



**Oficina Subregional de la OIT para los Países Andinos**

Estudio financiero-actuarial y de la gestión de EsSalud:  
análisis y recomendaciones técnicas

Informe final

*Fabio Durán Valverde*  
*Especialista en Seguridad Social, OIT*

–Lima, Perú, mayo de 2005–



## **Presentación**

La seguridad social, tal como se enuncia por la constitución de la Organización Internacional del Trabajo, es un instrumento fundamental para el progreso y el desarrollo de los pueblos. Su Promoción y extensión se enmarca dentro de los objetivos estratégicos de la Oficina Internacional del Trabajo.

En el ámbito de las políticas públicas orientadas a consolidar y extender los sistemas de seguridad social, resulta indispensable garantizar la solvencia financiera y actuarial de los programas de seguridad social. En efecto, el cumplimiento de los principios de solidaridad y equidad que rigen la materia está, sin lugar a dudas, condicionado a la existencia de recursos suficientes para aplicar políticas redistributivas a favor de los grupos con menos capacidad contributiva.

En ese sentido, se requiere garantizar esquemas de seguridad social financieramente equilibrados, teniendo en cuenta que entre mayores sean las prestaciones que se ofrezcan, y por ende, mayores sean los costos asociados, menores serán las posibilidades de extender la cobertura de nuevos grupos. Lo anterior confirma el requerimiento de una participación subsidiaria, tal como queda mencionado, salvo que mediaren otros elementos innovadores para diseñar instrumentos de protección que puedan estar al alcance económico de nuevos grupos meta susceptibles de ser incorporados.

La realización periódica de estudios financieros y actuariales es una tarea indispensable para apoyar una sana gestión de un seguro de salud. Estos estudios permiten contar con información sobre la posición económica de los programas de seguridad social y sobre los elementos que influyen para la determinación del equilibrio entre los ingresos y los gastos. Por lo tanto, son una guía indispensable para la formulación de políticas institucionales en seguridad social.

En este orden de ideas, el trabajo que aquí se presenta, tiene como objetivo realizar una valuación financiera y actuarial de los principales seguros de salud que administra EsSalud, con miras a suministrar información estratégica a las autoridades políticas de EsSalud y del país en general, referente a la situación de los costos y niveles de financiamiento actuales y futuros. Asimismo, abarca información y análisis sobre el marco jurídico y la gestión de EsSalud, los que en conjunto con los análisis financieros y actuariales, deberán constituir, sin duda, un instrumento de valor práctico para la formulación de políticas institucionales.



El presente estudio es el fruto de esfuerzos conjuntos de EsSalud y la Oficina Subregional de la OIT para los Países de la Región Andina. Para la OIT, representa una muestra de su interés por acatar la Resolución sobre Seguridad Social, de la 89ª Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT, junio de 2001. Consideramos que constituye un esfuerzo valioso y necesario en aras de contar con instrumentos que faciliten al Gobierno e interlocutores sociales cumplir con el mandato de garantizar la seguridad social como un Derecho Humano, a la Oficina Internacional del Trabajo, le permite ofrecer el apoyo y acompañamiento necesario a este fin.

J. Ricardo Hernández Pulido  
Director  
Oficina Subregional de la OIT para los Países de la Región Andina

## Tabla de contenidos

<b>RESUMEN EJECUTIVO .....</b>	<b>I</b>
<b>CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 2. ENTORNO SOCIOECONÓMICO.....</b>	<b>4</b>
2.1 DESARROLLO HUMANO Y SEGURIDAD SOCIAL .....	4
2.2 NIVEL DEL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO .....	4
2.3- ESTADO DE LAS OPORTUNIDADES Y CAPACIDADES HUMANAS .....	6
2.3.1- <i>Estado de las condiciones para una vida larga y saludable</i> .....	6
2.3.2- <i>Estado de las condiciones para la adquisición de conocimientos</i> .....	10
2.3.3- <i>Estado de las condiciones para el acceso a recursos necesarios para un nivel de vida digno</i> .....	12
2.4 Estructura y eficiencia del mercado laboral del Perú.....	16
2.4.1 <i>La estructura del empleo</i> .....	17
2.4.2 <i>Grado de eficiencia del mercado laboral</i> .....	20
2.4.3 <i>Duración del desempleo</i> .....	24
2.4.4 <i>Brechas de desempleo</i> .....	25
<b>CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LA COBERTURA DE ESSALUD.....</b>	<b>29</b>
3.1 POBLACIÓN ASEGURADA POR ESSALUD .....	29
3.2 ¿QUIÉNES COTIZAN AL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD? .....	32
3.2.1 <i>Perfil de los titulares activos</i> .....	32
3.2.2 <i>Perfil de los empleadores afiliados</i> .....	37
3.3 LOS ÍNDICES DE COBERTURA .....	41
3.3.1 <i>Cobertura de la población total</i> .....	42
3.3.2 <i>Cobertura de la Población Económicamente Activa</i> .....	43
3.3.3 <i>Cobertura de hogares</i> .....	52
<b>CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE ESSALUD.....</b>	<b>57</b>
4.1 ASPECTOS PROGRAMÁTICOS RELACIONADOS CON LA GESTIÓN .....	57
4.1.1 <i>Planes de prestaciones y regímenes de seguros</i> .....	57
4.1.2 <i>El Plan Mínimo y las EPS</i> .....	60
4.1.3 <i>Tratamientos en el exterior</i> .....	60
4.1.4 <i>Alcance del Plan Mínimo de Atención</i> .....	61
4.1.5 <i>EsSalud y los riesgos laborales</i> .....	61
4.1.6 <i>La Caja del Pescador</i> .....	62
4.2 GESTIÓN DE INGRESOS: RECAUDACIÓN Y CONTROL CONTRIBUTIVO .....	64
4.3 GESTIÓN DE LA ACREDITACIÓN, CONTROL DE ACCESO Y REEMBOLSO .....	65
4.3.1 <i>Acreditación y control de acceso</i> .....	66
4.3.2 <i>Reembolso de servicios</i> .....	68
4.3.3 <i>Locación de servicios</i> .....	69
4.4 COSTO DE ADMINISTRACIÓN CENTRAL .....	70
4.5 ASIGNACIÓN DE RECURSOS Y GESTIÓN PRESUPUESTARIA .....	72
4.5.1 <i>Marco general</i> .....	72
4.5.2 <i>Necesidad de un cambio en el modelo de asignación de recursos en salud</i> .....	73
4.6 MODELO DE ATENCIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	75
4.6.1 <i>Modelo de atención de EsSalud: necesidad de cambios</i> .....	75
4.6.2 <i>Gestión de servicios de salud: necesidad de mejoras</i> .....	76
4.6.3 <i>Desviación de demanda de servicios hacia otros proveedores</i> .....	79
4.7 RESERVAS TÉCNICAS .....	79
4.7.1 <i>Nivel de las reservas: cumplimiento de Artículo 6, ley 26790</i> .....	80
4.7.2 <i>Estructura de la Reserva Técnica</i> .....	82
4.7.3 <i>Propuesta para el cálculo de la reserva técnica (o “reserva de contingencia”)</i> .....	83



4.7.4 Gestión de inversiones.....	84
<b>CAPÍTULO 5. VALUACIÓN ACTUARIAL DE LOS SEGUROS REGULAR Y AGRARIO.....</b>	<b>87</b>
5.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS .....	88
5.1.1 Modelo de estimación.....	88
5.1.2 Insumos de información.....	92
5.2 ANÁLISIS Y RESULTADOS INTERMEDIOS .....	93
5.3 EVOLUCIÓN FINANCIERA RECIENTE .....	98
5.4 ESCENARIOS Y RESULTADOS FINALES.....	102
5.4.1 Composición de la tasa de cotización a EsSalud.....	102
5.4.2 Escenarios .....	104
5.4.3 Escenario I (Base): principales resultados .....	107
5.4.4 Resumen de escenarios.....	114
<b>CAPÍTULO 6. APLICACIÓN DE LA PARTE II, CONVENIO 102 DE OIT.....</b>	<b>117</b>
6.1 GENERALIDADES .....	117
6.2 OBSERVACIONES DE LA COMISIÓN DE EXPERTOS EN APLICACIÓN DE CONVENIOS Y RECOMENDACIONES, REFERENTES AL RÉGIMEN DE ASISTENCIA DE SALUD DE EsSALUD .....	117
<b>CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>119</b>
7.1 CONCLUSIONES .....	119
7.2 RECOMENDACIONES .....	128
7.2.1 Recomendaciones respecto al financiamiento del Seguro de Salud.....	128
7.2.2 Recomendaciones para la extensión de la cobertura .....	129
7.2.3 Recomendaciones para mejorar la gestión .....	131
<b>ANEXO I: CARACTERÍSTICAS PROGRAMÁTICAS DE ESSALUD .....</b>	<b>133</b>
A. ASPECTOS GENERALES .....	134
B. PROGRAMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	135
B.1 Seguro de Salud .....	135
B.2 Riesgos del trabajo (trabajo de riesgo).....	139
<b>ANEXO II. BASES ESTADÍSTICAS .....</b>	<b>141</b>
<b>ANEXO III. DETALLE DE RESULTADOS SEGÚN ESCENARIOS.....</b>	<b>159</b>



## Lista de acrónimos

ALC	América Latina y el Caribe
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAS	Centros asistenciales de salud
CELADE	Centro Latinoamericano y del Caribe de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPRIT	Centro de Prevención de Riesgos del Trabajo
DNI	Documento Nacional de Identidad
DNP	Dirección de Normalización Previsional.
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
EPS	Entidad Prestadora de Servicios de Salud
EsSalud	El Seguro Social en Salud
FONAFE	Fondo Nacional de Financiamiento del Estado
GRD	Grupos Relacionados de Diagnóstico
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social
MINSA	Ministerio de Salud
OIT	Oficina Internacional del Trabajo
ONP	Oficina de Normalización Previsional
PAAC	Programa Anual de Adquisiciones y Contrataciones (EsSalud)
PBI	Producto Bruto Interno
PEA	Población Económicamente Activa
PIB	Producto Interno Bruto (véase PBI)
PNUD	Programa de las Naciones para el Desarrollo
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
RUS	Régimen Único Simplificado
SCTR	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo
SEPS	Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud
SUNAT	Superintendencia Nacional de Administración Tributaria
SIS	Seguro Integral de Salud



## Lista de personas entrevistadas o participantes en reuniones de trabajo en EsSalud

<b>Seguros:</b>	Segundo Montoya Pablo Concha Claudia Rozas Denis Vera Ernesto Quequezana Carmen Otzu Alix Huerta Heidi Landa Hjalmar Cuentas	Gerente Central de Seguros Gerente Técnico Sub Gerente de Riesgos Profesional Profesional Abogada Abogada Profesional Profesional
<b>Finanzas:</b>	Publio Román Elisa Manco Rodolfo Valdez Luciano Canales Manuel Chacaltana Hernán Castro	Gerente de Presupuesto SG de Presupuesto SG de Asignación de Recursos Gerente de Operaciones Financieras SG de Inversiones Gerente de Contabilidad
<b>OAG:</b>	Luis Emilio Jordán Ana Barrantes Ana Montalvo	Jefe de Oficina de Apoyo a la Gestión Profesional Médico
<b>Planificación:</b>	Cecilia lengua Alberto Barrenechea Juan Pablo Murillo Margot Chipana Ana María Huamán	Jefe de Oficina de Planificación Gerente de Planeamiento Corporativo SG Información Gerencial Profesional Profesional
<b>Prestaciones:</b>	Silvia Bustamante José Morales Jorge Grandez Walter Delgado	Gerente Central de Atención Primaria Profesional Profesional Profesional
<b>Oficina Central de Asesoría Jurídica</b>	Enrique Wong Jaime Muñoz	Profesional Asesor.



## Resumen Ejecutivo

El presente trabajo se desarrolla en el marco de una conjunción de esfuerzos y recursos entre El Seguro Social de Salud, EsSalud y la Oficina Internacional del Trabajo, OIT. Esta última, a partir de la Conferencia Internacional del Trabajo del año 2001, posee el mandato expreso de alentar y fortalecer las estrategias de extensión de la protección social, entre las cuales se encuentran los programas de seguridad social en salud.

El análisis financiero-actuarial figura como tema fundamental en materia de las políticas públicas orientadas a fortalecer y extender la protección social en salud, en virtud de que cualquier propuesta de fortalecimiento y extensión, siempre pasará por la necesidad de garantizar la sostenibilidad económica de los programas involucrados para cubrir los nuevos grupos por cubrir.

Las recientes reformas al sistema de seguridad social del Perú, si bien introducen un conjunto de innovaciones instrumentales para la organización financiera y la gestión de los distintos programas –incluyendo la creación de nuevos programas de protección–, como se muestra en este estudio, tales reformas no parecen haberlos dotado, al menos inicialmente, de mayores recursos en comparación con las responsabilidades de protección vertical (nivel de prestaciones) y horizontal (cobertura en población).

La legislación vigente prevé la posibilidad de ajustes en el nivel de financiamiento. En efecto, las leyes 26790 (de 1997) y 27360 (de 2000), y sus respectivos reglamentos, fijan los porcentajes de aportación y los niveles de reserva técnica, en tanto que el Decreto D.S. 009-97 señala que los porcentajes deben ser revisados al menos cada dos años con base en estudios actuariales periódicos.

El último estudio actuarial de EsSalud fue realizado en 1984 por la OIT, de modo que una evaluación que considere la historia reciente de los últimos cuatro años, permitirá a las autoridades técnicas y políticas de EsSalud, evaluar la viabilidad de los actuales regímenes de aseguramiento, con miras a su futuro rediseño.

Además de suministrar información relevante de carácter financiero-actuarial sobre los principales programas que administra EsSalud, el presente estudio se aboca a analizar un conjunto de elementos que inciden sobre el nivel de financiamiento y sobre los costos, con el objeto de proponer mejoras en la gestión y en el marco normativo. Así también, el trabajo aborda la formulación de recomendaciones para extender la cobertura.

Este estudio aporta información y análisis en cuatro ámbitos: i) la determinación de los costos actuariales y tasa de aportación al Seguro Regular y Agrario, bajo distintos escenarios; ii) la elaboración de una metodología para el cálculo de la reserva técnica de los seguros y recomendaciones para mejorar la administración de dicha reserva; iii) recomendaciones sobre las estrategias de extensión de la cobertura; y iv) análisis y recomendaciones para mejorar la gestión de EsSalud.



## **Principales resultados del estudio:**

El ámbito del financiamiento de los seguros de salud guarda complejidades importantes, tanto de orden estructural, como políticas y técnicas. Desde el punto de vista técnico, es de alta importancia estratégica la relación entre el diseño técnico de los programas, su financiamiento y su costo actuarial. Una situación no balanceada en estos tres componentes, constituye un riesgo para la sostenibilidad y el desarrollo de EsSalud.

Aunque EsSalud posee una amplia base de recursos de información, esta es todavía insuficiente para sustentar plenamente y con cierto grado de oportunidad y detalle, algunos de los requerimientos de información que demanda una valuación actuarial. En el futuro, y en atención a la necesidad de contar con información administrativa, financiera y estadística más detallada, se recomienda ejecutar estudios actuariales más detallados, los cuales podrán mejorar el alcance y la gama de información disponibles.

### **a) La cobertura**

El mercado laboral del Perú se caracteriza por la fuerte presencia de trabajadores no asalariados (trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados), lo cual contrasta con el esquema bismarckiano de financiamiento vigente en la seguridad social peruana. En cuanto al grado de eficiencia con el que opera el mercado para asignar trabajadores a puestos de trabajo, existen resultados mixtos; entre lo positivo resalta el hecho de que la tasa de desempleo y la duración del desempleo en Perú parecen bajas en comparación con otros países de la región, lo cual puede representar una oportunidad desde la perspectiva del financiamiento para el Seguro de Salud. Sin embargo, la existencia de importantes brechas de desempleo entre diferentes grupos de trabajadores o grupos socioeconómicos, y el alto nivel del subempleo constituyen elementos que plantean dificultades particulares para la seguridad social.

***Tendencia de la tasa de cobertura.*** En los últimos diez años la tasa de cobertura del Seguro de Salud respecto a la Población Económicamente Activa, experimentó un importante decrecimiento. Este resultado debe llamar a la reflexión pues sin duda alguna plantea un desafío a las autoridades de EsSalud en términos de las medidas urgentes que han de adoptarse para revertir la tendencia descrita.

***Alcance de la cobertura de seguros de salud.*** Perú se ubica entre los países latinoamericanos cuyo seguro social de salud alcanza niveles de cobertura por debajo del promedio regional. Este trabajo muestra la presencia de altos índices de exclusión que afectan a una porción significativa de la población, y que invitan a fortalecer las políticas públicas y las acciones institucionales tendientes a reducir dicha brecha. En este sentido, se estima que un 26% de la población nacional cuenta con cobertura del Seguro de Salud de EsSalud, un 20% con la cobertura del Seguro Integral de Salud, SIS, a cargo del Ministerio de Salud, 0,2 de las Entidades Prestadoras de Salud y un 4,4% con protección de seguros privados y otros. Como resultado de ello, prácticamente la mitad de los habitantes de Perú no tienen acceso a ningún seguro de salud.

Respecto a la cobertura de la PEA, el 17 % de ella está cubierta por el Seguro de Salud de EsSalud. La protección alcanza al 30.7% de los asalariados<sup>1</sup> (72.2% públicos y 23.4% privados), y al 7.3% de los trabajadores no asalariados. Los índices de cobertura estimados reflejan una estrecha asociación positiva con el tamaño del establecimiento productivo, en detrimento de la microempresa.

El análisis de los índices de cobertura revela también notables diferencias de cobertura según la rama de actividad económica. Los sectores más desprotegidos por el seguro de salud-EsSalud son los trabajadores de la agricultura, la pesca y de servicio doméstico. En ninguna de las regiones del país la cobertura es elevada; el nivel de máxima cobertura de la fuerza de trabajo lo ocupa Lima Metropolitana (27%), seguida por la región de Costa Centro (24.5%). Hay que enfatizar que las mayores carencias de protección se concentran en las zonas de difícil acceso como lo son la sierra y la selva. En términos de género, los resultados señalan que no existen diferencias significativas en la cobertura de hombres y mujeres en la fuerza de trabajo, lo que en gran medida está explicado por el patrón de inserción laboral de las mujeres, mucho más orientado hacia actividades productivas que relativamente gozan de mejor cobertura.

Los indicadores disponibles aportan suficiente evidencia para afirmar que la falta de cobertura no es un problema exclusivo de los trabajadores no asalariados ni de la economía informal, sino que incluye en mayor o menor medida, a todos los grupos sociolaborales de la sociedad peruana; pero afecta fundamentalmente a los no asalariados y a los asalariados (dependientes) que laboran en los establecimientos más pequeños.

Desde la perspectiva de los hogares, sólo un 30% de las familias peruanas están cubiertas, parcial o totalmente, por la seguridad social en salud; pero entre las familias más pobres, la proporción de familias cubiertas es sólo 2.3%, mientras que en las más ricas es 69.7%, aproximadamente. Debido al mayor tamaño medio de hogar de las familias más pobres, dichas diferencias se refuerzan cuando se considera la distribución de la cobertura según número de personas cubiertas, en vez considerar el número de hogares. En este análisis familiar, las grandes diferencias en cuanto a cobertura, también afloran cuando se analizan en función de la región, tamaño de establecimiento donde labora el jefe de hogar y género del jefe de hogar.

***Perfil de los empleadores afiliados.*** Los empleadores afiliados al Seguro de Salud de EsSalud constituyen en su gran mayoría establecimientos con menos de cinco trabajadores, dedicados al comercio, la reparación de vehículos automotores, servicio doméstico y a actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler, fundamentalmente. En términos de número de empleadores afiliados al Seguro de Salud, las micro y pequeñas empresas aportan el grueso de la afiliación; pero desde el punto de vista del número de trabajadores afiliados, son las empresas grandes las que aportan la enorme mayoría de la afiliación. Es decir, las microempresas no parecen conformar un sector importante en términos de la proporción de trabajadores afiliados al Seguro de Salud, aunque sí en relación con el número de empleadores afiliados.

