementar el monto de la pensión de jubilación proporcional especial, de 250 y 350 soles por mes, a la pensión mínima de ley en el sistema público de pensiones equivalente a 500 soles por mes.

Las conclusiones de este subescenario son las siguientes:

- El efecto de la Ley N° 31301, es de una pérdida anual del 0,01 por ciento de los ingresos corrientes.
- El impacto de este subescenario es relativamente pequeño y no crea diferencias importantes respecto del escenario base.

A pesar de que el impacto financiero es poco relevante, se contravienen de nuevo los principios establecidos en el Convenio núm 102 de la OIT, ya que la pensión se sitúa por debajo de los mínimos establecidos, a la vez que se genera una desigualdad entre los pensionistas que cotizan sobre una base mínima y los pensionistas

no sujetos a un mínimo de cotización con un impacto en la sostenibilidad financiera. Por lo tanto, se recomienda asegurar una base mínima de cotización para todos los pensionistas para evitar discriminación y contribuir a la sostenibilidad financiera.

Impacto de la eliminación de la transferencia de obligaciones desde EsSalud a la ONP

EsSalud viene realizando desde el 1999 y hasta la fecha, transferencias de fondos a la ONP para el pago de pensiones del Decreto Ley N° 18846 (Seguro por Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales) y del Decreto Ley N° 20530 (Régimen de Pensiones y Compensaciones por Servicios Civiles prestados al Estado no comprendidos en el Decreto Ley N° 19990). Estos montos afectan los ingresos de la institución, dado que son transferencias financiadas con los recursos recaudados y no se percibe ningún tipo de recurso financiero del Tesoro Público.

Con la finalidad de evaluar el presente escenario, se estima cuál sería el incremento de ingresos para EsSalud, si se corrobora la posición de la institución y tales obligaciones se dan por liquidadas.

Se desprenden las siguientes conclusiones:

- Las cotizaciones del Seguro Social de Salud deberían utilizarse únicamente para los fines para los cuales fueron creadas, es decir, para la cobertura de contingencias de salud y prestaciones económicas de corto plazo derivadas de las mismas.
- El Decreto de Urgencia N° 067-98 establece las transferencias de recursos que EsSalud, antiguamente IPSS, deberá efectuar a la ONP para que este asuma las obligaciones previsionales con grupos de asegurados específicos. Siendo que, hasta donde se tiene conocimiento, EsSalud ha cumplido con esta obligación, quien tiene que continuar financiando las pensiones de estos grupos es la ONP.
- Si se corrobora que EsSalud ha saldado sus obligaciones y por lo tanto cesan las transferencias anuales a la ONP, EsSalud liberaría el equivalente del 2,70 por ciento de sus ingresos en promedio o, en otras palabras, reduciría sus gastos en 2,3 por ciento en promedio. Eso ayudaría a que los resultados acumulados no se agotaran hasta el 2025 y la reserva legal se agotaría hasta el año 2027.

Se recomienda realizar las gestiones ante la autoridad competente para que se dé por cumplida la obligación del pago de pensiones ONP y se liberen recursos que deberían utilizarse solamente para financiar prestaciones en salud, los correspondientes gastos de administración, y para la actualización y modernización de la infraestructura.

Escenario 3: impacto del crédito por EPS

Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) brindan servicios de seguridad social en salud privada a los trabajadores que están afiliados a ellas. Para los afiliados a una EPS, el 9 por ciento de la aportación a EsSalud se divide en un 2,25 por ciento para la EPS elegida y el 6,75 por ciento se sigue aportando a EsSalud. En otras palabras, el 25 por ciento de la prima consistente en el 9 por ciento se transfiere a la EPS, y el 75 por ciento restante a EsSalud.

Este escenario tiene como objetivo evaluar la sensibilidad del régimen ante una variación de las proporciones de la prima transferida a la EPS y de la prima transferida a EsSalud para los grupos que están afiliados a una EPS. Las variaciones de las proporciones que se evalúan son del 30 por ciento -70 por ciento, 40 por ciento -60 por ciento y 50 por ciento -50 por ciento de la prima transferida, respectivamente a las EPS y a EsSalud. En otras palabras, se evalúa el impacto de reducir la prima actualmente transferida a EsSalud, que es del 6,75 por ciento, al 6,3 por ciento, 5,4 por ciento y al 4,5 por ciento.

Las conclusiones de este escenario son las siguientes:

- Una reducción de ingresos se produce al disminuir la proporción de la prima transferida a EsSalud. Esta reducción de ingresos, respecto al escenario base, es de 1,1 por ciento, 3,2 por ciento y 5,4 por ciento bajo los escenarios en los que la prima transferida a EsSalud es de 6,3 por ciento, 5,4 por ciento y 4,5 por ciento, respectivamente.
- El régimen presentaría déficits aun superiores que el escenario base desde el 2024, bajo el escenario de pasar a una proporción de 40 por ciento de la prima transferida a la EPS y un 60 por ciento de la prima para EsSalud.
- Los resultados acumulados disminuyen para cubrir los déficits y las transferencias a la reserva legal, hasta llegar a cero en el 2024, mientras que la reserva legal se agota en 2026.

Dado que la situación financiera del régimen es muy sensible a la variación de las proporciones de la prima destinada a las EPS y a EsSalud, se recomienda que, en el caso de variación, se definan fuentes de financiación suplementarias para evitar el debilitamiento financiero que supone la reducción de los ingresos transferidos a EsSalud.

Escenario 4: impacto de la Ley N° 31041 de Urgencia Médica para la Detección Oportuna y Atención Integral del Cáncer Del Niño y del Adolescente

La Ley N° 31041 establece las condiciones para acceder a las prestaciones médicas y económicas en materia de cobertura oncológica. Este escenario tiene como objetivo evaluar el impacto del gasto adicional de la cobertura bajo la Ley N° 31041.

Las conclusiones de este escenario son las siguientes:

- La incorporación de las prestaciones adicionales se traduce en un gasto adicional del 0,06 por ciento en promedio.
- Este gasto adicional acentúa ligeramente el déficit financiero a partir del 2026, pero no cambia de manera relevante los resultados comparados con el escenario base. Los resultados acumulados llegan a cero en el 2024, un año antes que en el escenario base, y la reserva legal disminuye hasta volverse negativa en el 2026.

Se recomienda un monitoreo de la evolución de los gastos adicionales como consecuencia de la nueva cobertura en materia oncológica con el fin de reflejar lo mejor posible los gastos adicionales generados.

Escenario 5: impacto de la eliminación de las reglas de acreditación para prestaciones de maternidad y extensión del periodo de la prestación económica de maternidad

La promulgación de Ley N° 31469 modifica el artículo 10 de la Ley N° 26790, lo que genera una ampliación de la cobertura al eliminar el periodo de carencia y otorga una cobertura inmediata. Más concretamente, en el artículo 10 de la Ley N° 26790 se ha introducido el texto: «En caso la afiliada o la derechohabiente se encuentre en estado de gestación, el derecho a la cobertura se otorgará de forma inmediata desde la afiliación».

Este escenario contiene un primer subescenario en el que se tiene como objetivo evaluar el impacto de la implementación de la nueva Ley N° 31469, sobre las prestaciones médicas relacionadas con la maternidad y sobre las prestaciones económicas de maternidad y lactancia.