***Dualismo estructural e incentivos a la afiliación.*** El dualismo estructural en el financiamiento y estructura del sector público en salud peruano, favorece la existencia de

---

<sup>1</sup> A lo largo de este informe, se entiende por trabajadores asalariados aquellos que poseen una relación laboral de dependencia con un empleador.

distorsiones y subsidios cruzados entre los programas de salud basados en la participación contributiva (EsSalud) y los basados en la asistencia social o esquemas de aseguramiento alternos (SIS); además, existe evidencia de que la operación de dos redes de servicios independientes MINSA/EsSalud, no solo dificulta la coordinación del sistema, sino que lo sobredimensiona y lo torna mucho más costoso. Tal dualismo estructural parece favorecer a algunos grupos de ingresos medios y altos, quienes aunque no contribuyen al Seguro de Salud de EsSalud, se benefician de la existencia de un sector público en salud relativamente consolidado y extendido en el ámbito urbano, donde por lo tanto, estarían actuando como “free rider” (conducta oportunista de acceso a servicios), especialmente en el nivel más especializado y costoso del sector salud.

***Derivación de demanda e incentivos a la afiliación.*** La falta de incentivos para la utilización de los servicios de EsSalud para el grupo de contribuyentes a EsSalud de ingreso medio y alto, y por tanto, la derivación de su demanda al sector privado y al MINSA como alternativas a las deficiencias de los servicios del Seguro Social, o a los problemas de acceso oportuno, o geográfico, constituye un elemento que no solo frena el crecimiento de la afiliación, sino que genera riesgos para la sostenibilidad financiera misma de los programas contributivos en salud. Esto ha de llamar la atención en el sentido de la necesidad de abrir espacios para que la participación de estos grupos sea más equitativa y promueva su permanencia a largo plazo en calidad de contribuyentes a EsSalud. Una conclusión del análisis actuarial de EsSalud, es que para reducir la derivación de la demanda de servicios de salud hacia otros proveedores, habrá que pensar en incrementos en los niveles de financiamiento para sustentar la demanda insatisfecha que este fenómeno entraña, que habría de combinarse con mejoras en la calidad y la gestión, con el fin de mantener los costos en niveles financierables.

#### ***b) La gestión en EsSalud***

Si bien EsSalud viene desarrollando acciones de fortalecimiento, estas habrán de ser complementadas con un mayor financiamiento y con cambios en el enfoque de la gestión y del modelo de atención. En todo caso, ha de quedar claro que las mejoras en la gestión, aunque indispensables, no serán suficientes para llenar las necesidades de financiamiento, actuales y futuras.

***Planes de prestaciones y regímenes de seguros.*** El Seguro de Salud administrado por EsSalud es un programa específico, con un conjunto particular de prestaciones denominado “Plan Mínimo de Atención”, cuya definición está sujeta al reglamento de la ley. En la realidad, se observa que El Seguro Social de Salud opera como un conjunto de programas de protección, entre los cuales existe un Seguro de Salud con diversos regímenes de aseguramiento o afiliación (v.g. Regular, Agrario y otros), así como programas específicos de protección ante contingencias alrededor de la renta causadas por enfermedad: subsidios por incapacidad laboral temporal, maternidad, lactancia y sepelio, y protección de riesgos laborales para los trabajadores en empleo de alto riesgo.

El Seguro Agrario, más que un régimen de aseguramiento independiente, opera en la práctica como un esquema de afiliación más barato que el del Seguro Regular, sin diferencias de fondo en el contenido de la cobertura vertical. La fijación de una tasa de cotización inferior para el Seguro Agrario, crea subsidios a nivel de actividad productiva para sectores que en su mayoría forman parte de la economía formal.

La actual definición del Plan Mínimo del Seguro de Salud, mediante los conceptos de “capa simple” y “capa compleja”, no responde adecuadamente a una definición de productos asegurables en salud, y entraña dificultades prácticas de gestión, insalvables; al tiempo que afecta a los distintos actores, incluyendo a los mismos asegurados, a EsSalud y a las EPS.

A lo anterior hay que agregar que en la práctica el Seguro de Salud no opera bajo el concepto de cobertura de un Plan Mínimo. Siguiendo la tradición del antiguo IPSS, continúa vigente un ambicioso “plan abierto”, que en razón de su diseño, promueve el riesgo moral y en general el oportunismo en el acceso a la protección del aseguramiento en salud. Casos concretos que llaman la atención son las condiciones de acceso a intervenciones complejas y de alto costo, y los tratamientos en el exterior. Se recomienda una revisión completa de la definición y configuración del Plan Mínimo. Ante los problemas de financiamiento que se derivan en este estudio, EsSalud habrá de plantearse seriamente la necesidad de conformar un verdadero Plan Mínimo, cuyo costo sea sostenible y financiable.

**Riesgos laborales.** La protección de los riesgos laborales, su organización financiera y mecanismos de financiamiento, es un tema que aún no está resuelto en el sistema de seguridad social de Perú. El SCTR protege y financia solo los trabajadores en actividades de “alto riesgo” y deja mezclada la cobertura de riesgos laborales a la mayoría de los trabajadores dentro del Seguro de Salud. A la luz de la necesidad de que en el futuro Perú se acoja a la parte VI del Convenio 102 de OIT, relativa a accidentes y enfermedades profesionales, se recomienda una separación completa del financiamiento y cobertura, para todos los trabajadores. En resumen, hay necesidad de acciones en dos líneas: i) desde el punto de vista de la gestión, la necesidad de que EsSalud separe y registre completamente el financiamiento y los gastos relativos a riesgos laborales (tanto de accidentes como de enfermedades profesionales) de todos los trabajadores afiliados y no solo los de trabajadores adscritos al SCTR, y ii) la incorporación de cambios jurídicos ante una posible agenda de reformas futuras tendientes a darle compleción al marco jurídico de la seguridad social en función de la Norma Mínima de Seguridad Social (Convenio 102).

**Gestión de ingresos y control contributivo.** La transferencia de las funciones de recaudación y control contributivo a manos de la SUNAT, ha permitido mejorar la cantidad y calidad de la información generada por dicha entidad para EsSalud; así también, hay evidencia de mejoras en los procesos y la introducción de innovaciones en la aplicación de funciones de control contributivo, así como de aumentos recientes en la recaudación (reflejados básicamente en el año 2004). Sin embargo, estos progresos no se han reflejado en los resultados finales de la afiliación y por el contrario los índices de cobertura con respecto a la PEA han seguido deteriorándose en el tiempo.

La comisión del 2% de la recaudación es relativamente elevada si se juzga en términos del desempeño en los índices de cobertura de los últimos años. Lejos de reducir dicha comisión, se recomienda revisar sus destinos efectivos y empezar a considerar la formulación de un plan de compromisos en términos de resultados, con metas bien claras. Por ejemplo, comprometer una inversión mínima anual, fijada como porcentaje del presupuesto para financiar una campaña masiva de medios (radio, televisión y prensa), permanente, dirigida al fortalecimiento de derechos de los asegurados y de deberes de los empleadores, representaría un ámbito de acción interesante para introducir necesarios cambios en la cultura de la población frente al tema de la seguridad social. Hay que destacar, sin embargo, que SUNAT ha planteado propuestas interesantes, altamente convenientes de analizar, para cubrir sectores

específicos como la microempresa y en genera los grupos de independientes de ingreso medio y bajo; a las que recomendamos prestar atención.

Un aspecto crítico es que ni EsSalud, ni la SUNAT, disponen de sistemas de información en el ámbito estratégico, que les permitan gestionar el tema de la cobertura; de modo que esta forma una tarea en la agenda estratégica para fortalecer el conocimiento y la capacidad de gestión en el ámbito de la extensión de la cobertura.

**Accreditación y control de acceso.** EsSalud experimenta notables problemas en sus esquemas de acreditación y control e acceso, algunos de los cuales son derivados de problemas en la calidad de la información que recibe de SUNAT; pero otras se originan en las limitaciones de los sistemas de información propios de EsSalud. Las dificultades para aplicar la acreditación y controlar eficazmente el acceso a servicios, para limitarlos a la población asegurada, representa un problema serio, que drena recursos de una magnitud considerable como resultado de un porcentaje significativo de no asegurados que frecuentan los servicios de EsSalud (cuantificado en el presente informe). Algunos de los problemas de acreditación, están en proceso de solución debido a acciones tomadas recientemente; sin embargo, una solución integral demandará un esfuerzo institucional de cierta magnitud, especialmente en el ámbito de tecnologías de información y cultura organizacional.

**Reembolso de servicios.** Un problema que suscita dificultades a EsSalud es el cobro de servicios suministrados a pacientes no asegurados o bien a pacientes asegurados de empleadores morosos. Hay dificultades notorias en la aplicación de los instrumentos vigentes de recuperación de fondos, y una escasa capacidad local para la ejecución del cobro, que se conjugan con carencias en los sistemas de información que soportan los procesos de acreditación, facturación y cobro a pacientes no asegurados o pacientes con empleadores morosos. La relativa centralización de estos procesos, la lentitud en las resoluciones de cobranza, la falta de capacidad en el nivel local (asistencial), los problemas de coordinación con SUNAT, la no adecuación del marco jurídico y los escasos incentivos al nivel local para premiar la “recuperación” de fondos, explican en gran parte el problema.

**Locación de servicios.** Las nuevas tendencias de contratación, implican formas para disfrazar la relación de dependencia empleado-empleador y precarizan el empleo, como es el caso del contrato por honorarios profesionales, muy extendidos en el Perú, en el sector privado y público. Si bien hay legislación vigente para contrarrestar este problema, aún no se profundiza su aplicación. En general, la situación de la cobertura refleja que existe una carencia de percepción de riesgo de evasión por parte de las empresas que aplican estas prácticas, pues la legislación vigente no le otorga a SUNAT ni a EsSalud la suficiente fuerza ni instrumentos compulsivos para actuar. Se recomienda darse a la tarea de diseñar y realizar la implementación de reformas jurídicas en este ámbito.

**Costo de administración central de EsSalud** El gasto “puro” de administración de servicios centrales de EsSalud representa aproximadamente el 3% del gasto global y se ubica en niveles muy razonables. Si a este costo se suma la comisión de recaudación a SUNAT (costo externo, no generado administrativamente por EsSalud), el costo total de administración central ronda el 5% del gasto global, cifra que sigue ubicándose en niveles comparativos razonables.

El pago por pasivo de pensiones no representa un gasto de administración, y se recomienda que sea transferido a la ONP en cuanto a su financiamiento, por no corresponder a un gasto en



salud, sino a un pasivo pensional originado como parte del costo de transición de la reforma de pensiones.

**Asignación de recursos y gestión presupuestaria.** La forma en que EsSalud opera la distribución de los recursos hacia su red de servicios en salud, sigue un modelo altamente centralista y poco eficaz, que compromete tanto la eficiencia de la función de aseguramiento, como la eficiencia en la gestión de la red de servicios de salud. Es sumamente recomendable la revisión de dicho modelo, con miras a introducir conceptos innovadores como el financiamiento por actividad, por demanda y población, y financiamiento de incentivos a la calidad y logros en salud, aplicables mediante nuevos esquemas de “pago”.

**Modelo de atención en salud.** El modelo de atención en salud de EsSalud continúa siendo de carácter curativo; esto sin menoscabo de la consideración de los esfuerzos incipientes en EsSalud para aplicar un enfoque de gestión de riesgo en salud, los que sin duda han de ser decididamente apoyados. Actualmente las actividades de internamiento hospitalario absorben una gran proporción de recursos, y el primer nivel de atención en salud es débil y requiere fortalecerse.

**Gestión de servicios de salud.** Se identificó la elevada estancia hospitalaria promedio, como uno de los grandes problemas de gestión de servicios hospitalarios. El problema genera a EsSalud elevados costos, y se explica por una serie de factores: problemas de programación interna dentro de los hospitales, infección hospitalaria, lentitud de exámenes de laboratorio, falta de cultura hacia la gestión de los costos en el nivel clínico, cancelación de cirugías y complicaciones de pacientes, entre otros. EsSalud podría beneficiarse considerablemente de la adopción de nuevos enfoques en la gestión hospitalaria, por lo que se recomienda avanzar en la introducción de estos nuevos modelos de gestión.

**Derivación de demanda de servicios de salud hacia otros proveedores.** Una proporción de demanda de servicios, nada despreciable (originada en población probablemente insatisfecha o con bajo acceso geográfico o percepción de baja oportunidad), está derivándose hacia otros proveedores de servicios de salud fuera de EsSalud. EsSalud habrá de invertir recursos para atender esta demanda, con el fin de garantizar su imagen y sostenibilidad en el tiempo. De no lograrlo, no habrá incentivos a la afiliación por parte de los grupos con los que mayoritariamente se podrían obtener recursos para financiar políticas y programas basados en la solidaridad.

**Reservas técnicas.** EsSalud viene cumpliendo en un nivel satisfactorio con los requisitos legales de conformación de la reserva técnica. Dado que sigue un modelo de financiamiento conocido como de reparto, típico de todos los seguros de salud en el mundo, solo requiere una pequeña “reserva de contingencia”. La actual reserva reglamentaria equivalente al 30% del gasto anual, es suficiente para financiar aproximadamente 3.6 meses de operación, y está dentro de límites técnicos razonables.

### **c) Valuación actuarial**

Las cotizaciones actuales a EsSalud, del 9% y 4%, para los seguros regular, y agrario y pensionistas, respectivamente, determinan una prima o tasa de cotización efectiva para el Seguro de Salud, promedio del 6.35% de la masa cotizable (suma de ingresos y remuneraciones sobre las cuales se cotiza). Esto una vez que se deducen las transferencias a

las EPS, el pasivo pensional y los recursos requeridos para la cobertura de los riesgos laborales.

Esta tasa efectiva del 6.35% que recibe el Seguro de Salud (Regular y Agrario, conjuntamente), se distribuye en: 5.38% para prestaciones asistenciales en salud; 0.58% para financiar las prestaciones económicas y 0.35% para la administración del aseguramiento (incluida la comisión pagada a SUNAT).

El costo de gestionar los riesgos laborales, en adición al específico del SCTR, se estima en el 0.57% de la masa cotizable (suma de ingresos y remuneraciones sobre los cuales se cotiza) total que maneja el seguro; la separación de este costo es importantísima, en virtud de la necesidad de conformar un seguro separado para todo el conjunto de riesgos laborales.

En un escenario “sin cambios” en la situación actual del Seguro, se generaría un resultado económico negativo (déficit operativo anual) a partir del año 2005, que se incrementaría en el tiempo. El actual costo global del Seguro de Salud de 7.27%, crecería hasta 8.3% en el 2015. Dadas estas perspectivas, EsSalud ha de darse a la tarea de desarrollar acciones tendientes a afrontar un panorama futuro económicamente tenso. Un escenario de inacción, de por sí riesgoso para la sostenibilidad futura del programa, solo podría ser afrontado mediante tres opciones: déficit, incremento de tasas de cotización, fuerte contención de costos, o reducción no planificada de calidad de servicios y de cobertura; o alguna combinación de estas.

Bajo algunos escenarios de cambio, se incrementará el costo del Seguro, como serían los casos de: fortalecimiento del primer nivel de atención, aumento de los gastos de capital o la reducción de la derivación de asegurados a servicios prestados por terceros. Pero en algunos otros escenarios, los costos pueden bajar o al menos mantenerse, como es el caso de mejoras en la gestión hospitalaria, incrementos en la tasa de cobertura, traslado del pasivo de pensiones a la ONP, entre otros.

Es plausible que mediante una política preactiva en los ámbitos arriba indicados, EsSalud pueda lograr reducciones de costos del Seguro de Salud por debajo de los niveles proyectados en un escenario “sin cambios”. En aras de garantizar la sostenibilidad de su Seguro de Salud, es recomendable que EsSalud gestione modificaciones en sus planes estratégicos y adopte una política proactiva en los diversos ámbitos de la gestión mencionados.

#### **d) Recomendaciones**

En este informe se plantea un vasto conjunto de recomendaciones específicas, las cuales podrían conformar el marco para la formulación de un plan de acción de corto y mediano plazo.

En cuanto al financiamiento, las principales recomendaciones tienen que ver con la revisión del Plan Mínimo de atención, la revisión de las tasas de aportes (particularmente del Seguro Agrario) y la separación del financiamiento para la cobertura de riesgos laborales.

En lo referente a las políticas para incrementar la cobertura, las recomendaciones fundamentales se refieren a la coordinación de los mecanismos de financiamiento y cobertura entre MINSA y EsSalud, pensando a futuro en la necesaria consolidación de las fuentes. Así también, la aplicación de medidas para reforzar el conocimiento y posicionamiento del tema;



el aumento de la capacidad técnica institucional (diversas instituciones) y el desarrollo de sistemas de indicadores; concertación mediante acuerdos o pactos nacionales que fijen metas y responsabilidades institucionales (especialmente de SUNAT); establecer subsidios a la afiliación (en conjunto con SIS/MINSA); el incremento de la acción compulsiva del sistema frente a la evasión; la adopción de una política de inversión de una parte fija y sustancial de la recaudación a la formación de derechos y deberes de empleadores y trabajadores; y la creación de nuevos programas de aseguramiento adecuados a las posibilidades de financiamiento de grupos de ingreso medio y bajo, urbanos y rurales.

Para mejorar la gestión, el conjunto de recomendaciones efectuadas es amplio, pero factible. Las principales tienen que ver con la transformación institucional hacia un modelo más desconcentrado, la introducción de nuevos mecanismos de asignación de recursos hacia la red de servicios (en el marco de la separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios de salud), la modernización hospitalaria (gestión clínica y sistemas de información), la gestión del aseguramiento, la modernización de la plataforma de tecnologías de información, y la apertura de opciones de acceso para la población que actualmente paga cotizaciones pero que por razones de percepción de calidad y barreras de acceso deben recurrir al gasto de bolsillo en los servicios privados.





## Capítulo 1. Introducción

---

Este documento recoge los principales resultados y análisis derivados de la evaluación financiera-actuarial de los principales programas de seguro de salud administrados por El Seguro Social de Salud, EsSalud. Comprende además análisis y recomendaciones referentes al marco jurídico y la gestión.

El trabajo se elabora en el marco de una conjunción de esfuerzos y recursos entre EsSalud y la Oficina Internacional del Trabajo, OIT. Esta última, a partir de la Conferencia Internacional del Trabajo del año 2001, posee el mandato expreso de alentar y fortalecer las estrategias de extensión de la protección social, entre las cuales se encuentran los programas de seguro social en salud.

El análisis financiero-actuarial figura como tema fundamental en materia de las políticas públicas orientadas a fortalecer y extender la protección social en salud, en virtud de que cualquier propuesta de fortalecimiento y extensión, siempre pasará por la necesidad de garantizar la sostenibilidad económica de los programas involucrados. De acuerdo con lo anterior, las posibilidades de extender la cobertura a los grupos excluidos, en el marco de los principios de la seguridad social de garantizar condiciones de solidaridad y equidad en el financiamiento, afronta el reto de disponer de los recursos suficientes para cristalizar cualquier política redistributiva en ese ámbito.

Se reconoce que existe una tensión entre los niveles de financiamiento o cotización a los programas de seguridad social, y las posibilidades de extenderlos. Dada la responsabilidad de garantizar esquemas de seguridad social financieramente equilibrados, cuanto mayores son los prestaciones que se ofrezcan, y por ende, cuando mayores sean los costos asociados, menores serán las posibilidades de extender la cobertura a nuevos grupos sin que medie una fuerte y decidida participación subsidiaria estatal o de los grupos ya cubiertos; o bien, sin que medien elementos innovadores para diseñar instrumentos de protección que puedan estar al alcance económico de los nuevos grupos meta a incorporar.

Las recientes reformas al sistema de seguridad social del Perú, si bien introducen un conjunto de innovaciones instrumentales para la organización financiera y la gestión de los distintos programas –incluyendo la creación de nuevos programas de protección–, como se muestra en este estudio, tales reformas no parecen haberlos dotado, al menos inicialmente, de mayores



recursos en comparación con las responsabilidades de protección vertical (nivel de prestaciones) y horizontal (cobertura en población).

Sin embargo, como era de esperarse, la legislación vigente sí prevé la posibilidad de ajustes en el nivel de financiamiento. En efecto, las leyes 26790 (de 1997) y 27360 (de 2000), y sus respectivos reglamentos, fijan los porcentajes de aportación y los niveles de reserva técnica, en tanto que el Decreto D.S. 009-97 señala que los porcentajes deben ser revisados al menos cada dos años con base en estudios actuariales periódicos.

EsSalud carece de un estudio actuarial reciente, que fundamente adecuadamente las innovaciones para extender la cobertura. El último estudio actuarial fue realizado en 1984 por la OIT. Una evaluación que considere la historia reciente de los últimos cuatro años, permitirá a las autoridades técnicas y políticas de EsSalud, evaluar la viabilidad de los actuales regímenes de aseguramiento, con miras a su futuro rediseño.

Además de suministrar información relevante de carácter financiero-actuarial sobre los principales programas que administra EsSalud, el presente estudio se aboca a analizar un conjunto de elementos que inciden sobre el nivel de financiamiento y sobre los costos, con el objeto de proponer mejoras en la gestión y en el marco normativo. Así también, el trabajo aborda la formulación de recomendaciones para extender la cobertura. Como objetivo complementario se plantea el fortalecimiento de la capacidad institucional de EsSalud para la ejecución de evaluaciones financieras y actuariales de los regímenes que administra.

Cabe destacar que ninguna evaluación actuarial pretendería constituirse en un pronóstico infalible de las condiciones de gasto y financiamiento, sino que a través de las modelizaciones empleadas pretende suministrar insumos informativos respecto a los resultados más plausibles que se alcanzarían bajo distintas hipótesis, parámetros o supuestos programáticos, económicos, demográficos y epidemiológicos. Es así como se recurre a la formulación y análisis de distintos escenarios, en los cuales se reflejan medidas de ajuste que idealmente conducirían a mejorar tanto el impacto y cobertura de los programas, como su adecuado financiamiento.

Entre los principales resultados del estudio figuran: i) la determinación de los costos actuariales y tasa de aportación al Seguro Regular y Agrario, bajo distintos escenarios; ii) la elaboración de una metodología para el cálculo de la reserva técnica de los seguros y recomendaciones para mejorar la administración de dicha reserva; iii) recomendaciones sobre las estrategias de extensión de la cobertura; y iv) análisis y recomendaciones para mejorar la gestión de EsSalud.

Este documento está estructurado en siete capítulos. Además del presente capítulo, en el Capítulo 2 se realiza una exposición general del contexto sociodemográfico del Perú, con el fin de proporcionar un marco general de referencia que soporta muchos de los elementos presentados en el resto del documento, con especial énfasis en el mercado laboral. El Capítulo 3 comprende una descripción de la evolución de la cobertura de la fuerza de trabajo, que se complementa con comparaciones internacionales para ubicar la situación de la cobertura de Perú en el contexto internacional. Se cuantifican, detalladamente, los cotizantes al Seguro de Salud, con clasificaciones según tamaño de establecimiento, rama de actividad económica, ubicación geográfica, género y sector institucional, principalmente. Una vez que se cuenta con un mapeo de los grupos cotizantes, se procede a presentar los índices de cobertura para las principales clasificaciones y se suministran análisis que permiten derivar



conclusiones de significativa relevancia respecto a los mayores retos de las políticas para la extensión de la protección social en salud en el Perú. En el Capítulo 4, se realiza un análisis de la gestión de EsSalud, donde se abordan diversos aspectos estratégicos en términos de su impacto sobre los costos, eficiencia e imagen institucional; se analizan allí temas como el alcance del Plan Mínimo de Atención del Seguro de Salud, la eficiencia administrativa en las funciones de aseguramiento, la acreditación de beneficiarios, el modelo de atención en salud, el modelo de gestión de servicios de salud con énfasis en aspectos de gestión y eficiencia hospitalaria; entre otros. El Capítulo 5 se adentra en el objeto principal del estudio, a saber, el análisis actuarial del Seguro de Salud para sus ámbitos de Seguro Regular y Agrario; allí se plantean un conjunto de escenarios de simulación y análisis, que guardan estrecha relación con las recomendaciones y análisis contenidos en los capítulos anteriores. Como parte del análisis actuarial, se determina la distribución del financiamiento vigente en cuanto a la repartición de las actuales tasas de cotización; esto permite determinar cuál es el financiamiento efectivo que está recibiendo el Seguro de Salud una vez separados un conjunto de costos y rubros y constituye un ejercicio crítico para sincerar las “cuentas en salud” y el verdadero esfuerzo del país en materia de inversión y financiamiento del seguro de salud. Entre otros elementos del análisis actuarial, se determina el nivel actual de costos actuariales y su proyección bajo distintos escenarios para un periodo que abarca del 2003 al 2015; se abordan también dos escenarios específicos, uno para aproximar el costo del Seguro Agrario y el otro para la población pensionada. En el Capítulo 6 se presenta documentación reciente con observaciones de la Comisión de Expertos de OIT, las cuales se refieren a las prestaciones de seguridad social en salud de Perú. El documento finaliza con una amplia exposición de las principales conclusiones y recomendaciones.

El autor desea dejar constancia de su agradecimiento a todas aquellas personas y entidades que mediante su apoyo y colaboración hicieron posible la culminación de este trabajo. Se agradece a las autoridades institucionales de EsSalud, especialmente al señor Presidente José Luis Chirinos, por su decidido apoyo al proyecto, plasmado a través del gran apoyo institucional recibido, así como al señor Carlos Sotelo Bambarén, Gerente General y a Pedro Muñoz-Najar Rojas, Gerente de la División de Aseguramiento. Merece un agradecimiento muy especial el señor Segundo Montoya, Gerente Central de Seguros de EsSalud, por el apoyo incondicional durante la ejecución del trabajo, tanto personal como de los equipos técnicos a su cargo; particularmente se agradece a Claudia Rozas, Subgerente de Riesgos y a Pablo Concha, Gerente Técnico de la Gerencia Central de Seguros, quienes actuaron como contrapartes técnicas principales del proyecto, apoyando en la organización y logística, y en la consolidación y suministro de información de diversas áreas institucionales, así como suministrando análisis y comentarios de gran utilidad. Se hace constar el agradecimiento para Daniel Muñoz Corella, quien en calidad de consultor de apoyo, tuvo a cargo gran parte de las actividades de procesamiento de información y generación de tablas estadísticas y apoyó con comentarios y análisis en la elaboración de algunos de los capítulos. En el ámbito de la OIT, se agradece a Ricardo Hernández Pulido, Director de la Oficina Subregional de OIT para los países de la Región Andina, así como a Eduardo Daccaret, Sub Director de dicha Oficina, por el apoyo brindado a la iniciativa y por sus actividades de coordinación del estudio; al personal del Servicio Actuarial y Financiero (SOC/FAS) y del Servicio de Políticas de Seguridad Social y Desarrollo (SOC/POL) de OIT Ginebra, en especial a Carmen Solorio, Michael Cichon y Karuna Pal, quienes con sus excelentes aportaciones enriquecieron este informe.

## Capítulo 2. Entorno socioeconómico

---

### 2.1 Desarrollo humano y seguridad social

El desarrollo humano plantea que las personas son tanto el fin último del desarrollo como el medio para lograrlo. De acuerdo con esta visión, el desarrollo es el proceso de ampliación de oportunidades y capacidades para vivir una vida plena, entendiendo por esta el disfrute de una vida larga y saludable, con adquisición de conocimientos, acceso a los recursos para un nivel de vida digno, conservándolos para las generaciones futuras; garantizando la seguridad personal, y logrando la igualdad para todos, hombres y mujeres.

El presente capítulo tiene como objetivo aportar información que permita examinar, en términos generales, el grado en que Perú ofrece oportunidades e invierte en generar capacidades de sus habitantes. Ello como marco de referencia para comprender muchos de los elementos relativos al grado de cobertura y equidad de acceso al Seguro Social de Salud administrado por EsSalud, los cuales constituyen parte fundamental del presente estudio, pues guardan estrecha relación con la capacidad de financiamiento de la seguridad social que el país posee.

Para tal propósito se utilizan los indicadores sobre desarrollo humano para Perú publicados en el *“Informe sobre Desarrollo Humano 2003”* del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)<sup>2</sup>, los que se complementan con indicadores contenidos en el informe *“Panorama Social de América Latina 2002-2003”* de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Adicionalmente, se realizan comparaciones con los indicadores del resto de países de América Latina.

### 2.2 Nivel del Índice de Desarrollo Humano

El Índice de Desarrollo Humano (IDH), es una medida sintética que resume un conjunto de indicadores relativos a salud (esperanza de vida) y educación (alfabetismo y matrícula

---

<sup>2</sup> Desde 1990 el PNUD prepara y publica el Índice de Desarrollo Humano, para valorar los avances logrados por los países más allá del producto interno bruto per cápita, que es la medida tradicional en esta materia. El IDH da énfasis a dimensiones relacionadas con otros aspectos del bienestar de la población. Se sustenta en el concepto de desarrollo humano y, especialmente, en los postulados teóricos sobre los conceptos de capacidades y oportunidades del premio Nobel de Economía Amartya Sen.



escolar), que complementan el indicador del ingreso (ingreso per cápita). Los indicadores relativos a la salud, buscan dimensionar las oportunidades y capacidades de los habitantes de un país para el disfrute de una vida larga y saludable; mientras que los de educación, las relativas a la adquisición de conocimientos. Por su parte; los indicadores de ingreso, miden las oportunidades y capacidades de la población para el acceso a recursos necesarios para un nivel de vida digno.

De conformidad con esta metodología, Perú alcanzó en el 2001 un IDH de 0.752 el cual se ubica dentro del rango de ]0.800, 0.500] correspondiente a los países con desarrollo humano medio. Sin bien durante el último cuarto de siglo este indicador ha experimentado un crecimiento importante (0.639 en 1975), en el 2001 el país ocupó la posición once dentro del total de dieciocho países que conforman la región continental de América Latina.

En términos desagregados, el IDH de Perú combina una esperanza de vida al nacer de 69.4 años, una tasa de alfabetización de adultos de 90.2%, una tasa bruta combinada de matriculación primaria, secundaria y terciaria del 83%, y un PIB per cápita (ajustado por paridad del poder adquisitivo) de \$4,570. Como puede apreciarse en la Tabla 2.1, los tres primeros indicadores no presentan diferencias significativas respecto a los respectivos promedios para América Latina y el Caribe: 70.3 años, 89.2% y 81.0%; respectivamente. Sin embargo, el nivel de ingreso per cápita si difiere significativamente, toda vez que el ingreso per cápita promedio de la región (\$7.050) supera al de Perú en un 35.2%; es decir en promedio, los habitantes de Perú perciben al año un ingreso per cápita que es alrededor de las dos terceras partes del ingreso per cápita de la región.

**Tabla 2.1**  
América Latina: Indicadores de Desarrollo Humano

País	Valor del Índice de Desarrollo Humano		Esperanza de vida al nacer	Tasa de alfabetización de adultos,	Tasa bruta combinada de matriculación primaria, secundaria y terciaria,	PIB per cápita (PPA en
	1975	2001	(años) 2001	(%), 2001	(%), 2000-2001	US\$),2001
<b>América Latina y el Caribe</b>			<b>70.3</b>	<b>89.2</b>	<b>81.0</b>	<b>7,050</b>
<i>Perú</i>	<i>0.639</i>	<i>0.752</i>	<i>69.4</i>	<i>90.2</i>	<i>83.0</i>	<i>4,570</i>
Argentina	0.784	0.849	73.9	96.9	89.0	11,320
Uruguay	0.756	0.834	75.0	97.6	84.0	8,400
Costa Rica	0.749	0.832	77.9	95.7	66.0	9,460
Chile	0.700	0.831	75.8	95.9	76.0	9,190
México	0.684	0.800	73.1	91.4	74.0	8,430
Panamá	0.710	0.788	74.4	92.1	75.0	5,750
Colombia	0.667	0.779	71.8	91.9	71.0	7,040
Brasil	0.643	0.777	67.8	87.3	95.0	7,360
Belice	..	0.776	71.7	93.4	76.0	5,690
Venezuela	0.715	0.775	73.5	92.8	68.0	5,670
Paraguay	0.674	0.751	70.5	93.5	64.0	5,210
Ecuador	0.627	0.731	70.5	91.8	72.0	3,280
El Salvador	0.595	0.704	70.4	79.2	64.0	5,260
Bolivia	0.511	0.672	63.3	86.0	84.0	2,300
Honduras	0.522	0.667	68.8	75.6	62.0	2,830
Guatemala	0.514	0.652	65.3	69.2	57.0	4,400
Nicaragua	..	0.643	69.1	66.8	65.0	2,450

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2003, PNUD.

## 2.3- Estado de las oportunidades y capacidades humanas

El presente apartado profundiza los resultados del IDH de Perú presentados a nivel general en el apartado anterior. Ello a partir de una desagregación de indicadores que miden el estado de las oportunidades y capacidades para: i) el disfrute de una vida larga y saludable, ii) la adquisición de conocimientos y iii) el acceso a recursos necesarios para un nivel de vida digno.

### 2.3.1- Estado de las condiciones para una vida larga y saludable

Según datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2003, en este año la población de Perú alcanzó 27,687,839 habitantes. Estimaciones de la CEPAL indican que en el 2030 alcanzará 37,463,580 personas. El aumento entre el 2003 y el 2030 será el equivalente al registrado en los 18 años anteriores, lo cual denota una desaceleración de la tasa de crecimiento anual de la población. Este comportamiento es consecuencia de la acción de los tres componentes de la dinámica demográfica: mortalidad, natalidad y migración internacional. En efecto, la tasa de natalidad que fue alta a principios de los años cincuenta, se ha reducido sistemáticamente a través del tiempo. Por otro lado, han persistido niveles relativamente altos de mortalidad infantil, y parte de la población ha emigrado a otros países, especialmente a partir de mediados de los setentas, fenómeno que está explicado en gran parte por la prevalencia de difíciles condiciones en el mercado laboral (Tabla 2.2).

**Tabla 2.2**  
**Peru: Indicadores de crecimiento demográfico y de la estructura poblacional, 1950-2030**

<b>Indicadores de crecimiento demográfico</b> (quinquenios)	<b>1950-1955</b>	<b>1975-1980</b>	<b>2000-2005</b>	<b>2025-2030</b>
Tasa de crecimiento de la población (por cien)	2.6	2.7	1.5	0.9
Tasa bruta de natalidad (por mil)	47.1	38.0	23.3	16.2
Tasa de mortalidad infantil (por mil)	158.6	99.1	33.4	18.7
Tasa de migración (por mil)	0.0	-0.4	-2.2	-0.2
Esperanza de vida al nacer	43.9	58.5	69.8	75.6
<b>Indicadores de la estructura poblacional</b> (años)				
	<b>1950</b>	<b>1975</b>	<b>2005</b>	<b>2025</b>
Distribución de la población (por cien)				
0-14 años	41.6	43.5	34.5	24.1
15-64 años	55.0	53.2	60.8	67.5
65 y más	3.5	3.5	4.7	8.4
Relación de dependencia (por cien)	81.9	87.9	64.6	48.2
Edad media de la población	19.1	18.2	22.7	30.9
Índice de masculinidad (por cien)	101.4	101.6	101.2	100.2
Relación adultos mayores/jóvenes (por cien)	8.3	8.2	13.6	35.0
% de mujeres en edad fértil	46.1	45.6	51.8	52.8

Fuente: Estadísticas de población CEPAL.

Si bien en los últimos cincuenta y cinco años la expectativa de vida al nacer ha crecido en forma significativa (pasa de 43.9 en el quinquenio 1950-1955 a 69.8 en el quinquenio 2000-2005), pudo haber sido mayor si la tasa de mortalidad infantil no fuese tan elevada. He aquí un primer elemento de la sociedad peruana que limita el disfrute de una vida larga y saludable.

La dinámica demográfica descrita, se asocia a cambios en la estructura de la población tanto desde el punto de vista de la edad y como de la urbanización. Por una parte, mientras que la proporción de personas de 15 a 64 años ha crecido un 10.5% (pasa de 55% en 1950 a 60.8% en 2005), la de 65 años y más lo ha hecho en un 34% (pasa de 3.5% en 1950 a 4.7% en el 2005). Como consecuencia de ello, la importancia relativa de la población entre 0 y 14 años decrece un 17% al pasar de 41.6% en 1950 a 34.5% en el 2005.

Dadas estas tendencias, se estima que la razón adultos mayores/jóvenes se incrementará de 8.3% (1950) a 35% (2025), mientras que la relación de dependencia (definida como el cociente “menores de 15 años + adultos mayores” / ”población de 15 a 64 años”) disminuirá de 81.9% (1950) a 48.2% (2025). Ello hace que el país se encuentre en una situación demográfica favorable que crea nuevas oportunidades económicas y sociales, especialmente favorable para EsSalud en materia de financiamiento, al menos durante las próximas décadas, y hasta tanto esta tendencia no se invierta. Así, durante algunas décadas el país tendrá, entre sus habitantes, una mayor proporción de personas en capacidad de aportar a la economía que los que dependen de quienes trabajan. Esta ventajosa relación de dependencia puede ofrecer condiciones para el aumento del ahorro y la inversión, pero para aprovecharlas es indispensable contar con políticas públicas que propicien no sólo la generación de empleos calificados, sino también una menor exclusión de los programas de protección social en salud y educación.



Aunado a ello, se experimenta un importante proceso de urbanización. En 1975, el 61.5% de la población total residía en áreas urbanas, en el 2001 dicha cifra alcanzó el 73.1%, y se estima que para el 2015 ronde el 77,9%. Estos factores ejercen una fuerte presión en términos de acceso a los servicios de salud, haciendo necesaria la presencia de instituciones como EsSalud que, con un marco más amplio de recursos y un uso más eficaz de los mismos, asuman los efectos del crecimiento poblacional mediante el aumento de la oferta de los servicios de salud para cada grupo de demanda específico. Como se observa en la Tabla 2.3, este cambio de estructura es congruente con la tendencia que se observa en la región.

**Tabla 2.3**  
**América Latina: Porcentaje de población urbana**  
**1975-2001**

País	1975	2001	2015
América Latina y el Caribe	61.4	75.8	80.5
<i>Perú</i>	61.5	73.1	77.9
Argentina	80.7	88.3	90.2
Uruguay	83.1	92.1	94.4
Costa Rica	42.5	59.5	66.5
Chile	78.4	86.0	89.1
México	62.8	74.6	77.9
Panamá	49.0	56.6	61.7
Colombia	60.0	75.5	81.3
Brasil	61.8	81.7	87.7
Belice	50.2	48.1	51.7
Venezuela	75.8	87.2	90.0
Paraguay	39.0	56.6	65.0
Ecuador	42.4	63.4	69.4
El Salvador	41.5	61.3	73.2
Bolivia	41.3	62.9	69.9
Honduras	32.1	53.6	64.3
Guatemala	36.7	40.0	46.2
Nicaragua	48.9	56.5	62.6

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2003, PNUD.

En adición a la perspectiva demográfica, un segundo elemento a evaluar tiene que ver con las condiciones de salud de la población. Desde este punto de vista, la Tabla 2.4 presenta dos tipos de indicadores: indicadores generales del estado de salud (parte A) e indicadores de compromiso con la salud (parte B). En cuanto a los primeros, se observa que Perú, al igual que muchos países de América Latina, presenta algunas situaciones desfavorables. Así por ejemplo, se estima que existe una probabilidad de 10.2% de nacer y no sobrevivir hasta los 40 años de edad. Adicionalmente: un 11% de la población padece de desnutrición, una quinta parte de la población no cuenta con acceso sostenible a fuentes de agua mejoradas, y un 7% de los niños menores de cinco años tienen un peso inferior al normal. A ello se une la presencia moderada de casos de paludismo, tuberculosis y HIV/SIDA. Por su parte, algunos de los indicadores que miden el nivel de compromiso con la salud, tampoco son favorables. Por ejemplo, sólo un 71% de la población tiene acceso a servicios de salud adecuados, entre el 50% y 79% tiene acceso sostenible a medicamentos esenciales asequibles, sólo un 59% de los partos son atendidos por personal sanitario especializado, y el gasto público en salud asciende a 2,8% del PIB.