Por otro lado, se analiza en un segundo subescenario el impacto consistente en la ampliación de la prestación económica de maternidad, actualmente otorgado durante 14 semanas (98 días) a 20 semanas (140 días). Las conclusiones de este escenario son las siguientes:

- La implementación de la nueva Ley N° 31469 representa un aumento del gasto del 0,8 por ciento en promedio, mientras que la extensión de la prestación económica de maternidad a 20 semanas representa un aumento del 0,9 por ciento. La implementación de las dos medidas simultáneamente representa un aumento del 1,72 por ciento.
- La implementación de la nueva Ley N° 31469 presenta resultados con una tendencia similar al escenario base con déficits ligeramente mayores, pero tienden a converger al final del periodo de proyección. La reserva legal empezaría a utilizarse partir del 2025 y se agotaría en el 2026.
- Perú actualmente cumple con el Convenio núm. 183²⁸ sobre la protección de la maternidad, el cual establece una licencia de maternidad de al menos 14 semanas, equivalente a 98 días. La ampliación del beneficio a 20 semanas añadiría seis semanas al mínimo establecido en dicho convenio.
- La extensión de la prestación económica de maternidad a 20 semanas genera mayores déficits comparado con el escenario base. Los resultados acumulados van disminuyendo para cubrir los déficits, hasta agotarse en el 2024 y la reserva legal empieza a utilizarse hasta llegar a cero en el 2026.
- La implementación simultánea de la nueva Ley N° 31469 y de la extensión de la prestación económica de maternidad a 20 semanas genera déficits superiores al escenario base a partir del 2024. Los resultados acumulados van disminuyendo para cubrir los déficits, agotándose en el 2024. La reserva legal empezaría a disminuir y se agotaría en el 2026.
- La eliminación del periodo de carencia para las mujeres gestantes no debería, en teoría, dar lugar a abusos y selección adversa, ya que el seguro regular es obligatorio. En todos los casos, esta reforma refuerza la protección de las mujeres gestantes dándoles acceso a las prestaciones ofrecidas por el Seguro de Salud en caso de necesidad, desde el primer mes en el que se inician las cotizaciones.
- La extensión de la prestación económica de maternidad a 20 semanas tiene múltiples beneficios económicos y sociales, entre los que se destacan asegurar un descanso y recuperación adecuada para las madres que han dado a luz, a la vez que promueve la igualdad de oportunidades en el trabajo de hombres y mujeres, y tiene un efecto positivo en la salud del recién nacido.

Las medidas analizadas bajo este escenario, en el que se busca mejorar las condiciones de cobertura y prestaciones para las mujeres gestantes, generan desafíos adicionales en la sostenibilidad financiera del régimen, al no establecer una fuente de financiamiento concreta para su implementación. No obstante, hay que considerar que el régimen ya tiene desafíos y tras la implementación de estas medidas solo se

adelanta en un año el agotamiento de los resultados acumulados (o dos si se implementan ambas medidas simultáneamente).

Se recomienda que se promueva una estrategia para llegar a ser sostenible en sí mismo, ya que el problema de la insostenibilidad financiera no es una característica necesariamente de estas medidas, sino que es algo intrínseco al sistema. Así, se recomienda que cualquier medida en la que se mejoren las prestaciones, vaya acompañada por una estrategia de generación de los recursos necesarios para financiar dichas mejoras y evitar contribuir al debilitamiento de la posición financiera del régimen ocasionado por dichas mejoras.

Escenario 6: impacto del incremento del subsidio de lactancia y de sepelio

Existen dos subsidios otorgados actualmente, el subsidio por lactancia y el subsidio por sepelio. El subsidio por lactancia consiste en un beneficio económico otorgado a las madres de familia para contribuir al cuidado del menor recién nacido, y el subsidio por sepelio que consiste en una asistencia económica para afrontar los gastos de sepelio del afiliado titular.

Este escenario tiene como objetivo evaluar la sensibilidad del régimen ante un incremento de los montos pagados como subsidios, así como el impacto de indexar anualmente por inflación. Las variaciones que se evalúan son incrementos del 50 por ciento y 100 por ciento en el 2023 y aumentos automáticos con la inflación general a partir del 2024.

Las conclusiones de este escenario son las siguientes:

- Se genera un incremento en el nivel de gastos, lo que profundiza los resultados del escenario base.
- El régimen presentaría déficits desde el 2023 para los subescenarios 6.1 y 6.2, respectivamente, en concordancia con el escenario base.
- Los resultados acumulados disminuyen para cubrir los déficits y las transferencias a la reserva legal, hasta llegar a cero en el 2024, a partir de lo cual se empieza a utilizar la reserva legal.
- La reserva legal se agota en el 2026 en ambos subescenarios.

Se recomienda una indexación anual de los subsidios de lactancia y sepelio para que estos no pierdan valor con el tiempo, y sigan siendo subsidios relevantes para las madres de familia, para que puedan contribuir al cuidado del menor recién nacido en el caso del subsidio de lactancia; y para poder afrontar los gastos de sepelio del afiliado titular en el caso del subsidio de sepelio. Dado que el monto de ambos subsidios ha

²⁸ Perú ratificó el Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183) de la OIT, el 9 de mayo de 2016.

permanecido constante durante varios años, sin que se haya podido equiparar al aumento de los precios y nivel de vida, se recomienda una revisión del monto actual de ambos beneficios, para que pueda seguir desempeñando la función para la cual fue diseñado.

Como se ha mencionado anteriormente, el régimen bajo el escenario base presenta serios desafíos, es decir, que los problemas financieros no los origina esta medida en particular. La implementación de estas medidas solo aceleraría el deterioro financiero que presenta actualmente el régimen, adelantando un año el agotamiento de los resultados acumulados. Es por eso que se recomienda también, promover una estrategia que permita sostener las medidas de mejora, en un marco de sostenibilidad financiera del régimen. Al mismo tiempo, se recomienda que cualquier medida que mejore las prestaciones, vaya acompañada por un estudio actuarial que evalúe, por un lado, el impacto de tales mejoras, y por otro, proponga posibles opciones que impidan un impacto negativo en la situación financiera del régimen.

Escenario 7: impacto de la aplicación de varias medidas simultáneamente

Se analizó el impacto de varias medidas de manera simultánea, considerando que los primeros escenarios tienen como objetivo evaluar el ingreso extra que se generaría bajo ciertas modificaciones del régimen y los siguientes cuatro escenarios evalúan la pérdida de ingresos o el aumento de los gastos generados por la ampliación o mejora de ciertas prestaciones ofrecidas por EsSalud. Las medidas que se han evaluado simultáneamente son:

1. Restablecimiento de cotización sobre aguinaldo y gratificaciones, cotización de 12 a 14 meses.
2. Establecimiento de una base mínima contributiva a todos los pensionistas (SPP y pensión proporcional) y cese de transferencias de carácter previsional a la ONP.
3. Impacto del crédito por EPS, considerando una proporción de 30 por ciento de la prima transferida a las EPS para los asegurados de ese régimen, y un 70 por ciento de la prima a EsSalud.
4. Impacto de la Ley de Urgencia Médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente (N°31041)
5. Impacto de la eliminación de las reglas de acreditación para prestaciones de maternidad y extensión del periodo de la prestación económica de maternidad.
6. Impacto del incremento del subsidio por lactancia y sepelio, considerando un aumento del 100 por ciento.

Las conclusiones de este escenario son las siguientes:

- Al aplicar todas las medidas simultáneamente se obtiene un superávit en 2024 y 2025, luego, desde el 2026 se tiene la misma tendencia negativa que en el escenario base, pero con déficits significativamente menores, que podrían ser subsanados con alguna medida adicional.
- Los resultados acumulados disminuyen agotándose en el 2027.
- La reserva legal se incrementa y alcanza el máximo en 2027, cuando se empieza a utilizar y disminuye durante el plazo de la proyección, hasta representar en el 2032 solo el 11 por ciento de los gastos en prestaciones del ejercicio anterior.
- Este escenario solo representa un ejemplo teórico de una estrategia integral en la que se muestra un conjunto de medidas que aseguran la sostenibilidad financiera, y se mejoran las prestaciones ofrecidas por EsSalud.

Se recomienda que, con objeto de corregir la tendencia deficitaria que se proyecta para el escenario base en el corto plazo, más concretamente a partir del 2026, se adopte una estrategia integral que considere un conjunto de medidas, tanto aquellas que incrementan principalmente los ingresos, como pueden ser las evaluadas en este escenario, como aquellas que mejoran la cobertura y las prestaciones que permiten al seguro seguir ofreciendo prestaciones relevantes y adecuadas a la población.

Esta estrategia debería ser realista con el contexto y las probabilidades de implementación. Se destaca la necesidad de intervenir para crear la voluntad política para la implementación de las medidas necesarias para la mejora de la sostenibilidad financiera y de las prestaciones de EsSalud. El impacto de cada uno de los escenarios y subescenarios evaluados es un indicador que puede ayudar a las autoridades de EsSalud a establecer prioridades en el proceso de toma de decisiones.