**Tabla 2.4**  
**América Latina: Indicadores generales situación de salud y de compromiso con la salud**  
**A- Indicadores generales situación de salud**

País	Probabilidad de nacer y no sobrevivir hasta los 40 años de edad (% de la cohorte) 2000-2005	Personas desnutridas (% de la población total) 1998/2000	Niños con peso insuficiente al normal (% de menores de 5 años) 1995-2001	Personas con VIH/SIDA			Casos de paludismo (por 100.000 habitantes) 2000	Casos de tuberculosis (por 100.000 habitantes) 2001
				Adultos (% entre 15-49 años) 2001	Mujeres (entre 15-49 años) 2001	Niños (entre 0-14 años) 2001		
				0.6	640,000	60,000		
<b>América Latina y el Caribe</b>		<b>12.0</b>	<b>..</b>	<b>0.6</b>	<b>640,000</b>	<b>60,000</b>		<b>41.0</b>
<i>Perú</i>	<i>10.2</i>	<i>11.0</i>	<i>7.0</i>	<i>0.4</i>	<i>13,000</i>	<i>1,500</i>	<i>258.0</i>	<i>94.0</i>
Argentina	5.1	..	5.0	0.7	30,000	3,000	1.0	30.0
Uruguay	4.4	3.0	5.0	0.3	1,400	100	..	15.0
Costa Rica	3.7	5.0	5.0	0.6	2,800	320	42.0	7.0
Chile	4.1	4.0	1.0	0.3	4,300	<500	..	10.0
México	7.6	5.0	8.0	0.3	32,000	3,600	8.0	19.0
Panamá	6.8	18.0	7.0	1.5	8,700	800	36.0	28.0
Colombia	8.4	13.0	7.0	0.4	20,000	4,000	250.0	29.0
Brasil	11.5	10.0	6.0	0.7	220,000	13,000	344.0	44.0
Belice	11.3	..	6.0	2.0	1,000	180	657.0	18.0
Venezuela	5.9	21.0	5.0	0.5	..	..	94.0	22.0
Paraguay	8.0	14.0	5.0	..	..	..	124.0	43.0
Ecuador	10.3	5.0	15.0	0.3	5,100	660	728.0	94.0
El Salvador	9.9	14.0	12.0	0.6	6,300	830	11.0	36.0
Bolivia	16.0	23.0	10.0	0.1	1,200	160	378.0	116.0
Honduras	13.8	21.0	25.0	1.6	27,000	3,000	541.0	46.0
Guatemala	14.1	25.0	24.0	1.0	27,000	4,800	386.0	48.0
Nicaragua	10.3	29.0	12.0	0.2	1,500	210	402.0	35.0

**B- Indicadores de compromiso con la salud: acceso, servicios y recursos**

País	Población con acceso a servicios de salud adecuados (%) 2000	Población con acceso a fuentes de agua mejoradas (%) 2000	Población con acceso sostenible a medicamentos esenciales asequibles (%) 1999	Niños de 1 año inmunizados		Partos atendidos por personal sanitario especializado (%) 1995-2001	Médicos (por 100,000 habitantes) 1990-2002	Gasto en salud		
				Contra la tuberculosis (%) 2001	Contra el sarampión (%) 2001			Público (% del PIB) 2000	Privado (% del PIB) 2000	Per cápita (PPA en US\$) 2000
				95.0	91.0			82.0	117.0	2.8
<b>América Latina y el Caribe</b>	<b>77.0</b>	<b>86.0</b>	<b>..</b>	<b>95.0</b>	<b>91.0</b>	<b>82.0</b>				
<i>Perú</i>	<i>71.0</i>	<i>80.0</i>	<i>50-79</i>	<i>88.0</i>	<i>97.0</i>	<i>59.0</i>	<i>117.0</i>	<i>2.8</i>	<i>2.0</i>	<i>238</i>
Argentina	..	..	50-79	99.0	94.0	98.0	294.0	4.7	3.9	1,091
Uruguay	94.0	98.0	50-79	99.0	94.0	99.0	375.0	5.1	5.8	1,007
Costa Rica	93.0	95.0	95-100	92.0	82.0	98.0	178.0	4.7	2.1	474
Chile	96.0	93.0	80-94	97.0	97.0	100.0	115.0	3.1	4.2	697
México	74.0	88.0	80-94	99.0	97.0	86.0	130.0	2.5	2.8	477
Panamá	92.0	90.0	80-94	99.0	97.0	90.0	117.0	4.8	2.1	464
Colombia	86.0	91.0	80-94	86.0	75.0	86.0	109.0	5.3	4.0	612
Brasil	76.0	87.0	0-49	99.0	99.0	88.0	158.0	3.4	4.9	631
Belice	..	92.0	80-94	95.0	96.0	77.0	55.0	2.1	2.5	273
Venezuela	68.0	83.0	80-94	94.0	49.0	95.0	203.0	2.7	2.0	280
Paraguay	94.0	78.0	0-49	51.0	77.0	58.0	117.0	3.0	4.9	323
Ecuador	86.0	85.0	0-49	99.0	99.0	69.0	138.0	1.2	1.2	78
El Salvador	82.0	77.0	80-94	99.0	97.0	51.0	121.0	3.8	5.0	391
Bolivia	70.0	83.0	50-79	94.0	79.0	59.0	130.0	4.3	1.8	145
Honduras	75.0	88.0	0-49	99.0	95.0	54.0	83.0	4.3	2.5	165
Guatemala	81.0	92.0	50-79	92.0	90.0	41.0	90.0	2.3	2.5	192
Nicaragua	85.0	77.0	0-49	98.0	99.0	65.0	61.0	2.3	2.1	108

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2003, PNUD.

## 2.3.2-Estado de las condiciones para la adquisición de conocimientos

La Tabla 2.5 presenta la evolución de las tasas de alfabetización y educación para América Latina durante el período 1990-2001. Como se puede observar, Perú al igual que la región muestra una tendencia de incremento en la cobertura educativa. Sin embargo, en el 2001, registra una tasa de alfabetización de adultos de 90.2%, lo cual implica un nivel de analfabetismo para este grupo poblacional de 9.8%, cifra comparativa alta respecto a las que para el mismo año reportan Argentina (3.1%), Uruguay (2.4%), Costa Rica (4.3%) y Chile (4.1%). A nivel de matrícula, las dificultades se presentan en la secundaria, pues la tasa neta de matriculación en este nivel asciende a 61%.

**Tabla 2.5**  
América Latina: Indicadores de alfabetización y educación

País	Tasa de alfabetización de adultos (% de 15 años y más)		Tasa de alfabetización de jóvenes (% de 15 a 24 años)		Tasa neta de matriculación en primaria (%)		Tasa neta de matriculación en secundaria (%)		Niños que llegan al 5° año (%)	Estudiantes de terciaria en ciencias, matemáticas e ingeniería (% de todos los estudiantes de terciaria) 1994-97
	1990	2001	1990	2001	1990	2001	1990	2001		
	<b>América Latina y el Caribe</b>	<b>85.0</b>	<b>89.2</b>	<b>92.7</b>	<b>95.2</b>	<b>87.0</b>	<b>97.0</b>	..		
<i>Perú</i>	85.5	90.2	94.5	96.9	..	104.0	..	61.0	88.0	..
Argentina	95.7	96.9	98.2	98.6	..	107.0	..	79.0	90.0	30.0
Uruguay	96.5	97.6	98.7	99.1	91.0	90.0	..	70.0	91.0	24.0
Costa Rica	93.9	95.7	97.4	98.3	86.0	91.0	36.0	49.0	80.0	18.0
Chile	94.0	95.9	98.1	98.9	88.0	89.0	55.0	75.0	101.0	43.0
México	87.3	91.4	95.2	97.2	100.0	103.0	45.0	60.0	88.0	31.0
Panamá	89.0	92.1	95.3	96.9	91.0	100.0	51.0	62.0	92.0	27.0
Colombia	88.4	91.9	94.9	97.0	..	89.0	..	57.0	..	31.0
Brasil	82.0	87.3	91.8	95.5	86.0	97.0	15.0	71.0	..	23.0
Belice	89.1	93.4	96.0	98.1	98.0	100.0	29.0	63.0	..	..
Venezuela	88.9	92.8	96.0	98.1	88.0	88.0	19.0	50.0	91.0	..
Paraguay	90.3	93.5	95.6	97.2	93.0	92.0	26.0	47.0	76.0	22.0
Ecuador	87.6	91.8	95.5	97.3	..	99.0	..	48.0	78.0	..
El Salvador	72.4	79.2	83.8	88.5	75.0	81.0	..	39.0	71.0	20.0
Bolivia	78.1	86.0	92.6	96.1	91.0	97.0	29.0	68.0	83.0	..
Honduras	68.1	75.6	79.7	85.5	89.0	88.0	..	..	..	26.0
Guatemala	61.0	69.2	73.4	79.6	..	84.0	..	26.0	..	..
Nicaragua	62.7	66.8	68.2	72.0	72.0	81.0	..	36.0	48.0	31.0

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2003, PNUD.

De lo anterior se deduce por tanto, que el problema educativo se refleja en los altos niveles de deserción del ciclo escolar. Según datos de la CEPAL, alrededor del 23% de la población de jóvenes peruanos entre 15 a 19 años ha desertado del ciclo escolar (Tabla 2.6).

**Tabla 2.6**

**Perú: Clasificación de los jóvenes de 15 a 19 años de edad según su distribución a lo largo del ciclo escolar, 2001**  
En porcentajes

Situación de estudios	%
No ingresaron al sistema educativo	0.9
Desertores escolares	22.8
Desertores primarios (durante el ciclo primario)	6.8
Desertores al finalizar el ciclo primario	7.4
Desertores al inicio del ciclo secundario	4.6
Desertores al término del ciclo secundario	4.0
Estudiantes y egresados	76.3
Estudiantes muy retrasados	16.0
Estudiantes poco retrasados	11.8
Estudiantes al día	24.0
Egresados	24.5

Fuente: Panorama Social de América Latina 2002-2003, CEPAL.

Lo anterior contrasta con los esfuerzos que el Estado peruano realiza en torno a la educación. En efecto, tal como se visualiza en la Tabla 2.7, dentro del contexto de América Latina el gasto público en educación de Perú asciende a 3.3% del PIB, ligeramente inferior al realizado por los países con un mayor desarrollo relativo como lo son Argentina, Costa Rica, Chile y México.

**Tabla 2.7**  
América Latina. Indicadores de compromiso con la educación: gasto público

País	Gasto público en educación por nivel				
	Gasto público en educación		(% de todos los niveles)		
	% PIB	% gasto público total	Preescolar y primaria	Secundaria	Terciaria
<i>Perú</i>	<b>3.3</b>	<b>21.1</b>	<b>41.3</b>	<b>26.6</b>	<b>20.4</b>
Argentina	4.0	11.8	42.8	36.9	17.1
Costa Rica	4.4	..	51.8	28.0	19.4
Chile	4.2	17.5	50.2	33.3	16.5
México	4.4	22.6	..	..	..
Panamá	5.9	..	40.8	33.9	25.3
Colombia	..	..	..	..	20.7
Brasil	4.7	12.9	41.0	37.6	21.4
Belice	6.2	20.9	46.7	36.5	4.9
Paraguay	5.0	11.2	..	..	..
Ecuador	1.6	8.0	49.4	42.7	6.9
El Salvador	2.3	13.4	15.9	75.1	8.8
Bolivia	5.5	23.1	52.3	22.9	23.8
Honduras	4.0	..	..	..	..
Guatemala	1.7	11.4	67.2	32.8	0.0
Nicaragua	5.0	13.8	..	..	..

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2003, PNUD.

### 2.3.3- Estado de las condiciones para el acceso a recursos necesarios para un nivel de vida digno

Desde la perspectiva económica, el desempeño de Perú presenta resultados mixtos. Entre lo positivo resaltan dos hechos que inciden favorablemente sobre las condiciones de acceso a recursos por parte de la población peruana. En primer lugar, en los últimos años la economía peruana ha dado muestras de un mayor dinamismo. En efecto, si bien durante el período 1975-2001 el país experimentó, respecto al contexto latinoamericano, una de las más bajas tasas de crecimiento del PIB per cápita (-0.7% como promedio anual), durante los últimos once años de ese período el crecimiento fue más acelerado al ubicarse en 2.4% como promedio anual, tasa de crecimiento que incluso superó al promedio regional (1.5%). Sin embargo, el valor actual del ingreso per cápita (\$4,570) es un 14% menor al valor más alto (\$5.310) obtenido en 1981. En segundo lugar, los niveles de inflación han disminuido drásticamente: la tasa promedio anual de inflación durante el período 2000-2001 es once veces inferior a la tasa promedio registrada en el período 1990-2001. (Tabla 2.8).

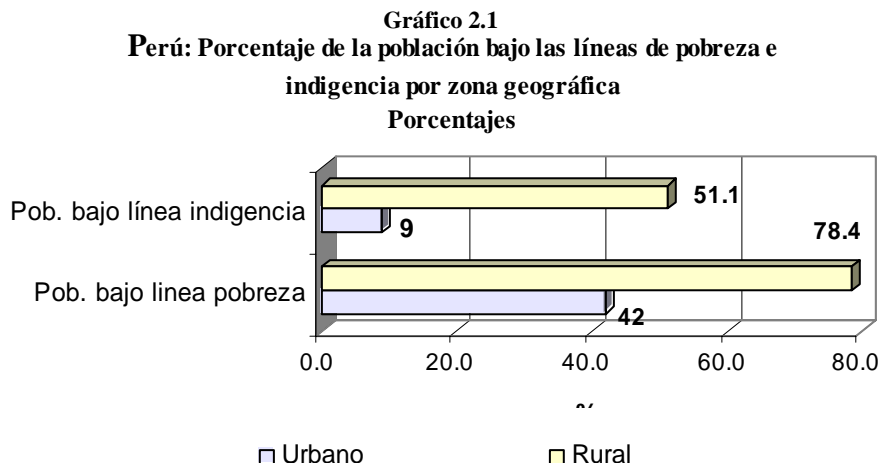
**Tabla 2.8**  
América Latina: Indicadores de resultados económicos

País	PIB per cápita (PPA en US\$)	Tasa de crecimiento anual		PIB Per cápita		Cambio medio anual -índice de precios al consumo (%)	
		PIB per cápita (%)		Valor más alto durante 1975-	Año del valor más alto	1990-2001	2000-01
		1975-2001	1990-2001	2001 (PPA en US\$)			
<b>América Latina y el Caribe</b>	<b>7,050</b>	<b>0.7</b>	<b>1.5</b>	..	..	..	..
<i>Perú</i>	<i>4,570</i>	<i>-0.7</i>	<i>2.4</i>	<i>5,310</i>	<i>1981</i>	<i>23.8</i>	<i>2.0</i>
Argentina	11,320	0.4	2.3	12,827	1998	7.4	-1.1
Uruguay	8,400	1.4	2.1	9,256	1998	30.2	4.4
Costa Rica	9,460	1.2	2.8	9,529	2000	15.1	11.2
Chile	9,190	4.1	4.7	9,190	2001	8.3	3.6
México	8,430	0.9	1.5	8,551	2000	18.6	6.4
Panamá	5,750	0.8	2.1	5,821	2000	1.1	0.3
Colombia	7,040	1.5	0.8	7,539	1997	19.5	8.7
Brasil	7,360	0.8	1.4	7,360	2001	161.6	6.9
Belice	5,690	2.8	1.6	5,690	2001	1.8	1.2
Venezuela	5,670	-0.9	-0.6	7,619	1977	45.9	12.5
Paraguay	5,210	0.6	-0.6	6,052	1981	12.5	7.3
Ecuador	3,280	0.2	-0.3	3,517	1997	38.7	37.7
El Salvador	5,260	0.1	2.4	5,850	1978	7.8	3.8
Bolivia	2,300	-0.4	1.4	2,613	1978	8.1	1.6
Honduras	2,830	0.1	0.3	3,002	1979	18.0	9.7
Guatemala	4,400	0.1	1.4	4,522	1980	9.7	7.6
Nicaragua	..	-4.0	-0.1	..	..	35.1	..

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2003, PNUD.

El resultado negativo tiene que ver con los altos niveles de pobreza. Según cifras del PNUD, en Perú el 41.4% de la población vive con dos o menos dólares diarios. Como se observa en el

Gráfico 2,1, de la población rural, la mitad vive por debajo de la línea de la indigencia. Mientras que en el ámbito urbano, uno de cada diez habitantes vive en esa condición. Debe aclararse que estas desfavorables condiciones de pobreza prevalecen también en buena parte de los países de la región.



Fuente: Informe Panorama Social de América Latina 2002-2003, CEPAL.

Cuatro factores estructurales contribuyen a explicar el bajo crecimiento económico y el elevado nivel de pobreza del país.<sup>3</sup> Como primer factor se tiene el alto nivel de desigualdad en la distribución del ingreso que en los últimos años se ha mantenido en los altos niveles preexistentes. El 10% de la población urbana con ingreso más elevado se apropia de un 30,0% del ingreso nacional, mientras que el 40% con menor ingreso se apropia de sólo 16.9%. En contraste, como se aprecia en la Tabla 2.9, en las zonas rurales, el nivel de inequidad aunque alto, es relativamente menor respecto al observado en las zonas urbanas.

Tabla 2.9

Región Andina: Nivel y distribución del ingreso de los hogares, zonas urbanas y rurales  
(En porcentajes)

País	Zonas urbanas					Zonas rurales				
	Ingreso medio*	Participación del ingresototal del:				Ingreso medio*	Participación del ingresototal del:			
		40% más pobre	30% siguiente	20% anterior al 10% más rico	10% más rico		40% más pobre	30% siguiente	20% anterior al 10% más rico	10% más rico
Bolivia (2002)	7,7	13,9	21,4	26,4	38,4	3,5	8,2	21,6	30,7	39,5
Colombia (1999)	7,3	12,6	21,9	26,6	38,8	5,6	13,9	24,7	25,9	35,5
Ecuador (2002)	6,7	15,4	24,3	26,0	34,3	...	...	...	...	...
Perú (2001)	7,6	16,9	25,4	27,0	30,0	3,7	19,2	27,6	28,0	25,2
Venezuela (1990)	9,1	16,8	26,1	28,8	28,4	7,7	19,8	28,6	27,8	23,8

\* Ingreso medio mensual de los hogares, en múltiplos de la línea de pobreza per cápita

Fuente: Panorama Social de América Latina 2002-2003, CEPAL.

El segundo factor explicativo resulta del hecho de que una proporción importante de la población habita en zonas interiores de gran altitud, lo cual resta competitividad internacional a la economía por los elevados costos de transporte en que debe incurrir para acceder a los mercados. Como consecuencia de las dificultades de acceso a los mercados, el país depende fuertemente de los recursos naturales (petróleo, gas, productos del mar) y en menor cuantía de los productos

<sup>3</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2003, capítulo III.

manufacturados (poca diversificación de exportaciones); por lo que están expuestos a las oscilaciones en los precios de los productos básicos.

Tabla 2.10  
América Latina: Indicadores sobre la estructura del comercio

País	Importaciones de bienes y servicios		Exportaciones de bienes y servicios		Exportaciones de productos primarios		Exportaciones de manufacturados		Exportaciones de productos de alta tecnología	
	(% del PIB)		(% del PIB)		(% de exportaciones de mercancías)		(% de exportaciones de mercancías)		(% de las exportaciones de manufacturados)	
	1990	2001	1990	2001	1990	2001	1990	2001	1990	2001
<b>América Latina y el Caribe</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>65</b>	<b>40</b>	<b>34</b>	<b>49</b>	<b>4</b>	<b>15</b>
<i>Perú</i>	<i>14</i>	<i>17</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>82</i>	<i>78</i>	<i>18</i>	<i>22</i>	<i>0</i>	<i>2</i>
Argentina	5	10	10	11	71	66	29	33	0	9
Uruguay	18	20	24	19	61	58	39	42	0	2
Costa Rica	41	45	35	43	66	38	27	62	0	36
Chile	31	33	35	35	87	80	11	18	1	1
México	20	30	19	28	56	15	43	85	7	22
Panamá	34	35	38	33	78	87	21	13	0	1
Colombia	15	19	21	19	74	61	25	39	0	7
Brasil	7	14	8	13	47	44	52	54	6	18
Belice	62	74	64	55	..	..	15	11	0	0
Venezuela	20	18	39	23	90	89	10	11	2	2
Paraguay	39	38	33	23	..	84	10	16	(.)	4
Ecuador	27	34	33	31	98	88	2	12	(.)	4
El Salvador	31	43	19	29	62	44	38	55	0	7
Bolivia	24	24	23	18	95	78	5	22	0	10
Honduras	40	55	36	38	91	72	9	27	0	1
Guatemala	25	28	21	19	76	62	24	38	0	8
Nicaragua	46	..	25	..	92	87	8	13	0	3

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2003, PNUD.

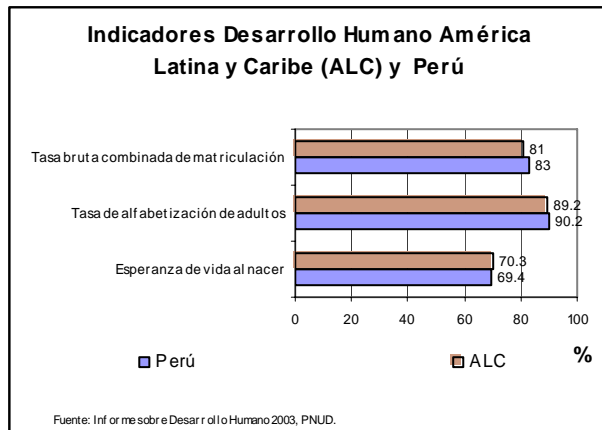
El fenómeno climático “*El Niño*”, fluctuación cíclica de temperaturas y lluvias que afecta seriamente la producción agrícola, constituye el tercer elemento estructural que contribuye a explicar el crecimiento endeble y la pobreza, que de no contrarrestarse con adecuadas políticas agrava la vulnerabilidad de la estructura productiva del país

Finalmente, la deuda externa constituye un factor limitante para el desarrollo de Perú. Según el Informe sobre Desarrollo Humano 2003, el servicio total de la deuda de Perú (medido como proporción del PIB), pasó de 1.8% en 1990 a 4.1% en el 2001. Como es de esperar, dicha deuda tiene como costo de oportunidad asociado las inversiones necesarias para aumentar el stock de capital humano y alentar el crecimiento económico.

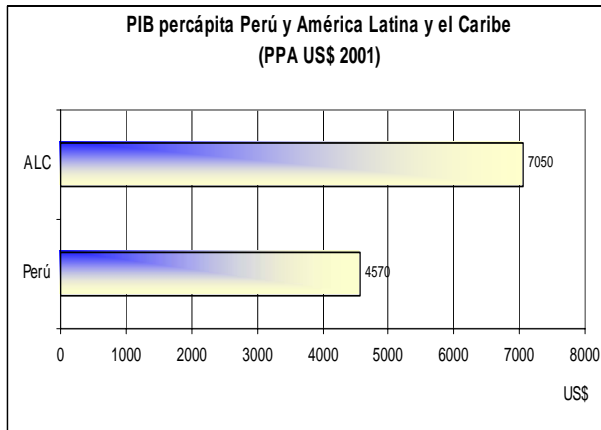
En resumen, del esbozo general sobre el estado del desarrollo humano en Perú presentado en el presente capítulo, se puede concluir que pese a los avances logrados en las últimas décadas, en Perú aún persisten condiciones de pobreza “humana” (medida en niveles no satisfactorios de mortalidad infantil, deserción escolar, desnutrición, de niños con bajo peso al nacer, de analfabetismo en adultos, de acceso a servicios de salud adecuados, de acceso a medicamentos esenciales asequibles y de acceso a fuentes de agua mejoradas) y de “ingresos” (medida por los niveles no deseables de inequidad en el ingreso y de indigencia). Lo anterior, sin duda alguna plantea importantes desafíos para la seguridad social como instrumento de transformación, en particular para EsSalud.

## Panel de gráficos: Indicadores de Desarrollo Humano en Perú

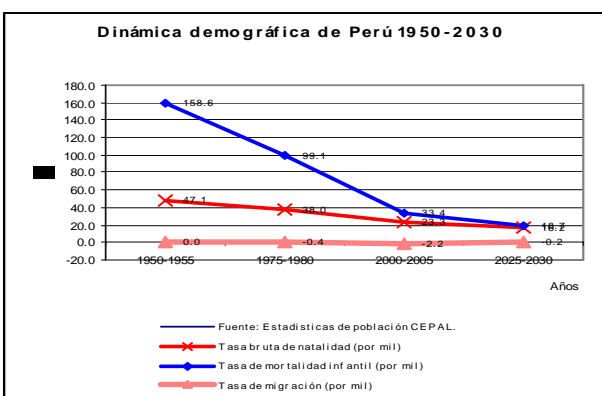
**Grafico 2.A**



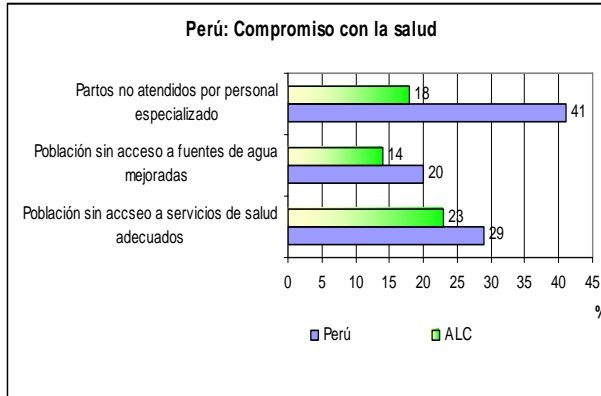
**Grafico 2.B**



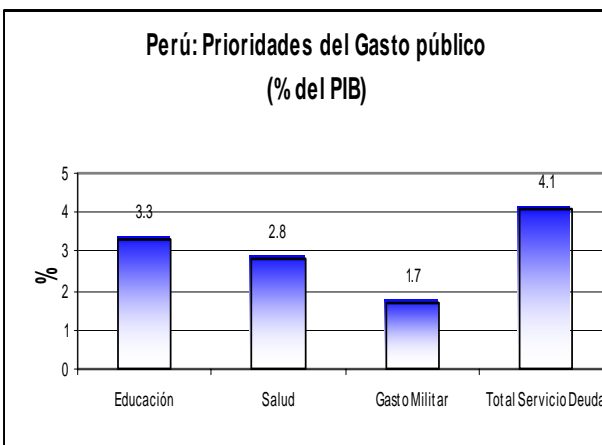
**Grafico 2.C**



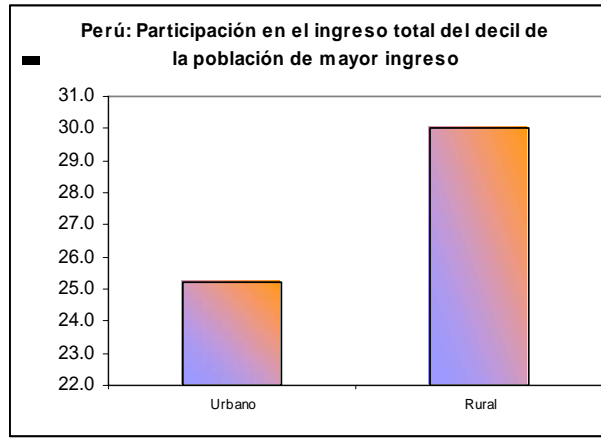
**Grafico 2.D**



**Grafico 2.E**



**Grafico 2.F**



Fuentes: Informe sobre Desarrollo Humano 2003 (PNUD) y Panorama Social de América Latina 2002-2003 (CEPAL).

## 2.4 Estructura y eficiencia del mercado laboral del Perú

Las decisiones y el quehacer de miles de personas y firmas, y la forma en que se relacionan con las instituciones y reaccionan ante medidas de política, conforman el mercado laboral. La experiencia internacional muestra que existe una relación estrecha entre el desarrollo del mercado laboral, en términos de calidad de empleos generados, y el desarrollo de la seguridad social; y es posible afirmar que los alcances de la protección de los sistemas de seguridad social, son determinantes y a la vez están determinados por la calidad del empleo. De allí la importancia de abordar el tema del mercado laboral como paso previo a los análisis de cobertura contributiva y acceso a servicios que se realizan en el presente informe.

Se estima que en América Latina y el Caribe, entre la mitad y dos tercios del ingreso total se asignan al mercado laboral, y más de 70% de los hogares de la región dependen exclusivamente del ingreso generado por el trabajo<sup>4</sup>.

Al igual que muchos mercados, el mercado laboral debe asignar constantemente trabajadores a las tareas en que sean más productivas. Un mercado es eficiente si asigna correctamente los trabajadores a puestos de trabajo, lo cual permite constituir una fuente de crecimiento económico. El presente capítulo analiza información recopilada en encuestas de hogares para obtener una visión aproximada sobre la estructura y el grado de eficiencia asignativa con que opera el mercado laboral Peruano, pues ello constituye un punto de partida indispensable para evaluar los alcances de la cobertura del Seguro de Salud. Como es conocido, en los países de la región latinoamericana los bajos salarios, las escasas o poco equitativas oportunidades de progreso laboral, el alto desempleo y la baja tasa de creación de empleo están ligados a bajos niveles de cobertura de la protección que confieren los programas de seguridad social, lo cual agrava los problemas de pobreza, desigualdad y marginación.

Tal como se detalla en la tabla siguiente, se utilizarán indicadores clave para analizar la estructura del empleo y el grado eficiencia del mercado laboral en la asignación de recursos. A efecto de profundizar en el análisis, se clasifican los indicadores por género, zona geográfica, grupo etario, nivel de educación, etc.; y se comparan con indicadores de América Latina y otras regiones a efecto de identificar las áreas que requieren mejoras.

---

<sup>4</sup> Banco Interamericano de Desarrollo, Informe de progreso económico y social 2004: “Se buscan nuevos empleos. Los mercados laborales en América Latina”, pág. 13.



## Dimensiones e indicadores para el análisis del mercado laboral

<u>Dimensión de análisis del mercado laboral</u>	<u>Indicadores</u>
<i>Estructura del empleo</i>	<i>Distribución del empleo por sector económico. Porcentaje de Asalariados en empresas pequeñas Tasa de empleo público Permanencia en el empleo de trabajadores asalariados Composición educativa de la fuerza laboral</i>
<i>Eficiencia del mercado laboral en la asignación de recursos</i>	<i>Tasa de participación de la fuerza laboral Tasa de empleo. Tasa de desempleo Tasa de sub empleo Proporción del empleo por cuenta propia Duración del desempleo Tasa de empleo infantil y juvenil. Brechas de salarios</i>

### 2.4.1 La estructura del empleo

Dado el esquema de financiamiento bismarquiano que caracteriza al Seguro de Salud, un aspecto crítico al momento de considerar las posibilidades futuras que tiene el sistema de incrementar su nivel de cobertura contributiva, es la forma de inserción de los ocupados en el mercado laboral. Tal como se observa en la Tabla 2.11, el empleo asalariado no es la forma que predomina en el mercado laboral peruano, sino más bien el empleo independiente y el familiar no remunerado que en conjunto representan el 58.2 % del total de ocupados. Sin duda ello impone dificultades para lograr el objetivo antes citado.

**Tabla 2.11**  
**Perú: Ocupados por categoría ocupacional, 2003.**

<b>Categoría ocupacional</b>	<b>Absoluto</b>	<b>%</b>	<b>% acumulado</b>
Empleado	2,227,875	16.7	16.7
Obrero	2,135,842	16.1	32.8
Trabajador del Hogar	466,600	3.5	36.3
Empleador o patrono	668,052	5.0	41.3
Trabajador Independiente	4,650,981	35.0	76.3
Trabajador Familiar No Remunerado	3,082,108	23.2	99.4
Otro	74,111	0.6	100.0
<b>Total</b>	<b>13,305,569</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares, 2003

Dentro de este contexto, la creación del empleo se concentra en la actividad agrícola, la cual en el transcurso de los últimos años 12 años ha incrementado en 16 puntos porcentuales su importancia relativa en la absorción del empleo, pasando de un 22.5% en 1991 a un 39.1% en el 2003 (Tabla

2.12). Por el contrario, el comercio y la industria, experimentan una moderada reducción, en tanto que en el resto de las actividades la disminución es leve.

**Tabla 2.12**  
**Perú: Distribución del empleo por rama de actividad económica y dinámica del crecimiento relativo, 1991-2003**

Rama de actividad económica	1991	1994	1997	2000	2003
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	22.5	29.7	31.3	31.4	39.1
Explotación de minas y canteras	1.2	0.9	0.6	0.6	0.7
Industrias manuf.	13.4	13.5	11.7	10.2	8.5
Suministro de electricidad, gas y agua	0.5	0.4	0.4	0.2	0.2
Construcción	4.1	3.8	5.2	3.8	3.5
Comercio por mayor, por menos, rest. y hoteles	28.1	26.7	25.5	25.9	24.3
Transporte, almacen. y comunic.	5.0	5.5	6.1	6.2	5.2
Est. financieros, seguros, bienes inmuebles y serv. a empresas	3.5	3.3	3.9	3.4	7.3
Servicios comunales, sociales y personales	21.7	16.2	15.1	18.3	11.2

Fuente: Estadísticas de empleo Banco Interamericano de Desarrollo y Encuesta de Hogares 2003.

Aunado a lo anterior, al incorporar en el análisis las variables de género y zona geográfica, saltan a la vista cuatro importantes características adicionales del mercado laboral Peruano: i) en primer término, en el ámbito urbano los asalariados privados casi duplican a los públicos y tienen una importancia relativa muy similar a la de los trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados; ii) los profesionales y técnicos que laboran en el sector privado asalariado urbano, que es de esperar tengan mayor capacidad contributiva, son una minoría al representar en el 2001 un 6.5% de los ocupados urbanos; iii) en el agregado urbano, el grupo de trabajadores asalariados privados que no son profesionales ni técnicos y que laboran en empresas de hasta cinco trabajadores, prácticamente iguala a sus homólogos que laboran en establecimientos de más trabajadores; y iv) en el ámbito rural, las actividades agrícolas desempeñadas por trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados, absorben tres quintas partes del empleo de este sector.

**Tabla 2.13**  
Perú: Distribución de la Población Económicamente Activa Ocupada por género y zona geográfica según inserción laboral, 1997-2001  
(En porcentajes)

Categoría ocupacional	Total		Hombres		Mujeres	
	1997	2001	1997	2001	1997	2001
<b>Urbano</b>						
Empleadores	5.8	4.8	8.5	6.7	2.3	2.4
Asalariados	53.7	53.0	58.8	58.0	47.3	46.9
Sector público	11.3	12.0	11.6	12.6	10.9	11.3
Sector privado	42.4	41.0	47.2	45.4	36.4	35.6
Profesionales y técnicos	7.4	6.5	7.3	7.0	7.6	5.8
No profesionales ni técnicos	35.0	34.5	39.9	38.4	28.8	29.8
En establecimientos de más de cinco personas	18.7	15.9	23.8	20.4	12.1	10.2
En establecimientos de hasta cinco personas	11.9	13.4	15.9	17.5	6.9	8.3
Empleo doméstico	4.4	5.2	0.2	0.5	9.8	11.3
Trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados	40.5	42.2	32.6	35.4	50.5	50.7
Profesionales y técnicos	38.2	39.6	29.5	32.2	49.1	49.0
No profesionales ni técnicos	2.3	2.6	3.1	3.2	1.4	1.7
<b>Rural</b>						
Empleadores	5.3	5.4				
Asalariados	19.8	20.6				
Sector público	3.6	4.1				
Sector privado	16.2	16.5				
Trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados	74.8	74.0				
Agricultura	61.0	61.2				
Otros sectores	13.8	12.8				

Fuente: CEPAL y encuestas nacionales de hogares.

Profundizando en las características del grupo de trabajadores independientes (cuenta propia) que constituye el grupo más representativo, que absorbe el 35% de los ocupados; la Tabla 2.14 revela que se trata de un grupo donde predominan los trabajadores entre 50 y 64 años. Adicionalmente, un hecho que llama la atención es la mayor escolaridad de las mujeres en prácticamente todos los niveles de educación.

**Tabla 2.14**  
Perú: Proporción del empleo por cuenta propia por género según grupo etario y nivel educativo, 1994 - 2000  
Porcentajes

Año	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
<b>Grupo etario<sup>1</sup></b>		<b>15-24</b>			<b>25-49</b>			<b>50-64</b>	
1994	14.3	14.9	13.2	26.2	21.9	31.8	33.7	30.4	40.1
1997	11.6	11.3	12.0	24.5	20.8	29.6	30.5	28.1	34.8
2000	12.7	12.3	13.2	23.4	19.9	27.9	30.6	29.5	32.3
<b>Nivel de educación<sup>1</sup></b>		<b>Sin educación</b>			<b>Primaria incompleta</b>			<b>Primaria completa</b>	
1994	32.7	nr	nr	35.5	29.8	41.5	35.9	29.6	44.9
1997	32.2	nr	33.0	30.3	20.8	40.6	34.6	31.3	38.3
2000	37.1	nr	34.6	34.7	30.8	38.1	33.1	29.2	37.9
		<b>Secundaria incompleta</b>			<b>Secundaria completa</b>			<b>Algo de terciaria</b>	
1994	28.4	24.2	36.3	24.7	22.5	28.6	14.0	14.4	13.4
1997	23.6	21.9	26.2	21.5	18.3	26.8	16.0	16.3	15.6
2000	24.6	22.1	28.5	20.8	18.3	24.8	16.3	16.1	16.4

Nota 1: Sólo considera zonas urbanas.

Fuente: Encuestas de Hogares y Estadísticas de empleo Banco Interamericano de Desarrollo.

Finalmente, para completar el análisis de estructura del mercado laboral, se presenta la Tabla 2.15 relativo a la distribución de los ocupados urbanos en sectores de baja productividad del mercado de trabajo. Obsérvese que los grupos de baja productividad se tienden a concentrar en el comercio y los servicios llevado a cabo por mujeres independientes no calificadas, seguidas por los asalariados varones no profesionales ni técnicos.

**Tabla 2.15**  
**Perú: Distribución de la Población Económicamente Activa Urbana Ocupada en sectores de baja productividad del mercado de trabajo, 1997-2001**  
**En porcentajes del total de la población urbana ocupada**

Categoría ocupacional	Total		Hombres		Mujeres	
	1997	2001	1997	2001	1997	2001
<b>Total</b>	<b>60.6</b>	<b>63.1</b>	<b>53.7</b>	<b>56.7</b>	<b>69.3</b>	<b>71.7</b>
Microempresas	18.0	18.4	24.0	24.0	10.4	11.5
Empleadores	4.9	4.0	7.0	5.5	2.2	2.2
Asalariados	13.1	14.4	17.0	18.5	8.2	9.3
Profesionales y técnicos	1.2	1.0	1.1	1.0	1.3	1.0
No profesionales ni técnicos	11.9	13.4	15.9	17.5	6.9	8.3
Empleo doméstico	4.4	5.2	0.2	0.5	9.8	11.3
Trabajadores independientes no calificados	38.2	39.5	29.5	32.2	49.1	48.9
Industria y construcción	5.4	5.0	5.3	5.4	5.4	4.5
Comercio y servicios	28.6	28.8	19.2	20.4	40.4	39.6
Agricultura	4.2	5.7	5.0	6.4	3.3	4.8

Fuente: CEPAL y encuestas de hogares.