Otras recomendaciones generales para asegurar la sostenibilidad financiera

- Fortalecer el primer nivel de atención para aumentar su capacidad resolutoria y bajar los costos de especialidades y hospitales que son más altos.
- Fortalecer el área encargada del desarrollo de los estudios actuariales de EsSalud, con objeto de que ésta cuente en un futuro cercano con la capacidad, y las herramientas necesarias para evaluar actuarialmente cualquier ajuste propuesto que pueda afectar potencialmente el equilibrio financiero de la Institución. Se recomienda que cualquier

propuesta de ley o nueva normativa sea revisada y evaluada por esta área, con objeto de asegurar su sostenibilidad y cumplimiento con los principios de la seguridad social.

- Iniciar un diálogo político con todas las partes involucradas, acerca de la necesidad de eliminar la práctica, recurrente en los últimos años, de aprobar legislaciones que impliquen nuevos gastos o menores ingresos para EsSalud, y evaluar si estas no tienen una contraparte evaluada actuarialmente que neutralice cualquier efecto adverso en sus finanzas. En este aspecto, se insiste en la necesidad de cumplir con lo establecido en el numeral 3 del Convenio núm. 102 de la OIT, que indica:

«El Miembro deberá asumir la responsabilidad general en lo que se refiere al servicio de prestaciones concedidas en aplicación del presente Convenio y adoptar, cuando fuere oportuno, todas las medidas necesarias para alcanzar dicho fin; deberá 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 de las prestaciones, de la tasa de las cotizaciones del seguro o de los impuestos destinados a cubrir las contingencias en cuestión».

- Se recomienda que cualquier medida en la que se mejoren las prestaciones, vaya acompañada por una estrategia de generación de los recursos necesarios para financiar dichas mejoras y evitar una contribución al debilitamiento de la posición financiera del régimen que ocasionan las mismas.
- En atención a las expectativas negativas en materia de saldo financiero, surgidas a partir del escenario base, se recomienda adoptar una estrategia integral para alcanzar el equilibrio financiero donde se reviertan muchas de las medidas implementadas en los últimos tiempos y con impacto en el financiamiento del seguro social. De igual manera, como parte del balance necesario en este tipo de estrategias, EsSalud debería revisar su estructura de gasto para evitar rubros que no deberían ser parte del gasto de EsSalud como, por ejemplo, las pensiones, así como otros gastos que también afectan al debilitamiento financiero.
- Implantar y regular la aplicación de una RMV, visualizada como el ingreso de referencia para el cálculo de la contribución mínima para las poblaciones con escasa capacidad contributiva. Dicha condición de ventaja o cualquier otra debe considerarse mediante consulta con los representantes tripartitos que integran el Consejo Directivo de EsSalud bajo el principio de solidaridad.
- En la perspectiva de un riesgo latente que es el fenómeno del niño que a su vez puede estresar nuevamente las finanzas de EsSalud, es importante fortalecer financieramente el régimen para que pueda hacer frente a una situación de emergencia similar a la de la pandemia.
- Una estrategia integral, con varias medidas implementadas gradualmente en el tiempo y en su aplicación, debería adoptarse para poder dar una solución a los problemas identificados en el escenario base. Esta estrategia debería ser realista con el contexto y las probabilidades de implementación. Se destaca la necesidad de intervenir para crear la voluntad política para la implementación de las medidas necesarias para la mejora de la sostenibilidad financiera y de las prestaciones de EsSalud. Asimismo, se recomienda también establecer un plan de implementación de dicha estrategia, nombrar responsables para su implementación, establecer unos tiempos de ejecución y prever los recursos necesarios para su implementación.
- El ejemplo teórico de estrategia integral que se muestra en el «Escenario del impacto de varias medidas simultáneamente», muestra un conjunto de medidas que aseguran la sostenibilidad financiera a la vez que se mejoran las prestaciones ofrecidas por EsSalud. En ese ejemplo se presenta solo una posibilidad cuando en realidad existen posiblemente muchas otras alternativas que podrían derivar en un aumento de los ingresos o contención del gasto. La OIT queda disponible para seguir colaborando con EsSalud para analizar las medidas que mejoren el escenario financiero y tengan mayor posibilidad de ser implementadas, con bajo riesgo político y siempre en el marco de un proceso de diálogo social informado, que sienta las bases y promueva el consenso para mejorar la seguridad social en salud.

► 8. Anexo I: datos e hipótesis específicas a EsSalud

8.1 Proyección de activos cotizantes

Número de cotizantes activos y distribución

Se dispuso de los datos individuales de los cotizantes (asalariados y pensionistas) entre los años 2018 y 2021. A partir de esos datos, desagregados por grupo, sexo y edad, se pueden derivar:

- La población del año inicial por grupo, sexo y edad.
- Probabilidades de transición por grupos, sexo y edad, según el número de entradas y salidas observado en los datos de años anteriores.

Se aplicaron las probabilidades de transición obtenidas sobre la población inicial para, mediante una proyección de cohortes, obtener la población de cotizantes de cada año de proyección desagregada por grupo, sexo y edad.

Las probabilidades de deceso se han tomado de las tablas de mortalidad de América Latina, adaptadas mediante la esperanza de vida de la población asegurada de EsSalud.

Los grupos para los cuales se tenía datos, desagregados por sexo y edad, son:

1. Pensionista ONP-Ley N° 19990
2. Pensionista TDEP-ONP EX Ley N° 28320
3. Pensionista CBSSP-Ley N° 28320
4. Pensionista SPP-ASEGURADORA
5. Pensionista SPP- AFP
6. Pensionista MINSa
7. Pensionista MINEDU
8. Pensionista Ley N° 20530
9. Pensionista SPP - Otros
10. CAS con EPS
11. CAS sin EPS
12. CAS MINEDU EPS
13. CAS MINEDU sin EPS
14. CAS MINSa EPS
15. CAS MINSa sin EPS
16. MINEDU EPS
17. MINEDU sin EPS
18. MINSa EPS
19. MINSa sin EPS
20. AGRARIO Ley N° 31110 PRIVADO
21. AGRARIO Ley N° 27360 PÚBLICO
22. AGRARIO Ley N° 27360 PRIVADO
23. EXCBBSP EPS PRIVADO
24. EXCBBSP sin EPS PRIVADO
25. ACTIVO PRIVADO EPS
26. ACTIVO PRIVADO sin EPS
27. ACTIVO PÚBLICO EPS
28. ACTIVO PÚBLICO sin EPS
29. BENEFICIARIO Ley N° 30478

La tasa de cobertura de los trabajadores asalariados, respecto del total de empleados, se calculó para cada grupo y sexo para el 2022, y se mantuvo constante durante todo el periodo de proyección. El cambio en el número de trabajadores asalariados está influenciado por el crecimiento del número total de empleados en Perú por sexo.

La evolución del número total de pensionistas para cada grupo y sexo se estimó en relación con el número total de activos. Así, se estableció una relación entre el aumento del número de pensionistas de edades entre 0 y 64 y el número de trabajadores entre esas edades para el año anterior. De la misma manera, se estableció una relación entre los nuevos pensionistas en edades de más de 65 años, con los activos de más de 64 años del año anterior. Mediante estas relaciones, se intentó capturar el impacto del envejecimiento de la población activa en el aumento del número de pensionistas asegurados.

Salarios y pensiones sometidas a cotización

Los salarios y las pensiones sometidas a cotización se derivaron a partir de las cotizaciones observadas por grupo, sexo y edad. La proyección de los salarios y del monto de las pensiones se hace con base en el crecimiento salarial (la 5.2.1 contiene la hipótesis del crecimiento salarial) y la curva inicial de los salarios y de las pensiones observada.

En la sección 6.1, se utilizaron los datos de los salarios reales para poder evaluar el impacto sobre las cotizaciones de eliminar los topes contributivos.