## 2.4.2 Grado de eficiencia del mercado laboral

Este apartado analiza la forma o grado de eficiencia con que el mercado laboral peruano asignó trabajadores durante la década de los noventa. Para tal propósito, se analizan las tasas de desempleo, la duración del desempleo y las diferencias entre el desempleo de las distintas categorías de trabajadores. Ello debido a que mientras la tasa de desempleo mide el número de personas que en dicho período deseó trabajar y buscó activamente un empleo, la duración del desempleo indica en qué medida el volumen de personas desempleadas permaneció estancada. Por su parte, las brechas en el desempleo permiten saber si la desocupación se concentró en una categoría específica de trabajadores. Finalmente, para completar el panorama de la asignación de trabajadores a los puestos de trabajo, se examinan otros indicadores como la proporción de personas que trabajan por cuenta propia o que están subempleadas, ello en virtud de que la tasa de desempleo oculta el verdadero grado de desocupación.<sup>5</sup>

Tal como se desprende del análisis de la Tabla 2.16, en Perú el desempleo abierto representó a inicio de la década de los noventa un 2.5% y para el 2000 un 4.7%, lo que ubica al país en el grupo

<sup>5</sup> Debe tenerse claro que una baja tasa de desempleo no necesariamente indica que la situación del mercado laboral es favorable. Es posible que la tasa de desempleo sea baja porque los trabajadores se han resignado a no buscar empleo (efecto del trabajador desalentado), o porque no cuentan con los medios para buscar un empleo más ventajoso y, por tanto, se contentan con aceptar el primero que se les aparece. En este último caso, los trabajadores consiguen empleo pero el emparejamiento trabajador-puesto de trabajo puede ser deficiente.

de naciones con bajas tasas de desempleo. En términos desagregados, dos hechos relevantes caracterizan a las tasas de desempleo: i) aunque la diferencia no es muy alta, tiende a afectar en mayor medida a las mujeres (4.4% hombres versus 5.1% mujeres) y ii) se trata fundamentalmente de un fenómeno urbano (0,6% rural versus 7% urbano).

Respecto al desempleo urbano, dos aspectos importantes a considerar son los siguientes. En primer lugar, su nivel es inferior al promedio de 9% observado en América Latina. En segundo lugar, tiende a subir conforme aumenta el nivel de escolaridad<sup>6</sup> (Tabla 2.17).

Dentro de este contexto, un elemento adicional a tomar en cuenta lo constituye el hecho de que el referido aumento en la tasa de desempleo<sup>7</sup> de Perú, no guardó relación con la disminución de las oportunidades del empleo (al menos en cuanto al número de puestos de trabajo). En efecto, como se observa en la Tabla 2.16, la tasa de participación de la fuerza de trabajo<sup>8</sup> en la actividad económica durante el período presenta una tendencia ascendente al pasar de 62.8% en 1991 a 71.4% en el 2000, es decir, gana 8.64 puntos porcentuales en nueve años, lo cual implica casi un punto porcentual al año.

El aumento de la tasa de empleo y de las tasas de participación laboral es consecuencia del trabajo de la mujer, ello por cuanto si bien en promedio las tasas de participación masculina en la fuerza laboral se mantuvieron alrededor del 83%, en los años 1994 a 2000 la participación de las mujeres se incrementó en promedio 8.7%.

---

<sup>6</sup> La excepción se da para el caso de los hombres con primaria incompleta.

<sup>7</sup> La Tasa de Desempleo mide el número de personas sin empleo como proporción de la fuerza laboral. Las personas sin empleo son todas las personas que durante el período de referencia: no tenían empleo, es decir, no trabajaban; estaban disponibles para trabajar en forma remunerada o por cuenta propia, y buscaban trabajo, es decir, habían tomado medidas para obtener empleo, remunerado o por cuenta propia.

<sup>8</sup> *Tasa de Participación de la Fuerza Laboral*. Este indicador se refiere al número de personas de la fuerza laboral como porcentaje de la población en edad de trabajar. Se entiende por “fuerza laboral” a la suma de las personas empleadas y no empleadas. Por su parte, la “población en edad de trabajar” se define como el número de personas dentro de cierto rango de edad. Aunque difiere de un país a otro, el estándar internacional considera en ese rango a las personas con edades entre los 15 y 64 años.

Tabla 2.16

Perú: Tasas de Participación, Empleo y Desempleo por género según zona geográfica y grupo etario, 1991 - 2000  
Porcentajes

Año	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
<b>Tasa de Participación</b>									
<b>Zona geográfica</b>	<b>Nacional</b>			<b>Urbana</b>			<b>Rural</b>		
1991	62.8	75.6	51.0	58.9	72.7	46.5	78.3	86.7	69.9
1994	65.4	81.1	51.2	60.6	76.6	46.4	79.4	93.2	65.7
1997	71.8	84.8	59.7	67.0	81.5	53.9	82.6	92.0	73.3
2000	71.4	83.3	60.2	66.0	78.9	54.4	83.4	92.9	73.9
<b>Grupo etario <sup>1</sup></b>	<b>15-24</b>			<b>25-49</b>			<b>50-64</b>		
1991	40.0	46.4	34.0	73.2	90.3	58.5	58.2	80.7	37.1
1994	39.8	50.8	29.7	75.6	94.1	60.1	58.8	80.8	38.2
1997	50.1	58.0	42.7	78.4	95.9	63.1	64.7	84.2	45.7
2000	47.5	53.0	42.2	77.7	93.2	64.1	64.0	83.4	45.9
<b>Tasa de Empleo</b>									
<b>Zona geográfica</b>	<b>Nacional</b>			<b>Urbana</b>			<b>Rural</b>		
1991	61.2	73.9	49.6	57.0	70.6	44.7	78.2	86.6	69.9
1994	62.8	77.8	49.2	57.3	72.4	43.9	78.8	92.5	65.3
1997	68.7	81.3	57.1	62.9	76.7	50.3	81.9	91.1	72.9
2000	68.0	79.6	57.1	61.4	73.7	50.3	82.9	92.4	73.4
<b>Grupo etario <sup>1</sup></b>	<b>15-24</b>			<b>25-49</b>			<b>50-64</b>		
1991	36.7	42.2	31.5	71.7	89.2	56.6	57.8	79.9	37.1
1994	35.7	45.6	26.6	72.4	90.4	57.4	57.0	77.5	37.8
1997	43.9	51.4	36.9	75.0	91.8	60.2	62.5	81.3	44.1
2000	41.3	46.7	36.1	73.6	88.9	60.2	60.4	77.6	44.3
<b>Tasa de Desempleo</b>									
<b>Zona geográfica</b>	<b>Nacional</b>			<b>Urbana</b>			<b>Rural</b>		
1991	2.5	2.3	2.8	3.3	2.9	3.9	nr	nr	0.0
1994	3.9	4.0	3.8	5.4	5.5	5.4	0.7	0.7	0.6
1997	4.3	4.2	4.5	6.2	5.8	6.7	0.8	1.0	0.6
2000	4.7	4.4	5.1	7.0	6.6	7.6	0.6	0.6	0.7
<b>Grupo etario <sup>1</sup></b>	<b>15-24</b>			<b>25-49</b>			<b>50-64</b>		
1991	8.3	8.9	7.4	2.0	1.2	3.2	nr	nr	0.0
1994	10.3	10.2	10.4	4.2	4.0	4.6	3.1	4.1	nr
1997	12.4	11.4	13.8	4.4	4.3	4.5	3.4	3.4	3.4
2000	13.0	11.9	14.4	5.3	4.6	6.1	5.6	6.9	3.5

Nota 1: Sólo considera zonas urbanas.

Fuente: Estadísticas de empleo Banco Interamericano de Desarrollo.

**Tabla 2.17**

Perú: Tasas de Participación, Empleo y Desempleo por nivel de educación y género en zonas urbanas, 1991 - 2000  
Porcentajes

Año	Sin educación			Primaria incompleta			Primaria completa			Secundaria incompleta			Secundaria completa			Algo de terciaria		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
<b>Tasa de Participación</b>																		
1991	nd	nd	nd	60.2	81.2	48.3	60.4	81.5	45.9	43.4	54.5	32.1	62.7	77.8	48.9	68.6	78.5	57.0
1994	60.6	nr	53.1	62.4	83.0	49.3	63.9	86.8	46.4	45.3	58.5	31.5	61.9	81.1	43.8	69.1	79.6	58.6
1997	51.0	58.2	48.8	67.8	85.5	55.5	65.0	83.2	51.6	55.9	69.3	42.5	70.4	87.6	53.8	73.9	83.5	63.8
2000	53.6	65.2	51.3	70.6	87.8	59.6	63.0	84.2	48.2	55.3	66.3	44.0	67.3	82.6	52.3	72.7	80.7	64.7
<b>Tasa de Empleo</b>																		
1991	nd	nd	nd	60.2	81.2	48.3	59.5	80.7	44.8	42.0	53.3	30.6	59.6	74.3	46.3	66.3	76.2	54.7
1994	60.6	nr	53.1	60.7	80.2	48.3	61.6	83.3	45.1	43.1	55.4	30.3	57.4	75.5	40.5	65.0	75.4	54.5
1997	47.3	49.0	46.8	66.2	84.1	53.8	62.4	78.6	50.5	52.1	65.2	39.1	65.4	82.7	48.6	69.0	77.9	59.8
2000	50.5	58.0	49.1	67.2	81.0	58.4	59.9	79.8	45.9	52.2	63.3	40.8	61.5	76.2	47.1	67.3	75.4	59.3
<b>Tasa Desempleo</b>																		
1991.0	nd	nd	nd	0.0	0.0	0.0	1.6	nr	nr	3.1	2.2	4.7	4.9	4.6	5.4	3.4	2.9	4.1
1994.0	0.0	nr	nr	2.8	nr	nr	3.5	4.0	2.9	4.8	5.2	4.0	7.2	6.9	7.6	5.9	5.2	6.9
1997.0	7.1	nr	nr	2.3	nr	nr	4.0	5.5	nr	6.7	5.9	8.0	7.2	5.5	9.8	6.5	6.7	6.3
2000.0	5.7	nr	nr	4.8	7.8	nr	5.0	5.2	4.7	5.6	4.4	7.3	8.6	7.7	9.9	7.4	6.6	8.4

Fuente: Estadísticas de empleo Banco Interamericano de Desarrollo.

Aunado a ello, según se observa en la Tabla 2.18 las tasas de empleo infantil (10 a 14 años) y juvenil (15 y 16 años) son particularmente altas para los hombres del ámbito rural: 58.6% para los que tienen edades entre 10 y 14 años, y 70.6% para los que tienen entre 15 y 16 años.

**Tabla 2.18**

Perú: Tasas de empleo infantil y juvenil por zona geográfica y género, 1991-2000

Año	Nacional			Urbana			Rural		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
<b>Tasa de empleo infantil (10 a 14 años)</b>									
1991	14.8	16.5	13.2	6.2	6.3	6.1	40.2	46.5	34.2
1994	21.5	24.9	18.1	8.2	8.9	7.6	47.6	58.2	37.8
1997	29.3	32.3	26.2	11.5	12.7	10.4	56.3	62.9	49.8
2000	28.0	29.9	25.9	11.4	11.8	11.0	52.2	58.6	46.1
<b>Tasa de empleo de jóvenes (15 y 16 años)</b>									
1991	21.7	21.7	21.7	14.0	12.4	15.4	50.2	52.1	48.1
1994	27.5	34.2	21.0	15.1	20.4	9.8	60.1	73.4	48.4
1997	37.7	41.3	33.9	22.8	25.0	20.8	64.4	67.9	60.3
2000	33.4	40.1	27.1	16.7	20.6	13.1	61.4	70.6	51.9

Fuente: Estadísticas de empleo Banco Interamericano de Desarrollo.

### 2.4.3 Duración del desempleo

De conformidad con las cifras de la Tabla 2.19, durante los años noventa en el Perú no varió significativamente la incidencia del desempleo de largo plazo, definida esta como la proporción de desempleados que pasaron un año o más en búsqueda de empleo. En promedio, sólo un 1.1% de los desocupados estuvo desempleado un año o más, lo cual dista mucho del comportamiento promedio de América Latina (11.2%), y de comportamiento que muestran en países como Colombia, Chile, Uruguay, Panamá y Paraguay que superan el 21.6%. En el otro extremo de la distribución del desempleo, llama poderosamente la atención el hecho de que en promedio, durante los años 1990 y 2001, hasta un 52.0% de los desocupados estuvo desempleado un mes o menos.

**Tabla 2.19**  
**América Latina y otras regiones: Duración del desempleo, promedio período 1990-2001**  
**En porcentaje**

Año	De corto plazo Hasta un mes	De largo plazo Un año o más
América Latina	36.14	11.18
<b>Perú</b>	<b>52.00</b>	<b>1.1</b>
Argentina	27.05	9.22
Bolivia	15.22	22.6
Chile	49.16	2.74
Colombia	20.06	33.72
Costa Rica	37.26	10.57
Ecuador (1998)	57.35	5.2
Guatemala (1998)	52.24	0.08
Honduras	46.01	4.01
México	49.66	0.78
Nicaragua (2001)	65.37	1.16
Panamá	13.20	24.63
Paraguay (1999)	9.25	21.61
República Dominicana (1988)	44.55	3.3
Uruguay	19.32	23.48
Venezuela	19.91	14.75
Europa continental	11.36	42.04
Europa del Este	8.28	41.52
Estados Unidos	39.65	7.35
Otros países desarrollados angloparlantes	17.32	32.51

Fuente: Estimaciones del Banco Interamericano de Desarrollo en Informe de progreso económico y social 2004: "Se buscan nuevos empleos. Los mercados laborales en América Latina".



Si bien estas cifras parecen indicar en principio que el mercado reasignó los trabajadores con una eficiencia extraordinaria, las cifras de sub empleo<sup>9</sup> sugieren más bien que los trabajadores enfrentan limitaciones en su búsqueda de empleos bien remunerados, y en función de ello tienden a laborar menos horas que la jornada completa.

Según estimaciones del Banco Interamericano de Desarrollo (Tabla 2.20), en los años noventa el 3.3% de la fuerza laboral de Perú, en promedio, trabajó menos de 30 horas semanales y declaró que habría preferido trabajar más horas. Por otro lado, el 25.3% trabajó menos de 30 horas semanales y declaró que no deseaba trabajar más horas. Este último indicador prácticamente triplica el nivel obtenido en América Latina.

**Tabla 2.20**  
**Subempleo en América Latina, promedio período 1990-2001**  
**En porcentaje del empleo**

<b>Año</b>	<b>Sub empleo involuntario</b>	<b>Subempleo voluntario</b>
América Latina	8.42	8.77
<b>Perú</b>	<b>3.30</b>	<b>25.38</b>
Argentina	13.98	8.3
Bolivia	10.22	12.34
Colombia	4.56	7.86
Costa Rica	8.08	7.59
Ecuador (1998)	21.78	5.9
El Salvador (1999)	3.80	0.47
Guatemala (1998)	13.95	10.9
Honduras	2.75	14.16
México		0.36
Nicaragua (2001)	13.39	5.77
Panamá	6.56	6.72
Paraguay (1999)	5.93	7.59
Uruguay	7.61	13.17
Venezuela	2.03	5.09

Fuente: Estimaciones del Banco Interamericano de Desarrollo en Informe de progreso económico y social 2004: "Se buscan nuevos empleos. Los mercados laborales en América Latina".

#### **2.4.4 Brechas de desempleo**

De conformidad con los datos de la Tabla 2.21, tres hechos relevantes se derivan del análisis de las brechas de desempleo experimentadas en Perú durante los noventa:

- a. La brecha de principal magnitud se presenta entre el desempleo urbano y rural. En promedio, las tasas de desempleo de las ciudades fueron más de 20 veces más altas que las tasas de las zonas rurales, lo cual es un indicativo de que hay todavía grandes diferencias entre las estructuras del mercado laboral de zonas rurales y urbanas. Esta cifra es muy superior al promedio de 4.3 veces registrado por América Latina.

<sup>9</sup> La tasa de sub empleo mide el número de personas que trabajan menos horas que una jornada laboral completa como proporción del empleo total. Existen dos tipos de sub empleo. **Sub empleo voluntario:** mide la proporción de personas que trabajan menos de 30 horas semanales y que no desean trabajar más horas. **Sub empleo involuntario:** mide la proporción de personas que trabajan menos de 30 horas semanales y que desean trabajar más horas.

- b. En promedio, las tasas de desempleo de los hombres jóvenes (15 a 24 años) triplican a las de los hombres adultos (50 a 64 años). Este resultado es levemente superior al observado en América Latina (2.6 veces) y en otras partes del mundo como Europa del Este (2.5 veces) y Estados Unidos (2.8 veces).
- c. Una brecha mucho más moderada se presenta entre tasas de desempleo de las mujeres y de los hombres. En este caso, las tasas de desempleo de las mujeres son, en promedio, 1.1 veces de los varones. A diferencia de las brechas anteriores, esta cifra es inferior al promedio de América Latina (1.3 veces).
- d. Si bien la tasa de desempleo de trabajadores con escolaridad secundaria tiende a ser más alta que la de trabajadores con escolaridad primaria o con estudios universitarios, no hay indicios de que el desempleo se esté concentrando en los trabajadores no calificados. En cambio parece verificarse lo contrario, un trabajador con formación terciaria tiene cada vez más probabilidades de estar desempleado en relación con sus pares menos calificados. En Perú, las tasas de empleo de trabajadores con escolaridad secundaria aumentaron más rápidamente que las de los trabajadores con estudios universitarios.

Tabla 2.21

América Latina y otras regiones: Brechas de desempleo por zona geográfica, género, edad y nivel de escolaridad, promedios período 1990-2001

País	Urbano/ Rural	Hombres	Mujeres/ Hombres	Nivel de escolaridad	
		Jovenes/ Adultos		Secundaria/ Primaria	Alguna terciaria/ Secundaria
América Latina	4.31	2.65	1.30	1.68	0.67
<b>Perú</b>	<b>20.67</b>	<b>3.45</b>	<b>1.11</b>	<b>3.33</b>	<b>0.90</b>
Argentina		2.55	1.24	0.81	0.71
Bolivia	13.27	2.23	1.16	2.43	0.77
Brasil	3.54	2.56	1.57	1.28	0.55
Chile	1.40	2.82	1.45	1.22	0.67
Colombia	2.06	2.74	1.94	1.82	0.60
Costa Rica	1.08	3.31	1.56	0.95	0.59
Ecuador (1998)	4.47	1.88	1.03	2.88	0.55
El Salvador (1999)	1.20	1.93	0.62	1.79	0.68
Guatemala (1998)	2.59	1.97	0.52	2.53	0.39
Honduras	3.30	1.80	0.95	1.22	0.71
México		3.20	1.23	1.39	0.88
Nicaragua (2001)	2.55	1.39	1.10	1.36	1.00
Panamá	2.00	2.75	1.39	2.16	0.60
Paraguay (1999)	3.32	2.83	1.36	1.78	0.40
República Dominicana (1988)	1.47	3.64	2.75	1.27	0.68
Uruguay		4.62	1.63	0.92	0.68
Venezuela	1.72	1.99	0.85	1.12	0.73
Asia del Este			1.04		
Europa continental		2.42	1.43		
Europa del Este		2.46	1.19		
Estados Unidos		2.83	1.00	0.56	0.80
Otros países desarrollados angloparlantes		2.16	0.90		

Fuente: Estimaciones del Banco Interamericano de Desarrollo en Informe de progreso económico y social 2004: "Se buscan nuevos empleos. Los mercados laborales en América Latina".