8.2 Proyección de asegurados

Los trabajadores asalariados acreditados son aquellos que satisfacen las condiciones de elegibilidad descritas en la sección 2.4. Los pensionistas están automáticamente acreditados a partir del momento que pasan a ser pensionistas. Se obtuvieron datos individuales de los trabajadores asalariados, acreditados entre los años 2018 y 2021 por grupo, sexo y edad. Se calculó la probabilidad de que un activo asalariado esté acreditado por grupo, sexo y edad, a partir de las estadísticas del año más reciente del que se disponía, es decir, 2021. Las probabilidades de estar acreditado se mantuvieron constantes durante todo el periodo de proyección.

Los dependientes asegurados o acreditados se calcularon aplicando las estadísticas familiares a los activos asalariados acreditados y a los pensionistas. Las estadísticas familiares se derivaron a partir de los datos suministrados sobre los dependientes por edad, por asegurado desagregado por grupo, sexo y edad.

8.3 Proyección de ingresos y reservas

La proyección de ingresos es la suma de la proyección de:

- Ingresos por cotizaciones: cotizaciones de trabajadores asalariados y pensionistas.
- Otros ingresos: aportaciones varias (D.L. 18846 Accidentes de Trabajo, Seg. Potestativo, SCTR, otros) y otros ingresos (relacionados con la COVID-19 y otros no relacionados con la COVID-19).

- Ingresos financieros: ingresos financieros generados sobre la Reserva Legal disponible a principio de año.

La proyección de ingresos por cotizaciones se hace con base en la proyección de los cotizantes y la proyección de los salarios y pensiones, sometidos a cotización. Se aplican las oportunas tasas de cotización según el grupo. Las siguientes tasas de cotización se han considerados para cada grupo durante todo el periodo de proyección.

| Tipo | Aportación |
|------------------------------|------------|
| Cotizantes sin EPS | 9,00 % |
| Cotizantes con EPS | 6,75 % |
| Agrario Ley N° 31110 privado | 6,00 % |
| Pensionistas | 4,00 % |

Con respecto a las reservas, se realizó la siguiente proyección:

- Reserva legal: es la reserva equivalente al 30 por ciento de los gastos en prestaciones del ejercicio anterior.
- Resultados acumulados: corresponde al saldo que se utiliza para cubrir, por una parte, los eventuales déficits del resultado del ejercicio²⁹ anual y, por otra, los ajustes para que la reserva legal se mantenga en los niveles estipulados por Ley (el 30 por ciento de los gastos en prestaciones del ejercicio anterior). En el caso en el que el resultado del ejercicio anual sea superavitario, el resultado acumulado se incrementa del monto correspondiente al superávit de ese año³⁰.

administración de los centros asistenciales (no incluidos), incremento remuneraciones, otros gastos.

- Infraestructuras.

Gastos en prestaciones asistenciales y prestaciones económicas

Los gastos en prestaciones asistenciales y prestaciones económicas se calculan mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Gasto prestaciones}_t = \text{Población asegurada}_t * \text{Tasa utilización}_t * \text{Costo unitario}_t$$

Es decir, es la multiplicación de la población asegurada y con derecho a reclamar la prestación, por la tasa de utilización de dicha prestación, por el costo unitario promedio de la prestación.

La tasa de utilización es el número de atenciones por asegurado. La tasa de utilización se construye con datos sobre la utilización observada por prestación, grupo, sexo y edad. El costo unitario promedio es el cociente entre el gasto total observado y el número total de atenciones para esa prestación en particular. El costo unitario de los servicios, calculado para el 2022, se muestra en el siguiente cuadro en soles:

8.4 Proyección de los gastos

La proyección de los gastos es la suma de la proyección de:

- Prestaciones asistenciales: consultas, emergencias, hospitalizaciones, cirugías, trasplantes, partos y otros.
- Prestaciones económicas: enfermedad, maternidad, subsidio por sepelio y subsidio por lactancia.
- Gastos administrativos de EsSalud.
- Otros gastos: pensiones DL 20530 y 18846,

²⁹ El resultado del ejercicio corresponde a la diferencia anual entre ingresos y gastos. Si los ingresos superan a los gastos se produce un superávit, en el caso contrario, un déficit.

³⁰ El resultado acumulado es la suma del resultado acumulado del año anterior, más el resultado del ejercicio (suma si es un superávit o resta si es un déficit), menos la transferencia necesaria hacia la reserva legal.

| Servicio | 2022 |
|-----------------|--------|
| Hospitalización | 3,127 |
| Consulta | 64 |
| Emergencia | 69 |
| Parto | 1,595 |
| Cirugía | 1,867 |
| Trasplante | 62,757 |

Clasificación de servicios

Este apartado presenta una descripción de la clasificación de servicios utilizados en la valuación actuarial para realizar los cálculos incluidos en el modelo. Esta clasificación fue necesaria para efectos de realizar la proyección financiera, para la cual se requirió estandarizar la utilización de cada uno de estos servicios (consultas médicas, hospitalizaciones, cirugías, partos, emergencias y trasplantes) con los costos disponibles, según las clasificaciones de EsSalud.

Con el objeto de aclarar el número de atenciones que fueron utilizadas en este estudio, relacionadas con cada uno de los cinco servicios, a continuación, se explica qué rubros de la base de datos de EsSalud fueron considerados:

En las atenciones relacionadas a cirugía se incluyeron, consultas, emergencias y hospitalizaciones registradas en las siguientes áreas de servicio:

1. Anestesia de cirugía de corta
2. Anestesia de cirugía de corta estancia
3. Cirugía de cabeza y cuello
4. Cirugía de cabeza y cuello y maxilofacial
5. Cirugía de mano
6. Cirugía de tórax
7. Cirugía de tórax y cardiovascular
8. Cirugía de tórax y cardiovascular
9. Cirugía de cardiovascular
10. Cirugía general
11. Cirugía general 1
12. Cirugía general 2
13. Cirugía general 3
14. Cirugía general 4
15. Cirugía general 5
16. Cirugía oncológica
17. Cirugía pediátrica
18. Cirugía plástica, quemados y reparadora
19. Cirugía plástica, quemados y reparadora
20. Cirugía vascular
21. Neurocirugía

22. Neurocirugía vascular y tumores / cirugía cerebro y neurología

23. Neurocirugía vascular y tumor

24. Centro quirúrgico

25. Hospitalización cirugía

26. Hospitalización cirugía general

27. Unidad recuperación cirugía ambulatoria

En relacionadas a trasplantes:

1. Trasplante de hígado
2. Trasplante renal
3. Trasplante renal

En servicios relacionados con partos, se incluyen hospitalizaciones y emergencias de:

1. Obstetricia
2. Obstetricia de alto riesgo
3. Obstetiz
4. Obstetiz - pna
5. Centro obstétrico
6. Hospitaci3n obstetricia. -p/v
7. Hospitalizaci3n obstetricia
8. Hospitalizaci3n parto vaginal
9. Hospitalizaci3n parto por ces3rea

Finalmente, las atenciones de consulta, emergencia y hospitalizaciones incluyen todas las atenciones que poseen c3digos de 3rea correspondientes y no est3n en ninguno de los centros de costo mencionados.

C3lculo de frecuencias de utilizaci3n de los servicios m3dicos

Los datos individuales de frecuencias de utilizaci3n de los servicios m3dicos para 2021 se utilizaron como base para establecer las frecuencias de utilizaci3n por grupos, edades individuales y sexo. Se aplicaron ajustes para aumentar las frecuencias calculadas a valores muy similares a los observados en 2022 y primera parte del 2023. Finalmente, los gastos agregados en cada uno de los servicios en el 2022, combinados con la utilizaci3n, se utilizaron para determinar el costo unitario de los servicios en 2022. Para los siguientes a3os, el costo unitario se ajust3 con la inflaci3n m3dica.

Cálculo de frecuencias de las prestaciones económicas

Dada la fuerte disminución de la frecuencia de utilización en 2020 y 2021, debido a las consecuencias de la pandemia, se utilizaron las frecuencias de utilización de las prestaciones económicas observadas en 2019 para enfermedad, maternidad y lactancia. Las tasas de mortalidad se utilizaron como tasas de utilización del subsidio de sepelio.