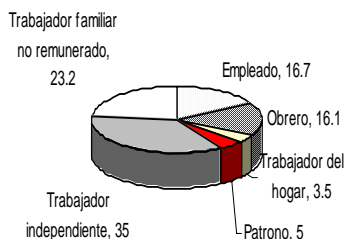
Recapitulando lo expuesto hasta aquí, se puede afirmar a manera de conclusión, que la estructura del mercado laboral peruano se caracteriza por la alta proporción de trabajadores independientes y familiares no remunerados (casi tres de cada cinco trabajadores). En el agregado urbano, el grupo de trabajadores asalariados privados que no son profesionales ni técnicos y que laboran en empresas de hasta cinco trabajadores, prácticamente iguala a sus homólogos que laboran en establecimientos de más trabajadores. Adicionalmente, alrededor de dos de cada cinco trabajadores laboran en la agricultura. Aunque los hombres son el grupo que predomina, las mujeres poseen mayor escolaridad en la mayoría de los niveles educativos. Moderadamente predominan los trabajadores con edades entre 50 a 64 años, que justamente son los que demandarán en un plazo cercano una pensión y servicios de atención más sofisticados. Aunado a ello, los niveles de baja productividad predominan en el comercio y los servicios llevado a cabo por mujeres independientes no calificadas, seguidas por los asalariados varones no profesionales ni técnicos.

En lo que respecta a la eficiencia con la que el mercado asigna trabajadores a puestos de trabajo, se obtienen resultados mixtos. Por un lado, la tasa de desempleo y la duración del desempleo son bastante bajas en comparación con otros países de la región. Por otro lado, existe una importante brecha entre las tasas de desempleo urbano respecto al rural (20.7 veces), la cual es la más alta de América Latina y supera con creces el promedio regional (4.3veces). En forma mucho más moderada, se presentan brechas entre los hombres jóvenes versus los hombres adultos, entre hombres y mujeres, y entre trabajadores con educación secundaria versus trabajadores con educación primaria. Finalmente, la tasa de subempleo voluntario es extremadamente alta, al prácticamente triplicar el promedio de la región. Ello es un indicio de que los trabajadores enfrentan dificultades en encontrar trabajos bien remunerados.

### Panel de gráficos: Mercado Laboral de Perú

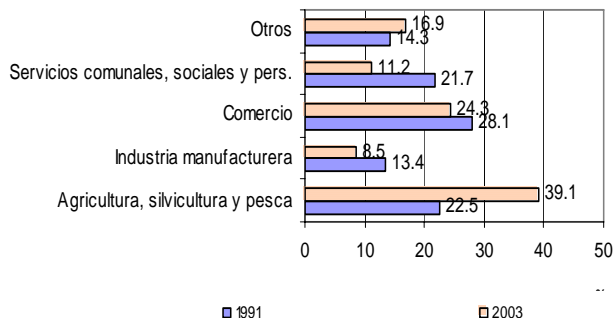
**Grafico 3.A**

Perú: Ocupados por categoría ocupacional 2003 (porcentajes)



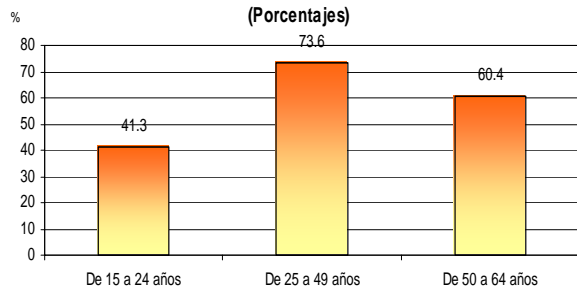
**Grafico 3.B**

Evolución estructura de PEA por rama de actividad económica: 1991-2003



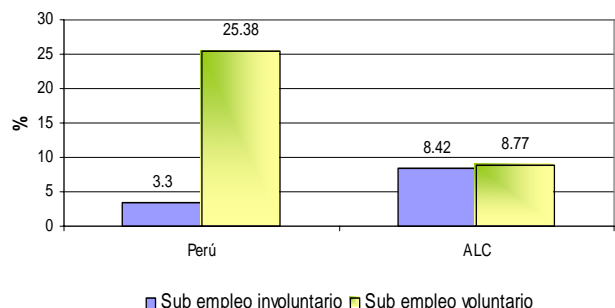
**Grafico 3.C**

Perú: Tasas de empleo por grupo etario, 2000 (Porcentajes)



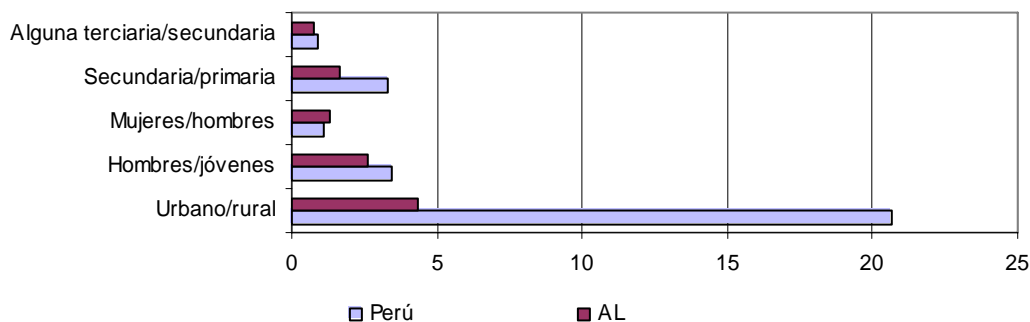
**Grafico 3.D**

Sub empleo en Perú y América Latina



**Grafico 3.E**

Brechas de desempleo en Perú y América Latina (porcentajes)



Fuentes: Encuestas Nacionales de Hogares y estadísticas de empleo del BID y CEPAL.

### **Capítulo 3. Análisis de la cobertura de EsSalud**

---

En el contexto de la seguridad social, tres aspectos fundamentales relacionados con el alcance de las políticas de protección social se refieren al grado efectivo de cobertura horizontal que alcanzan los programas; su capacidad para repartir el riesgo entre el grupo de individuos que cubre; y su impacto redistributivo. En ausencia de dichos elementos, el cumplimiento del principio de equidad se ve limitado. En este capítulo se analiza el de grado de cobertura horizontal que alcanza el Seguro de Salud, así como algunos elementos relacionados con la equidad en el acceso a la protección que brinda.

#### **3.1 Población asegurada por EsSalud**

En la Tabla 3.1 se presenta un resumen de información sobre afiliación total a los diferentes programas de seguro que administra EsSalud, con cifras a julio de 2004, incluyendo los afiliados en calidad de derechohabientes, así como la población de pensionistas.

Al mes de julio del 2004, la población total asegurada por el Seguro de Salud estimada por EsSalud asciende a 7,181,840 personas. De ellas el 32% son titulares activos, 10,5% titulares inactivos y el 57,5% restante derechohabientes. Así, en promedio existe una razón de 1.6 derechohabientes por titular activo y de 0.7 derechohabientes por titular inactivo.

Como puede observarse en la Tabla 3.4, el Seguro Regular aglutina el 90% de los afiliados cotizantes, de los cuales los cotizantes activos representan 65% y los cotizantes pensionistas de la modalidad Seguro Regular el 25%.

**Tabla 3.1**  
Seguro Social de Salud-EsSalud: Total de la población asegurada por condición de aseguramiento según modalidad de aseguramiento, julio 2004

Tipo de Seguro	Total general		Total titulares		Titulares				Derechohabientes	
	Absoluto	% <sup>(1)</sup>	Absoluto	% <sup>(1)</sup>	Activos		Inactivos		Absoluto	% <sup>(1)</sup>
					Absoluto	% <sup>(1)</sup>	Absoluto	% <sup>(1)</sup>		
<b>Seguro Regular</b>	<b>6,560,565</b>	<b>91.3</b>	<b>2,744,271</b>	<b>38.2</b>	<b>1,992,437</b>	<b>27.7</b>	<b>751,834</b>	<b>10.5</b>	<b>3,816,294</b>	<b>53.1</b>
Empleados y obreros	4,949,425	68.9	1,862,086	25.9	1,862,086	25.9	0	0.0	3,087,339	43.0
Pescador y proces. artes. Independiente	782	0.0	326	0.0	326	0.0	0	0.0	456	0.0
Trabajador del hogar	108,885	1.5	40,965	0.6	40,965	0.6	0	0.0	67,920	0.9
Construcción civil	236,722	3.3	89,060	1.2	89,060	1.2	0	0.0	147,662	2.1
Pensionistas	1,264,751	17.6	751,834	10.5	0	0.0	751,834	10.5	512,917	7.1
<b>Seguro de Salud Agrario</b>	<b>278,963</b>	<b>3.9</b>	<b>106,385</b>	<b>1.5</b>	<b>106,385</b>	<b>1.5</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>172,578</b>	<b>2.4</b>
Dependiente	195,161	2.7	77,035	1.1	77,035	1.1	0	0.0	118,126	1.6
Independiente	83,802	1.2	29,350	0.4	29,350	0.4	0	0.0	54,452	0.8
<b>Regímenes Especiales</b>	<b>143,139</b>	<b>2.0</b>	<b>76,996</b>	<b>1.1</b>	<b>76,996</b>	<b>1.1</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>66,143</b>	<b>0.9</b>
Facultativo independiente	59,481	0.8	31,928	0.4	31,928	0.4	0	0.0	27,553	0.4
Continuación facultativa	65,086	0.9	32,739	0.5	32,739	0.5	0	0.0	32,347	0.5
Ama de casa	12,304	0.2	9,180	0.1	9,180	0.1	0	0.0	3,124	0.0
Chofer profesional	6,268	0.1	3,149	0.0	3,149	0.0	0	0.0	3,119	0.0
<b>SCTR</b>	<b>233,081</b>	<b>3.2</b>	<b>233,081</b>	<b>3.2</b>	<b>233,081</b>	<b>3.2</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>
Dependiente <sup>(2)</sup>	232,787	3.2	232,787	3.2	232,787	3.2	0	0.0	0	0.0
Independiente	294	0.0	294	0.0	294	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Seguros Potestativos</b>	<b>132,738</b>	<b>1.8</b>	<b>94,514</b>	<b>1.3</b>	<b>94,514</b>	<b>1.3</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>38,224</b>	<b>0.5</b>
Seguro potestativo único	31,553	0.4	25,970	0.4	25,970	0.4	0	0.0	5,583	0.1
Seguro independiente	3,638	0.1	3,401	0.0	3,401	0.0	0	0.0	237	0.0
ESSALUD personal y familiar	97,547	1.4	65,143	0.9	65,143	0.9	0	0.0	32,404	0.5
<b>Latencia</b>	<b>66,141</b>	<b>0.9</b>	<b>26,367</b>	<b>0.4</b>	<b>26,367</b>	<b>0.4</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>39,774</b>	<b>0.6</b>
<b>Total</b>	<b>7,181,840</b>	<b>100.0</b>	<b>3,048,827</b>	<b>42.5</b>	<b>2,296,993</b>	<b>32.0</b>	<b>751,834</b>	<b>10.5</b>	<b>4,133,013</b>	<b>57.5</b>

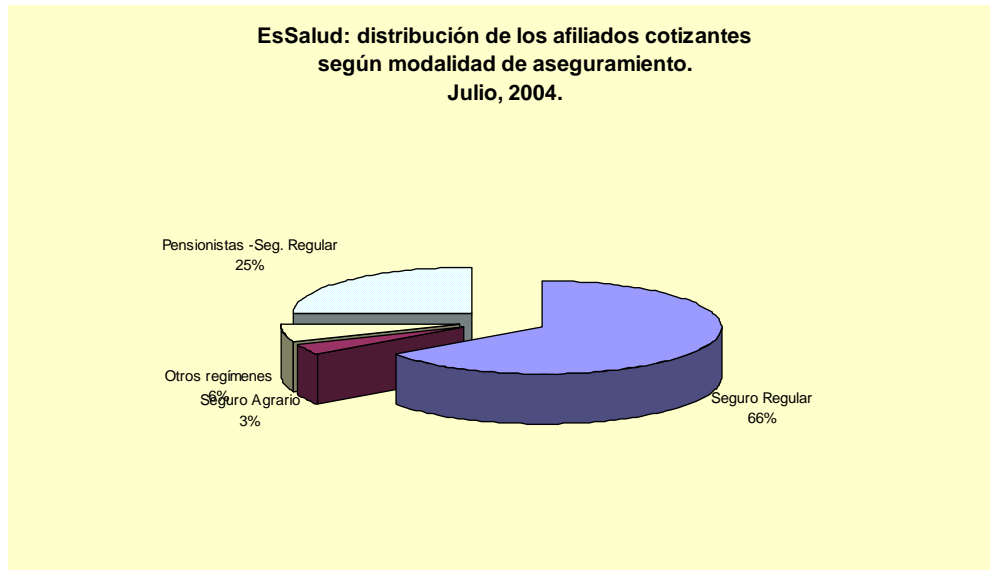
Notas: (1) Los porcentajes se calculan respecto al total general de asegurados.

(2) Las cifras totales no suman el SCTR dependiente por estar incluido dentro de la modalidad de "Empleados y obreros" del Seguro Regular.

Fuente: Estadísticas Seguro Social de Salud-EsSalud.

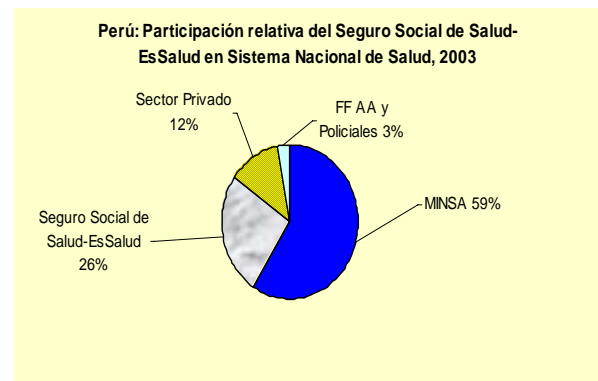
En el Gráfico 3.1 se presenta la distribución relativa de los afiliados cotizantes según los grupos de mayor tamaño; destaca la escasa representación del Régimen Agrario, con un 3% del total de afiliados. Los siguientes seguros, absorben el 6% restante del total de la población asegurada cotizante: i) Trabajador Portuario, Pescador y Procesador Independiente, ii) Trabajador del Hogar, iii) Construcción Civil, v) Facultativo Independiente, vi) Continuación Facultativa, vii) Ama de Casa, viii) Chofer Profesional y ix) Latencia.

**Gráfico 3.1**



Finalmente, el Gráfico 3.2 ilustra la importancia relativa de la afiliación de los distintos seguros de salud dentro del Sistema Nacional de Salud. Como puede observarse, este Seguro ocupa el segundo lugar en importancia en cantidad de personas cubiertas por algún seguro de salud (26%), pues el Ministerio de Salud (MINSA) a través del SIS es quien absorbe la mayor proporción (59%) del total de cubiertos por algún seguro de salud. Por su parte, el sector privado y las fuerzas armadas y policiales representan el 12% y el 3%; respectivamente. Conviene aclarar que el MINSA tiene a su cargo un régimen estatal de aseguramiento, el cual tiene como objetivo principal otorgar atención integral de salud a la población de escasos recursos que no tiene acceso a otros regímenes o sistemas. Dicho régimen se financia con recursos del Tesoro Público, cuotas y pagos directos, y brinda atención a través de la red de establecimientos del Estado, así como mediante otras entidades públicas o privadas que cuentan con convenios para tal efecto.

**Gráfico 3.2**



Fuente: Memoria Institucional EsSalud, 2003.

### 3.2 ¿Quiénes cotizan al Seguro Social de Salud – EsSalud?

Como preámbulo al análisis de los indicadores de cobertura horizontal del Seguro de Salud es oportuno conocer en primera instancia, tanto el perfil de los cotizantes (titulares) activos, como el de los empleadores o empleadores afiliados a este seguro. La siguiente tabla resume las variables de clasificación que, a partir de la información disponible, se consideró relevante utilizar en la elaboración del dicho perfil:

<i>Variables de clasificación utilizadas para la determinación del perfil de los titulares activos y empleadores afiliados al Seguro de Salud</i>	
<u><i>Titulares activos</i></u>	<u><i>Empleadores</i></u>
<i>Modalidad de aseguramiento</i>	<i>Modalidad de aseguramiento</i>
<i>Género</i>	<i>Rama de actividad económica</i>
<i>Grupo de edad</i>	<i>Tamaño del establecimiento</i>
<i>Departamento</i>	<i>Monto de la planilla</i>
<i>Rama de actividad económica</i>	
<i>Sector institucional</i>	
<i>Tamaño del establecimiento</i>	
<i>Salario promedio</i>	

Se pretende, por lo tanto, determinar la distribución de los titulares activos y empleadores afiliados bajo el criterio de las variables de clasificación indicadas. Para tal efecto, se utiliza como fuente de información primaria las estadísticas oficiales proporcionadas por las autoridades administrativas de EsSalud.

#### 3.2.1 Perfil de los titulares activos

Tal como se desprende de la Tabla 3.2, al 31 de julio del 2004 el número total de titulares activos del Seguro de Salud asciende a 2,296,993 personas. Un primer hecho que salta a la vista, es que en su gran mayoría los titulares activos se concentran en la sub modalidad “*Empleados y Obreros-Seguro Regular*” (81.1%). A nivel global existe un predominio en la afiliación de hombres (62.4%); mientras que a nivel particular de las diferentes modalidades de aseguramiento, la tendencia contraria se presenta en las modalidades de: i) seguro regular trabajador del hogar, ii) regímenes especiales de continuación facultativa y de ama de casa”, y iii) seguros potestativos único, independiente y EsSalud personal y familiar.



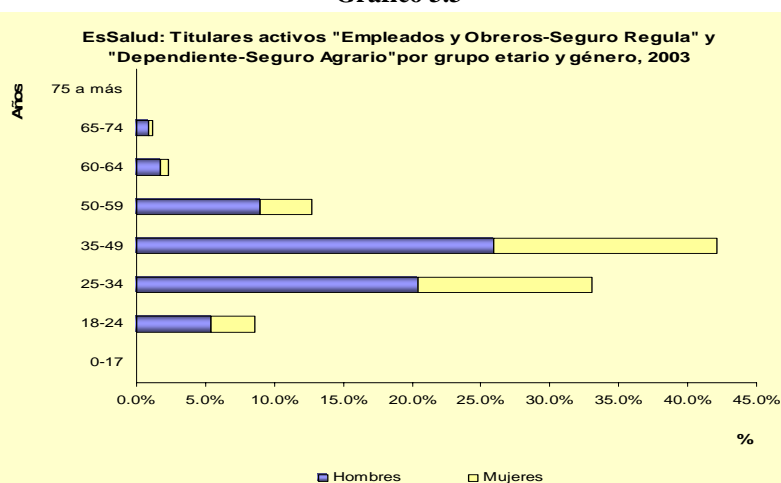
**Tabla 3.2**  
**Seguro Social de Salud-EsSalud: Población titular activa según sexo por tipo de seguro**  
**A Julio 2004**

Tipo de Seguro	Total		Hombres		Mujeres	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
<b>Seguro Regular</b>	<b>1,992,437</b>	<b>86.7</b>	<b>1,266,095</b>	<b>88.3</b>	<b>726,342</b>	<b>84.2</b>
Empleados y obreros	1,862,086	81.1	1,169,945	81.6	692,141	80.2
Pescador y proces. artes. indep.	326	0.0	290	0.0	36	0.0
Trabajador del hogar	40,965	1.8	7,425	0.5	33,540	3.9
Construcción civil	89,060	3.9	88,435	6.2	625	0.1
<b>Seguro de Salud Agrario</b>	<b>106,385</b>	<b>4.6</b>	<b>77,982</b>	<b>5.4</b>	<b>28,403</b>	<b>3.3</b>
Dependiente	77,035	3.4	56,631	3.9	20,404	2.4
Independiente	29,350	1.3	21,351	1.5	7,999	0.9
<b>Regímenes Especiales</b>	<b>76,996</b>	<b>3.4</b>	<b>34,332</b>	<b>2.4</b>	<b>42,664</b>	<b>4.9</b>
Facultativo independiente	31,928	1.4	16,428	1.1	15,500	1.8
Continuación facultativa	32,739	1.4	14,736	1.0	18,003	2.1
Ama de casa	9,180	0.4	109	0.0	9,071	1.1
Chofer profesional	3,149	0.1	3,059	0.2	90	0.0
<b>SCTR independiente</b>	<b>294</b>	<b>0.0</b>	<b>294</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>
<b>Seguros Potestativos</b>	<b>94,514</b>	<b>4.1</b>	<b>39,691</b>	<b>2.8</b>	<b>54,823</b>	<b>6.4</b>
Seguro potestativo único	25,970	1.1	11,403	0.8	14,567	1.7
Seguro independiente	3,401	0.1	1,303	0.1	2,098	0.2
ESSALUD personal y familiar	65,143	2.8	26,985	1.9	38,158	4.4
Esencial	1,632	0.1		0.0		0.0
Ampliado	3,603	0.2		0.0		0.0
Completo	72,254	3.1		0.0		0.0
<b>Latencia</b>	<b>26,367</b>	<b>1.1</b>	<b>16,068</b>	<b>1.1</b>	<b>10,299</b>	<b>1.2</b>
<b>Total</b>	<b>2,296,993</b>	<b>100.0</b>	<b>1,434,462</b>	<b>100.0</b>	<b>862,531</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Estadísticas EsSalud.