Las prestaciones de enfermedad y maternidad se calcularon para los afiliados asalariados, mientras que las prestaciones de sepelio y lactancia se calcularon para los afiliados asalariados, derechohabientes y, en el caso de sepelio, para pensionistas.

▶ 9. Anexo II

La información utilizada en la valuación proviene de:

- <https://ww1.issa.int/es/node/195543?country=947>
- https://www.inei.gov.pe/media/principales_indicadores/libro_bol_esp_24_7.pdf
- https://www.inei.gov.pe/media/principales_indicadores/libro_bol_esp_24_6.pdf
- <https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/ocupacion-y-vivienda/>
- <https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/>
- Boletines Anuales de Órganos Centrales, VI G.C. Prestaciones de Salud
- <http://www.EsSalud.gob.pe/estadistica-institucional/4/>
- EsSalud en cifras 2018-2021
- Boletín Anual de Órganos Centrales; III.G.C. Prestaciones Económicas
- Estudio Actuarial sobre los Niños con Cáncer - Impacto Financiero por la Ley N° 31041; DUCREUX & CONSULTANTS INCORPORATED, S.A. SUCURSAL PERU; 2022.

▶ 10. Anexo III

▶ Cuadro 16 - Estimaciones de la población total y tasa de crecimiento, 2022-2032

| Año | Población | Tasa de crecimiento medio |
|------|------------|---------------------------|
| 2022 | 34 049 589 | |
| 2023 | 34 352 719 | 0,89 |
| 2024 | 34 683 444 | 0,96 |
| 2025 | 35 015 824 | 0,96 |
| 2026 | 35 351 784 | 0,96 |
| 2027 | 35 690 300 | 0,96 |
| 2028 | 36 029 236 | 0,95 |
| 2029 | 36 367 135 | 0,94 |
| 2030 | 36 702 392 | 0,92 |
| 2031 | 37 032 850 | 0,90 |
| 2032 | 37 357 049 | 0,88 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 17 - Tasa de fertilidad, 2022-2032

| Año | Tasa de fertilidad |
|------|--------------------|
| 2022 | 2,1 |
| 2023 | 2,1 |
| 2024 | 2,1 |
| 2025 | 2,1 |
| 2026 | 2,1 |
| 2027 | 2,0 |
| 2028 | 2,0 |
| 2029 | 2,0 |
| 2030 | 2,0 |
| 2031 | 2,0 |
| 2032 | 2,0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 18 - Estimaciones de la población según sexo y rango de edad, 2032

| Edad | Población | Hombre | Mujer |
|-------|-----------|-----------|-----------|
| 0-4 | 2 808 689 | 1 430 920 | 1 377 769 |
| 5-9 | 2 866 081 | 1 459 698 | 1 406 384 |
| 10-14 | 2 904 808 | 1 479 059 | 1 425 750 |
| 15-19 | 2 879 789 | 1 464 806 | 1 414 983 |
| 20-24 | 2 976 171 | 1 509 987 | 1 466 184 |
| 25-29 | 2 845 499 | 1 435 048 | 1 410 451 |
| 30-34 | 2 697 167 | 1 339 324 | 1 357 844 |
| 35-39 | 2 669 670 | 1 301 492 | 1 368 178 |
| 40-44 | 2 599 190 | 1 259 342 | 1 339 848 |
| 45-49 | 2 400 183 | 1 166 853 | 1 233 330 |
| 50-54 | 2 138 241 | 1 045 097 | 1 093 145 |
| 55-59 | 1 933 714 | 952 333 | 981 381 |
| 60-64 | 1 647 528 | 809 957 | 837 571 |

| | | | |
|----------|------------|------------|------------|
| 65-69 | 1 330 622 | 642 383 | 688 240 |
| 70-74 | 1 066 940 | 496 823 | 570 117 |
| 75-79 | 792 858 | 356 119 | 436 739 |
| 80 y más | 799 903 | 328 946 | 470 957 |
| Total | 37 357 050 | 18 478 184 | 18 878 866 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 19 - Evolución del PIB, inflación y crecimiento salarial, 2012-2027

| Año | PIB (valores constantes en miles de millones S/.) | Inflación | Var. Sal. |
|------|---|-----------|-----------|
| 2012 | 431 | 3,7 % | |
| 2013 | 456 | 2,8 % | 8,6 % |
| 2014 | 467 | 3,2 % | 4,9 % |
| 2015 | 483 | 3,5 % | 6,9 % |
| 2016 | 502 | 3,6 % | 5,1 % |
| 2017 | 514 | 2,8 % | 3,1 % |
| 2018 | 535 | 1,3 % | 2,4 % |
| 2019 | 547 | 2,1 % | 1,5 % |
| 2020 | 486 | 1,8 % | 9,7 % |
| 2021 | 552 | 4,0 % | 0,0 % |
| 2022 | 567 | 7,5 % | 6,7 % |
| 2023 | 582 | 4,4 % | 4,6 % |
| 2024 | 601 | 2,5 % | 3,7 % |
| 2025 | 619 | 2,1 % | 3,1 % |
| 2026 | 638 | 2,0 % | 2,9 % |
| 2027 | 657 | 2,0 % | 3,0 % |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 20 - Fuerza laboral según sexo, 2022-2032

| Año | Masculino | Femenino |
|------|-----------|----------|
| 2022 | 82,5 | 67,4 |
| 2023 | 83,0 | 68,0 |
| 2024 | 83,4 | 68,5 |
| 2025 | 83,9 | 69,0 |
| 2026 | 84,4 | 69,5 |
| 2027 | 84,9 | 70,0 |
| 2028 | 84,9 | 70,0 |
| 2029 | 84,9 | 70,0 |
| 2030 | 84,9 | 70,0 |
| 2031 | 84,9 | 70,0 |
| 2032 | 84,9 | 70,0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 21 - Desempleo según sexo, 2022-2032

| Año | Masculino | Femenino |
|------|-----------|----------|
| 2022 | 3,37 | 5,20 |
| 2023 | 3,27 | 4,78 |
| 2024 | 3,27 | 4,78 |
| 2025 | 3,27 | 4,78 |
| 2026 | 3,27 | 4,78 |
| 2027 | 3,27 | 4,78 |
| 2028 | 3,27 | 4,78 |
| 2029 | 3,27 | 4,78 |
| 2030 | 3,27 | 4,78 |
| 2031 | 3,27 | 4,78 |
| 2032 | 3,27 | 4,78 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 22 - Porcentaje de población de titulares asegurados de EsSalud respecto de la PEA ocupada, 2011 -2021

| Año | PEA ocupada | Asegurados titular | PEAO/ asegurados titular |
|------|-------------|--------------------|--------------------------|
| 2011 | 15 307 419 | 5 068 292 | 33,1 |
| 2012 | 15 542 731 | 5 375 496 | 34,6 |
| 2013 | 15 682 858 | 5 628 391 | 35,9 |
| 2014 | 15 796 828 | 5 790 017 | 36,7 |
| 2015 | 15 919 247 | 5 819 773 | 36,6 |
| 2016 | 16 197 110 | 6 201 373 | 38,3 |
| 2017 | 16 510 984 | 6 338 065 | 38,4 |
| 2018 | 16 776 484 | 6 579 868 | 39,2 |
| 2019 | 17 133 100 | 6 816 564 | 39,8 |
| 2020 | 14 901 782 | 7 091 138 | 47,6 |
| 2021 | 17 120 141 | 7 067 834 | 41,3 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 23 - Porcentaje de asegurados de EsSalud por sexo, 2018-2021

| Año | Hombre | Mujer |
|------|--------|--------|
| 2018 | 50,5 % | 49,5 % |
| 2019 | 50,6 % | 49,4 % |
| 2020 | 50,9 % | 49,1 % |
| 2021 | 50,8 % | 49,2 % |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 24 - Población asegurada y total según rango de edad en miles, 2021

| Rango edad | Total asegurados | Total población | Porcentaje de asegurados |
|---------------|------------------|-----------------|--------------------------|
| 0-14 años | 2 575 | 8 107 | 31,8 |
| 15-29 años | 2 280 | 7 876 | 28,9 |
| 30-59 años | 5 016 | 12 753 | 39,3 |
| 60 y más años | 1 881 | 4 300 | 43,7 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 25 - Consultas totales, 2018-2021

| Año | Consultas totales |
|------|-------------------|
| 2018 | 21 684 820 |
| 2019 | 23 787 157 |
| 2020 | 14 642 519 |
| 2021 | 18 026 813 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud

► Cuadro 26 - Total consultas externas por cada 100 asegurados, 2018-2021

| Año | Consultas totales | Consultas por cada 100 asegurados |
|------|-------------------|-----------------------------------|
| 2018 | 21 684 820 | 188,67 |
| 2019 | 23 787 157 | 201,39 |
| 2020 | 14 642 519 | 122,31 |
| 2021 | 18 026 813 | 153,40 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 27 - Total egresos hospitalarios por cada 100 asegurados, 2018-2021

| Año | Egresos hospitalarios | Hospitalización por cada 100 asegurados |
|------|-----------------------|---|
| 2018 | 531 150 | 4,62 |
| 2019 | 533 055 | 4,51 |
| 2020 | 368 757 | 3,08 |
| 2021 | 394 897 | 3,36 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 28 - Total emergencias por cada 100 asegurados, 2018-2021

| Año | Emergencias | Emergencias por cada 100 asegurados |
|------|-------------|-------------------------------------|
| 2018 | 6 995 177 | 60,86 |
| 2019 | 7 747 884 | 65,60 |
| 2020 | 5 681 886 | 47,46 |
| 2021 | 6 839 697 | 58,20 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 29 - Total intervenciones quirúrgicas por cada 100 asegurados, 2018-2021

| Año | Total cirugías | Intervenciones quirúrgicas por cada 100 asegurados |
|------|----------------|--|
| 2018 | 375 014 | 3,26 |
| 2019 | 327 061 | 2,77 |
| 2020 | 180 556 | 1,51 |
| 2021 | 191 096 | 1,63 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 30 - Total cirugías mayores por cada 100 asegurados, 2018-2021

| Año | Cirugías mayores | Cirugías menores por cada 100 asegurados |
|------|------------------|--|
| 2018 | 328 489 | 2,86 |
| 2019 | 277 486 | 2,35 |
| 2020 | 160 026 | 1,34 |
| 2021 | 171 538 | 1,46 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 31 - Total cirugías menores de alto y bajo requerimiento, 2018-2021

| Año | Alto requerimiento | Bajo requerimiento |
|------|--------------------|--------------------|
| 2018 | 35 969 | 10 556 |
| 2019 | 34 285 | 15 290 |
| 2020 | 12 442 | 8 088 |
| 2021 | 12 283 | 7 275 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 32 - Total cirugías menores por cada 1 000 asegurados, 2018-2021

| Año | Cirugías menores | Cirugía menores por cada 1 000 asegurados |
|------|------------------|---|
| 2018 | 46 525 | 4,05 |
| 2019 | 49 575 | 4,20 |
| 2020 | 20 530 | 1,71 |
| 2021 | 19 558 | 1,66 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 33 - Total cirugías mayores según nivel de complejidad, 2018-2021

| Año | Alta complejidad | Mediana complejidad | Baja complejidad |
|------|------------------|---------------------|------------------|
| 2018 | 45 863 | 105 597 | 177 029 |
| 2019 | 47 953 | 112 394 | 117 139 |
| 2020 | 14 108 | 41 991 | 103 927 |
| 2021 | 17 524 | 49 753 | 104 261 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 34 - Total hemodiálisis por cada 100 asegurados, 2018-2021

| Año | Hemodiálisis propios | Hemodiálisis contratados | Total hemodiálisis | Hemodiálisis por cada 100 asegurados |
|------|----------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------------------|
| 2018 | 320 539 | 1 071 190 | 1 391 729 | 12,11 |
| 2019 | 338 937 | 1 108 021 | 1 446 958 | 12,25 |
| 2020 | 291 891 | 1 071 425 | 1 363 316 | 11,39 |
| 2021 | 309 407 | 998 506 | 1 307 913 | 11,13 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 35 - Total trasplantes de órganos por cada 10 000 asegurados, 2018-2021

| Año | Trasplantes | Trasplante por cada 10 000 asegurados |
|------|-------------|---------------------------------------|
| 2018 | 536 | 0,47 |
| 2019 | 537 | 0,45 |
| 2020 | 173 | 0,14 |
| 2021 | 196 | 0,17 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 36 - Total anual de nacimientos y cesáreas, 2018-2021

| Año | Nacimientos | Cesáreas |
|------|-------------|----------|
| 2018 | 98 867 | 45 037 |
| 2019 | 92 702 | 42 535 |
| 2020 | 76 789 | 35 478 |
| 2021 | 66 742 | 32 302 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 37 - Evolución de la esperanza de vida de asegurados de EsSalud según sexo, 2022-2032

| Año | Ambos sexos | Hombre | Mujer |
|------|-------------|--------|-------|
| 2022 | 79,1 | 76,4 | 81,7 |
| 2023 | 79,2 | 76,6 | 81,8 |
| 2024 | 79,4 | 76,7 | 82 |
| 2025 | 79,5 | 76,9 | 82,1 |
| 2026 | 79,6 | 77 | 82,2 |
| 2027 | 79,7 | 77,1 | 82,3 |
| 2028 | 79,8 | 77,3 | 82,4 |
| 2029 | 80 | 77,4 | 82,5 |
| 2030 | 80,1 | 77,5 | 82,6 |
| 2031 | 80,2 | 77,6 | 82,7 |
| 2032 | 80,3 | 77,7 | 82,8 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 38 - Número total de titulares asalariados acreditados y porcentaje de cobertura respecto de la PEA

| Año | Asalariados acreditados | PEA | % del PEA |
|------|-------------------------|------------|-----------|
| 2022 | 5 222 152 | 18 836 828 | 30,40 % |
| 2023 | 5 336 717 | 19 239 493 | 30,53 % |
| 2024 | 5 436 654 | 19 632 285 | 30,57 % |
| 2025 | 5 538 899 | 20 044 437 | 30,59 % |
| 2026 | 5 641 801 | 20 462 511 | 30,59 % |
| 2027 | 5 752 547 | 20 882 975 | 30,59 % |
| 2028 | 5 830 744 | 21 165 043 | 30,60 % |
| 2029 | 5 906 811 | 21 441 819 | 30,60 % |
| 2030 | 5 981 106 | 21 713 520 | 30,61 % |
| 2031 | 6 054 117 | 21 981 658 | 30,60 % |
| 2032 | 6 126 783 | 22 248 462 | 30,60 % |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► 11. Anexo IV

► Cuadro 39 - Escenario base: proyección ingresos, resultado financiero

| Año | Resultado del ejercicio | Resultado acumulado | Reserva Legal salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | -1 501 948 290 | 35 497 888 | 3 683 166 795 |
| 2025 | -2 187 098 948 | 0 | 1 856 087 332 |
| 2026 | -2 964 098 049 | 0 | 0 |
| 2027 | -3 123 415 312 | 0 | 0 |
| 2028 | -3 216 511 451 | 0 | 0 |
| 2029 | -3 367 419 360 | 0 | 0 |
| 2030 | -3 454 940 877 | 0 | 0 |
| 2031 | -3 657 586 803 | 0 | 0 |
| 2032 | -3 901 736 199 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 40 - Subescenario 1.1: impacto de la no existencia de topes contributivos para CAS

| Año | Resultado del ejercicio | Resultado acumulado | Reserva legal salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | -1 075 179 322 | 462 266 856 | 3 683 166 795 |
| 2025 | -1 738 372 017 | 0 | 2 407 061 634 |
| 2026 | -2 470 238 423 | 0 | 0 |
| 2027 | -2 632 547 079 | 0 | 0 |
| 2028 | -2 703 619 907 | 0 | 0 |
| 2029 | -2 833 094 530 | 0 | 0 |
| 2030 | -2 898 236 158 | 0 | 0 |
| 2031 | -3 077 397 266 | 0 | 0 |
| 2032 | -3 297 197 180 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 41 - Subescenario 1.2: impacto de la no existencia de topes contributivos para MINEDU y MINSA

| Año | Resultado del ejercicio | Resultado acumulado | Reserva legal salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | -845 785 705 | 691 660 473 | 3 683 166 795 |
| 2025 | -1 501 722 652 | 0 | 2 873 104 617 |
| 2026 | -2 204 274 354 | 0 | 668 830 263 |
| 2027 | -2 342 893 157 | 0 | 0 |
| 2028 | -2 420 992 066 | 0 | 0 |
| 2029 | -2 523 529 068 | 0 | 0 |
| 2030 | -2 558 984 823 | 0 | 0 |
| 2031 | -2 705 502 016 | 0 | 0 |
| 2032 | -2 887 887 810 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 42 - Subescenario 1.3: impacto de la no existencia de topes contributivos para CAS, MINEDU y MINSA

| Año | Resultado del ejercicio | Resultado acumulado | Reserva legal salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | -419 016 737 | 1 118 429 441 | 3 683 166 795 |
| 2025 | -1 052 995 720 | 0 | 3 748 600 516 |
| 2026 | -1 695 811 257 | 0 | 2 052 789 259 |
| 2027 | -1 789 746 770 | 0 | 263 042 489 |
| 2028 | -1 896 263 610 | 0 | 0 |
| 2029 | -1 989 204 238 | 0 | 0 |
| 2030 | -2 002 280 104 | 0 | 0 |
| 2031 | -2 125 312 479 | 0 | 0 |
| 2032 | -2 283 348 791 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 43 - Subescenario 1.4: impacto del restablecimiento de las aportaciones a EsSalud sobre los aguinaldos y gratificaciones de Fiestas Patrias y Navidad

| Año | Resultado del ejercicio | Resultado acumulado | Reserva legal salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | 862 108 647 | 2 399 554 824 | 3 683 166 795 |
| 2025 | 311 156 533 | 2 350 691 872 | 4 043 186 281 |
| 2026 | -224 678 563 | 1 819 260 845 | 4 349 938 746 |
| 2027 | -156 580 454 | 1 386 921 546 | 4 625 697 591 |
| 2028 | -105 747 419 | 1 026 970 743 | 4 879 900 975 |
| 2029 | -115 343 912 | 650 356 145 | 5 141 171 661 |
| 2030 | -56 605 261 | 318 166 294 | 5 416 756 251 |
| 2031 | -107 719 209 | 0 | 5 627 203 336 |
| 2032 | -211 728 318 | 0 | 5 415 475 018 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 44 - Subescenario 1.5: impacto del subescenario 1.3 y 1.4 simultáneamente

| Año | Resultado del ejercicio | Resultado acumulado | Reserva legal salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | 2 101 040 640 | 3 638 486 818 | 3 683 166 795 |
| 2025 | 1 467 061 657 | 4 721 337 763 | 4 067 377 507 |
| 2026 | 852 414 145 | 5 266 572 798 | 4 374 556 617 |
| 2027 | 847 216 255 | 5 837 653 128 | 4 650 692 542 |
| 2028 | 832 702 240 | 6 415 594 911 | 4 905 452 999 |
| 2029 | 763 384 720 | 6 917 064 184 | 5 167 368 446 |
| 2030 | 762 739 926 | 7 403 558 055 | 5 443 614 501 |
| 2031 | 652 826 746 | 7 764 847 118 | 5 735 152 184 |
| 2032 | 508 607 973 | 7 966 398 676 | 6 042 208 598 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 45 - Subescenario 2.1: impacto del establecimiento de la pensión mínima de 500 soles como base mínima de cotización para los pensionistas

| Año | Resultado del ejercicio | Resultado acumulado | Reserva legal salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | -1 451 709 951 | 85 736 226 | 3 683 166 795 |
| 2025 | -2 130 421 291 | 0 | 1 912 764 990 |
| 2026 | -2 898 391 927 | 0 | 0 |
| 2027 | -3 053 722 159 | 0 | 0 |
| 2028 | -3 140 182 986 | 0 | 0 |
| 2029 | -3 284 349 931 | 0 | 0 |
| 2030 | -3 365 055 464 | 0 | 0 |
| 2031 | -3 560 796 145 | 0 | 0 |
| 2032 | -3 797 926 761 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 46 - Subescenario 2.2: impacto de la aplicación del 4,5 por ciento sobre el valor presente de una pensión mínima de 500 soles para quienes decidan retirar el 95,5 por ciento de sus Cuentas Individuales de Capitalización

| Año | Resultado del ejercicio | Resultado acumulado | Reserva legal salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | -918 845 991 | 618 600 186 | 3 683 166 795 |
| 2025 | -1 560 327 455 | 0 | 2 741 439 527 |
| 2026 | -2 253 189 359 | 0 | 488 250 168 |
| 2027 | -2 384 323 550 | 0 | 0 |
| 2028 | -2 450 850 696 | 0 | 0 |
| 2029 | -2 552 868 754 | 0 | 0 |
| 2030 | -2 590 153 221 | 0 | 0 |
| 2031 | -2 740 871 467 | 0 | 0 |
| 2032 | -2 931 602 933 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 47 - Subescenario 2.3: impacto del aumento de las pensiones proporcionales de 250 y 350 soles a la pensión mínima de 500 soles para efectos de cotización

| Año | Resultado del ejercicio | Resultado acumulado | Reserva legal salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | -1 499 479 902 | 37 966 276 | 3 683 166 795 |
| 2025 | -2 184 552 125 | 0 | 1 858 634 156 |
| 2026 | -2 961 352 168 | 0 | 0 |
| 2027 | -3 120 694 245 | 0 | 0 |
| 2028 | -3 213 696 345 | 0 | 0 |
| 2029 | -3 364 506 995 | 0 | 0 |
| 2030 | -3 451 928 560 | 0 | 0 |
| 2031 | -3 654 472 375 | 0 | 0 |
| 2032 | -3 898 518 436 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 48 - Subescenario 2.4: impacto de la eliminación de la transferencia de obligaciones desde EsSalud a la ONP

| Año | Resultado del ejercicio | Resultado acumulado | Reserva legal salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | -931 305 576 | 606 140 602 | 3 683 166 795 |
| 2025 | -1 628 772 806 | 0 | 2 660 534 592 |
| 2026 | -2 381 622 514 | 0 | 278 912 077 |
| 2027 | -2 576 379 495 | 0 | 0 |
| 2028 | -2 693 562 828 | 0 | 0 |
| 2029 | -2 855 757 895 | 0 | 0 |
| 2030 | -2 954 322 950 | 0 | 0 |
| 2031 | -3 167 774 055 | 0 | 0 |
| 2032 | -3 422 495 414 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 49 - Subescenario 2.5: impacto de todos los subescenarios simultáneamente

| Año | Resultado del ejercicio | Resultado acumulado | Reserva legal salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | -295 496 550 | 1 241 949 627 | 3 683 166 795 |
| 2025 | -942 776 831 | 0 | 3 982 339 592 |
| 2026 | -1 585 286 547 | 0 | 2 397 053 045 |
| 2027 | -1 691 528 429 | 0 | 705 524 616 |
| 2028 | -1 817 009 895 | 0 | 0 |
| 2029 | -1 955 225 494 | 0 | 0 |
| 2030 | -1 996 637 565 | 0 | 0 |
| 2031 | -2 151 153 634 | 0 | 0 |
| 2032 | -2 345 334 947 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 50 - Subescenario 3.1: impacto del crédito por EPS - Evaluación de la reducción de ingresos al pasar a una proporción de 30 por ciento de la prima transferida a las EPS para los asegurados en esa modalidad, y un 70 por ciento de la prima a EsSalud

| Año | Resultado del Ejercicio | Resultado Acumulado | Reserva Legal Salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | -1 699 270 368 | 0 | 3 521 342 605 |
| 2025 | -2 420 395 005 | 0 | 1 100 947 599 |
| 2026 | -3 219 838 719 | 0 | 0 |
| 2027 | -3 357 110 531 | 0 | 0 |
| 2028 | -3 462 031 601 | 0 | 0 |
| 2029 | -3 624 454 516 | 0 | 0 |
| 2030 | -3 723 776 693 | 0 | 0 |
| 2031 | -3 938 520 244 | 0 | 0 |
| 2032 | -4 195 105 472 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 51 - Subescenario 3.2: impacto del crédito por EPS - Evaluación de la reducción de ingresos al pasar a una proporción de 40 por ciento de la prima transferida a las EPS para los asegurados en esa modalidad, y un 60 por ciento de la prima a EsSalud

| Año | Resultado del Ejercicio | Resultado Acumulado | Reserva Legal Salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | -2 028 760 421 | 0 | 3 191 852 552 |
| 2025 | -2 782 962 277 | 0 | 408 890 275 |
| 2026 | -3 616 278 148 | 0 | 0 |
| 2027 | -3 740 129 478 | 0 | 0 |
| 2028 | -3 862 755 200 | 0 | 0 |
| 2029 | -4 042 542 077 | 0 | 0 |
| 2030 | -4 159 820 438 | 0 | 0 |
| 2031 | -4 393 103 175 | 0 | 0 |
| 2032 | -4 668 864 984 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 52 - Subescenario 3.3: impacto del crédito por EPS - Evaluación de la reducción de ingresos al pasar a una proporción de 50 por ciento de la prima transferida a las EPS, para los asegurados en esa modalidad, y un 50 por ciento de la prima a EsSalud

| Año | Resultado del Ejercicio | Resultado Acumulado | Reserva Legal Salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | -2 379 968 508 | 0 | 2 840 644 465 |
| 2025 | -3 170 468 849 | 0 | 0 |
| 2026 | -4 026 049 031 | 0 | 0 |
| 2027 | -4 151 272 255 | 0 | 0 |
| 2028 | -4 293 584 366 | 0 | 0 |
| 2029 | -4 492 623 888 | 0 | 0 |
| 2030 | -4 629 740 145 | 0 | 0 |
| 2031 | -4 883 447 423 | 0 | 0 |
| 2032 | -5 180 284 175 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 53 - Escenario 4: impacto de la Ley N° 31041 de Urgencia Médica para la Detección Oportuna y Atención Integral del Cáncer del Niño y del Adolescente

| Año | Resultado del Ejercicio | Resultado Acumulado | Reserva Legal Salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | -1 507 843 452 | 29 602 726 | 3 683 166 795 |
| 2025 | -2 195 803 949 | 0 | 1 849 150 880 |
| 2026 | -2 976 802 554 | 0 | 0 |
| 2027 | -3 138 740 292 | 0 | 0 |
| 2028 | -3 235 028 054 | 0 | 0 |
| 2029 | -3 389 730 410 | 0 | 0 |
| 2030 | -3 481 143 111 | 0 | 0 |
| 2031 | -3 688 207 322 | 0 | 0 |
| 2032 | -3 901 736 199 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 54 - Subescenario 5.1: impacto de la eliminación del periodo de carencia para recibir prestaciones asistenciales de maternidad y las prestaciones económicas de maternidad y lactancia. Impacto sobre la inversión adicional generada

| Año | Resultado del Ejercicio | Resultado Acumulado | Reserva Legal Salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | -1 673 257 949 | 0 | 3 547 355 024 |
| 2025 | -2 386 737 812 | 0 | 1 160 617 212 |
| 2026 | -3 178 902 595 | 0 | 0 |
| 2027 | -3 313 291 111 | 0 | 0 |
| 2028 | -3 412 189 554 | 0 | 0 |
| 2029 | -3 568 838 395 | 0 | 0 |
| 2030 | -3 662 145 267 | 0 | 0 |
| 2031 | -3 870 264 714 | 0 | 0 |
| 2032 | -4 120 511 674 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 55 - Subescenario 5.2: impacto de la extensión de la duración de la prestación económica de maternidad de 14 semanas (98 días) a 20 semanas (140 días). Impacto sobre la inversión adicional generada

| Año | Resultado del Ejercicio | Resultado Acumulado | Reserva Legal Salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | -1 675 178 123 | 0 | 3 545 434 850 |
| 2025 | -2 390 258 594 | 0 | 1 155 176 255 |
| 2026 | -3 183 582 275 | 0 | 0 |
| 2027 | -3 318 383 036 | 0 | 0 |
| 2028 | -3 418 474 731 | 0 | 0 |
| 2029 | -3 576 180 195 | 0 | 0 |
| 2030 | -3 670 511 576 | 0 | 0 |
| 2031 | -3 879 259 813 | 0 | 0 |
| 2032 | -4 130 430 623 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 56 - Subescenario 5.3: impacto simultáneo de los dos escenarios de maternidad

| Año | Resultado del Ejercicio | Resultado Acumulado | Reserva Legal Salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | -1 846 487 782 | 0 | 3 374 125 191 |
| 2025 | -2 575 293 987 | 0 | 798 831 204 |
| 2026 | -3 383 126 193 | 0 | 0 |
| 2027 | -3 508 258 836 | 0 | 0 |
| 2028 | -3 614 152 834 | 0 | 0 |
| 2029 | -3 777 599 230 | 0 | 0 |
| 2030 | -3 877 715 967 | 0 | 0 |
| 2031 | -4 091 937 724 | 0 | 0 |
| 2032 | -4 349 206 099 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

▶ Cuadro 57 - Subescenario 6.1: impacto del incremento del subsidio de lactancia y de sepelio en un 50% en el 2023 y aumento con la inflación general a partir del 2024

| Año | Resultado del Ejercicio | Resultado Acumulado | Reserva Legal Salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | -1 636 090 119 | 0 | 3 584 522 855 |
| 2025 | -2 353 169 062 | 0 | 1 231 353 793 |
| 2026 | -3 148 335 595 | 0 | 0 |
| 2027 | -3 290 742 146 | 0 | 0 |
| 2028 | -3 395 232 169 | 0 | 0 |
| 2029 | -3 558 259 570 | 0 | 0 |
| 2030 | -3 658 636 433 | 0 | 0 |
| 2031 | -3 874 890 613 | 0 | 0 |
| 2032 | -4 133 467 870 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 58 - Subescenario 6.2: impacto del incremento del subsidio de lactancia y de sepelio en un 100% (se dobla el monto) en el 2023 y aumento con la inflación general a partir del 2024

| Año | Resultado del Ejercicio | Resultado Acumulado | Reserva Legal Salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 673 463 071 | 2 220 108 598 | 3 000 504 376 |
| 2024 | -1 791 665 290 | 0 | 3 428 947 683 |
| 2025 | -2 521 394 757 | 0 | 907 552 925 |
| 2026 | -3 329 780 825 | 0 | 0 |
| 2027 | -3 463 802 316 | 0 | 0 |
| 2028 | -3 574 214 156 | 0 | 0 |
| 2029 | -3 743 529 394 | 0 | 0 |
| 2030 | -3 850 557 375 | 0 | 0 |
| 2031 | -4 073 824 352 | 0 | 0 |
| 2032 | -4 339 816 038 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.

► Cuadro 59 - Escenario 7: impacto de la aplicación de varias medidas simultáneamente

| Año | Resultado del Ejercicio | Resultado Acumulado | Reserva Legal Salud |
|------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 2022 | 911 445 334 | 3 498 906 531 | 3 395 169 513 |
| 2023 | -1 670 138 047 | 2 149 544 208 | 3 074 393 788 |
| 2024 | 651 397 932 | 2 116 311 840 | 3 759 024 088 |
| 2025 | 57 513 658 | 1 619 740 226 | 4 313 109 360 |
| 2026 | -528 527 907 | 772 373 171 | 4 631 948 508 |
| 2027 | -510 696 167 | 0 | 4 893 625 512 |
| 2028 | -522 418 464 | 0 | 4 371 207 048 |
| 2029 | -685 235 859 | 0 | 3 685 971 189 |
| 2030 | -654 404 573 | 0 | 3 031 566 616 |
| 2031 | -800 565 288 | 0 | 2 231 001 328 |
| 2032 | -957 208 435 | 0 | 1 273 792 893 |

Fuente: elaboración propia con base en información de EsSalud.



Organización
Internacional
del Trabajo