Tal como lo ilustra el Gráfico 3.3, los hombres con edades que oscilan entre 35 y 49 años, constituyen el grupo de edad con mayor peso relativo dentro del total de titulares activos (25.9%).

**Gráfico 3.3**

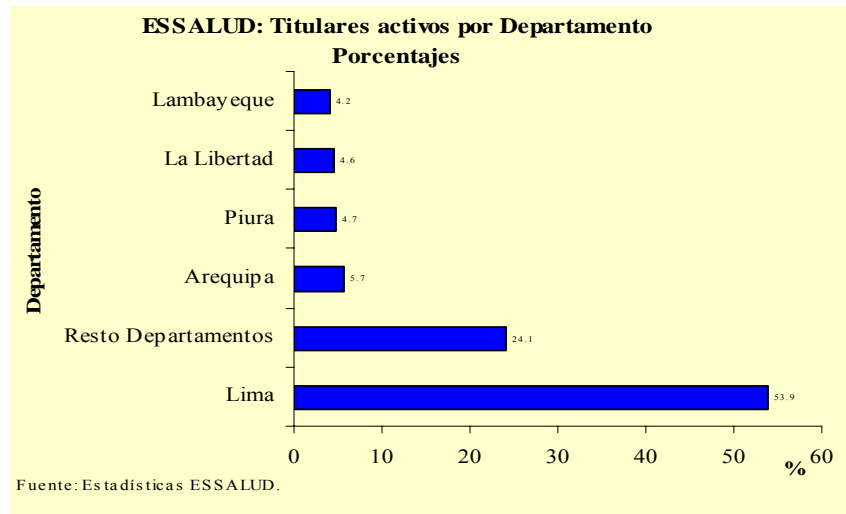


Fuente: Elaboración propia. Con base en Encuesta Nacional de Hogares 2003.

Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú.

Por otra parte, Lima es el Departamento que posee la mayor afiliación (53.9%). Arequipa y Piura ocupan un distante segundo y tercer lugar al absorber el 5,7% y el 4,7%, respectivamente.

Gráfico 3.4



Un hecho adicional relevante se observa al analizar la distribución de los titulares activos afiliados a las sub modalidades de “*Empleados y Obreros-Seguro Regular*” y “*Dependiente-Seguro Agrario*”, respecto al sector económico y al tamaño de establecimiento donde estos laboran. En efecto, tal como se desprende de la Tabla 3.3, la cual ha sido construida a partir de las bases de datos de afiliación suministradas por EsSalud, tres cuartas partes de los afiliados laboran en establecimientos conformados por 46 y más trabajadores, los cuales en su mayoría son: i) de carácter público, vinculados a actividades de administración pública, defensa del país, planes de seguridad social y enseñanza; y ii) de carácter privado, afines a la industria manufacturera y a las actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler. Las microempresas, por tanto, no parecen conformar un sector importante en términos de la proporción de trabajadores afiliados al Seguro de Salud.

**Tabla 3.3**

**Perú: Afiliados titulares "Empleados y Obreros-Seguro Regular" y "Dependiente-Agrario" por tamaño de establecimiento según rama de actividad, 2003**

Rama de actividad	Total	Menos de 5	5 a 9	10 a 15	16 a 45	46 y más trabajadores	No especificado
<b>Total absoluto</b>	<b>2,021,270</b>	<b>186,329</b>	<b>89,589</b>	<b>66,223</b>	<b>150,925</b>	<b>1,526,095</b>	<b>2,109</b>
Agríc., ganadería, caza y silvicol.	80,567	4,887	3,007	2,683	7,325	62,658	7
Pesca	12,884	560	625	582	1,624	9,493	0
Explotación minas y canteras	53,201	532	624	563	2,130	49,334	18
Industrias manufactureras	260,170	18,353	13,592	10,526	26,656	191,013	30
Sumin. electricidad, gas y agua	15,824	166	206	164	758	14,529	1
Construcción	56,238	4,958	2,967	2,772	7,162	38,371	8
Comercio, reparación vehículos autom.	176,241	47,160	24,391	15,811	24,117	64,731	31
Hoteles y restaurantes	38,994	8,639	5,655	3,915	7,017	13,761	7
Transpor., almacen.,y comunicaciones	83,702	10,368	7,070	4,565	11,013	50,674	12
Intermediación financiera	51,619	777	656	694	1,819	47,673	0
Activ. inmov., empresariales y alquiler	220,754	23,701	13,526	10,096	22,725	150,691	15
Adm. púb, defensa, planes seg. social	577,025	15,632	2,121	2,038	8,284	548,132	818
Enseñanza	181,831	4,790	4,364	3,952	12,638	154,933	1,154
Activ. servicios sociales y de salud	80,497	3,948	2,830	1,885	3,972	67,862	0
Otras activ. serv.comun .soc.y pers.	83,271	12,119	7,757	5,778	12,967	44,647	3
Hogares priv. con serv.doméstico	29,553	29,553	0	0	0	0	0
Organiz. y órganos extraterritoriales	1,059	67	83	113	282	514	0
No especificado	17,840	119	115	86	436	17,079	5
<b>Porcentaje respecto al total</b>	<b>100.0</b>	<b>9.2</b>	<b>4.4</b>	<b>3.3</b>	<b>7.5</b>	<b>75.5</b>	<b>0.1</b>
Agríc., ganadería, caza y silvicol.	4.0	0.2	0.1	0.1	0.4	3.1	0.0
Pesca	0.6	0.0	0.0	0.0	0.1	0.5	0.0
Explotación minas y canteras	2.6	0.0	0.0	0.0	0.1	2.4	0.0
Industrias manufactureras	12.9	0.9	0.7	0.5	1.3	9.5	0.0
Sumin. electricidad, gas y agua	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0
Construcción	2.8	0.2	0.1	0.1	0.4	1.9	0.0
Comercio, reparación vehículos autom.	8.7	2.3	1.2	0.8	1.2	3.2	0.0
Hoteles y restaurantes	1.9	0.4	0.3	0.2	0.3	0.7	0.0
Transpor., almacen.,y comunicaciones	4.1	0.5	0.3	0.2	0.5	2.5	0.0
Intermediación financiera	2.6	0.0	0.0	0.0	0.1	2.4	0.0
Activ. inmov., empresariales y alquiler	10.9	1.2	0.7	0.5	1.1	7.5	0.0
Adm. púb, defensa, planes seg. social	28.5	0.8	0.1	0.1	0.4	27.1	0.0
Enseñanza	9.0	0.2	0.2	0.2	0.6	7.7	0.1
Activ. servicios sociales y de salud	4.0	0.2	0.1	0.1	0.2	3.4	0.0
Otras activ. serv.comun .soc.y pers.	4.1	0.6	0.4	0.3	0.6	2.2	0.0
Hogares priv. con serv.doméstico	1.5	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Organiz. y órganos extraterritoriales	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
No especificado	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0

Fuente: Elaboración propia. Con base en estadísticas oficiales de EsSalud.

El anterior resultado es congruente con la información de trabajadores asalariados cotizantes al Seguro de Salud que proporciona la Tabla 3.4, el cual se elaboró con datos del Módulo 500 "Empleo e Ingreso" de la Encuesta Nacional de Hogares 2003 (ENAHO 2003). Sin embargo,

debe destacarse que por tratarse de estimaciones basadas en muestreo, las cifras de ENAHO no presentan un calce perfecto, aunque sí un estimado suficientemente razonable. El objetivo de esta información es jerarquizar las actividades económicas en las que laboran los titulares activos asalariados de dicho seguro, controlando por las variables de “*tamaño del establecimiento*” y “*sector institucional*”. De acuerdo al análisis realizado, únicamente en veintitrés de las ciento doce categorías resultantes, se concentra el 70.3% del total de trabajadores asalariados que cotizan al Seguro de Salud. Para el caso concreto de los asalariados del sector público, sólo tres categorías: i) asalariado público-500 y más trabajadores-enseñanza, ii) asalariado público-500 y más trabajadores-administración pública, defensa y planes de seguridad social, y iii) asalariado público-500 y más trabajadores-actividades de servicios sociales y de salud, aglutinan a la tercera parte de la totalidad de trabajadores asalariados adscritos al Seguro de Salud. Tal como se analizará en el apartado siguiente, en términos del impacto en el nivel de cobertura, este resulta ser uno de los hechos más significativos del patrón de la cobertura del Seguro de Salud.

**Tabla 3.4**  
**Perú: Trabajadores asalariados cotizantes a al Seguro Social de Salud-EsSalud de las veintitres**

<b>Categoría</b>	<b>Tamaño establecimiento</b>	<b>Rama de actividad</b>	<b>% Cotizantes</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Asalariado público	500 y más trabajadores	Enseñanza	21.0	21.0
Asalariado público	500 y más trabajadores	Adm. púb, defensa, planes seg. social	7.6	28.6
Asalariado público	500 y más trabajadores	Activ. serv. sociales y de salud	5.2	33.9
Asalariado privado	De 100 a 499	Industrias manufactureras	4.0	37.8
Asalariado privado	500 y más trabajadores	Industrias manufactureras	3.5	41.3
Asalariado privado	Menos de 5 trabajadores	Hogares privados con serv. doméstico	2.5	43.8
Asalariado privado	500 y más trabajadores	Explotación de minas y canteras	2.3	46.1
Asalariado privado	Menos de 5 trabajadores	Comercio, reparación vehículos autom.	2.2	48.3
Asalariado privado	De 5 a 10	Comerci, reparación vehículos autom.	2.0	50.3
Asalariado privado	De 20 a 49	Industrias manufactureras	2.0	52.3
Asalariado privado	Menos de 5 trabajadores	Agricul. ganadería caza y silvicultura	1.8	54.1
Asalariado privado	De 50 a 99	Industrias manufactureras	1.8	55.9
Asalariado privado	500 y más trabajadores	Comercio, reparación vehículos autom.	1.6	57.5
Asalariado privado	De 20 a 49	Comercio, reparación vehículos autom.	1.6	59.0
Asalariado privado	500 y más trabajadores	Agricul. ganadería caza y silvicultura	1.5	60.5
Asalariado privado	De 5 a 10	Activ. inmov., empresariales y alquiler	1.4	61.9
Asalariado privado	De 5 a 10	Industrias manufactureras	1.4	63.3
Asalariado privado	500 y más trabajadores	Activ. inmov., empresariales y alquiler	1.3	64.6
Asalariado privado	De 11 a 19	Comercio, reparación vehículos autom.	1.2	65.8
Asalariado privado	De 100 a 499	Activ. inmov., empresariales y alquiler	1.2	67.0
Asalariado privado	De 50 a 99	Activ. inmov., empresariales y alquiler	1.1	68.1
Asalariado privado	De 100 a 499	Comercio, reparación vehículos autom.	1.1	69.3
Asalariado privado	Menos de 5 trabajadores	Activ. inmov., empresariales y alquiler	1.1	70.3
Resto de las categorías			29.7	100.0
Total			100.0	

Fuente: Elaboración propia. Con base en Encuesta Nacional de Hogares 2003.

Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú.

### 3.2.2 Perfil de los empleadores afiliados

Respecto a la distribución de los empleadores afiliados al Seguro de Salud, en la Tabla 3.5 se puede apreciar que existe un clarísimo predominio de empleadores afiliados con menos de 5 empleados, especialmente de las ramas comercio, reparación de vehículos automotores, servicio doméstico, y actividades inmobiliarias, empresariales y alquiler: un 77.3% de los empleadores cotizantes al Seguro de Salud en el 2003, constituyen establecimientos conformados con menos de cinco trabajadores. En este caso, sí destacan las microempresas como sector mayoritario en relación con el total de empresas afiliadas a este Seguro; por el contrario, esta relación mayoritaria no se cumple en cuanto al volumen de trabajadores afiliados de la microempresa, lo que está explicado por las notables diferencias en el promedio de empleados por empleador cotizante. Cabe aclarar que dicha participación mayoritaria no debe confundirse con la tasa de cobertura, porque como se demuestra en este informe, el sector de microempresas es el que sufre de mayores problemas de exclusión.

En la Tabla 3.6 se presenta información sobre la distribución de la masa salarial (suma de salarios sobre los cuales se cotiza) y los salarios promedio, por tipo de seguro y tamaño de establecimiento. Esta información es de gran relevancia porque permite validar la hipótesis de no factibilidad financiera de extender la protección en seguridad social a grupos de la microempresa que podrían tener un menor nivel de ingresos, y por ende, una relación de aportes/costo de prestaciones no favorable para EsSalud. Dicho en otros términos, la información es útil para determinar en qué medida el salario promedio cotizante se ve afectado por el tamaño de establecimiento, y por ende, para extraer conclusiones acerca de si la adhesión a EsSalud de trabajadores de empresas más pequeñas, generaría un costo actuarial superior o inferior.

El salario promedio cotizante mensual al Seguro de Salud rondaba los 942 soles en el año 2003 (aproximadamente US\$270 mensuales), con diferencias significativas según se trate de trabajadores cotizantes al Seguro Regular o al Seguro Agrario Dependiente; éstos últimos reportan a EsSalud un salario medio que equivale al 52% del salario reportado por los cotizantes al Seguro Regular. La situación salarial de las trabajadoras del hogar es mucho más precaria: el salario medio mensual reportado en el año 2003 era de 398 soles.

Con base en la información referida, se puede afirmar que existen diferencias en el salario promedio según el tamaño de establecimiento. Los salarios tienden a ser inferiores en los extremos inicial y final de la distribución de empleadores según tamaño. Por ejemplo, mientras que las empresas con más de 10 y menos de 300 trabajadores presentan un salario promedio de 1,200 soles, ese promedio baja a cerca de 850 soles mensuales para las microempresas y a 700 nuevos soles para las empresas de más de 860 empleados.

**Tabla 3.5**
**EsSalud: Patronos afiliados a las sub modalidades de aseguramiento "Empleados y Obreros-Seguro Regular", "Trabajador del Hogar-Seguro Regual" y Dependiente Agrario" por tamaño de establecimiento según rama de actividad económica, 2003.**

Rama de actividad	Total	Menos de 5	5 a 9	10 a 15	16 a 45	46 y más trabajadores	No especificado
<b>Número de patronos</b>	<b>127,520</b>	<b>98,548</b>	<b>13,496</b>	<b>5,371</b>	<b>5,810</b>	<b>4,266</b>	<b>29</b>
Agríc., ganadería, caza y silvicult.	3,542	2,407	438	222	267	208	0
Pesca	516	264	87	48	60	57	0
Explotación minas y canteras	594	229	90	46	70	158	1
Industrias manufactureras	14,042	9,326	2,038	848	1,052	774	4
Sumin. electricidad, gas y agua	207	81	28	12	28	58	0
Construcción	3,631	2,516	438	231	273	171	2
Comercio, reparación vehículos autom.	31,595	25,152	3,760	1,296	1,015	365	7
Hoteles y restaurantes	6,034	4,477	857	320	290	87	3
Transpor., almacen.,y comunicaciones	7,531	5,445	1,075	368	426	215	2
Intermediación financiera	662	353	106	57	68	78	0
Activ. inmov., empresariales y alquiler	16,274	11,872	2,022	816	836	724	4
Adm. púb, defensa, planes seg. social	2,056	793	313	141	252	552	5
Enseñanza	4,107	2,299	657	321	480	350	0
Activ. servicios sociales y de salud	3,049	2,141	426	156	157	169	0
Otras activ. serv.comun .soc.y pers.	7,910	5,537	1,134	473	509	256	1
Hogares priv. con serv.doméstico	25,583	25,583	0	0	0	0	0
Organiz. y órganos extraterritoriales	60	25	10	9	12	4	0
No especificado	127	48	17	7	15	40	0
<b>Porcentaje de patronos respecto al total</b>	<b>100.0</b>	<b>77.3</b>	<b>10.6</b>	<b>4.2</b>	<b>4.6</b>	<b>3.3</b>	<b>0.0</b>
Agríc., ganadería, caza y silvicult.	2.8	1.9	0.3	0.2	0.2	0.2	0.0
Pesca	0.4	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Explotación minas y canteras	0.5	0.2	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0
Industrias manufactureras	11.0	7.3	1.6	0.7	0.8	0.6	0.0
Sumin. electricidad, gas y agua	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Construcción	2.8	2.0	0.3	0.2	0.2	0.1	0.0
Comercio, reparación vehículos autom.	24.8	19.7	2.9	1.0	0.8	0.3	0.0
Hoteles y restaurantes	4.7	3.5	0.7	0.3	0.2	0.1	0.0
Transpor., almacen.,y comunicaciones	5.9	4.3	0.8	0.3	0.3	0.2	0.0
Intermediación financiera	0.5	0.3	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0
Activ. inmov., empresariales y alquiler	12.8	9.3	1.6	0.6	0.7	0.6	0.0
Adm. púb, defensa, planes seg. social	1.6	0.6	0.2	0.1	0.2	0.4	0.0
Enseñanza	3.2	1.8	0.5	0.3	0.4	0.3	0.0
Activ. servicios sociales y de salud	2.4	1.7	0.3	0.1	0.1	0.1	0.0
Otras activ. serv.comun .soc.y pers.	6.2	4.3	0.9	0.4	0.4	0.2	0.0
Hogares priv. con serv.doméstico	20.1	20.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Organiz. y órganos extraterritoriales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
No especificado	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Promedio de empleados por patrono</b>	<b>15.9</b>	<b>1.9</b>	<b>6.6</b>	<b>12.3</b>	<b>26.0</b>	<b>357.7</b>	<b>72.7</b>
Agríc., ganadería, caza y silvicult.	22.7	2.0	6.9	12.1	27.4	301.2	-
Pesca	25.0	2.1	7.2	12.1	27.1	166.5	-
Explotación minas y canteras	89.6	2.3	6.9	12.2	30.4	312.2	18.0
Industrias manufactureras	18.5	2.0	6.7	12.4	25.3	246.8	7.5
Sumin. electricidad, gas y agua	76.4	2.0	7.4	13.7	27.1	250.5	-
Construcción	15.5	2.0	6.8	12.0	26.2	224.4	4.0
Comercio, reparación vehículos autom.	5.6	1.9	6.5	12.2	23.8	177.3	4.4
Hoteles y restaurantes	6.5	1.9	6.6	12.2	24.2	158.2	2.3
Transpor., almacen.,y comunicaciones	11.1	1.9	6.6	12.4	25.9	235.7	6.0
Intermediación financiera	78.0	2.2	6.2	12.2	26.8	611.2	-
Activ. inmov., empresariales y alquiler	13.6	2.0	6.7	12.4	27.2	208.1	3.8
Adm. púb, defensa, planes seg. social	280.7	19.7	6.8	14.5	32.9	993.0	163.6
Enseñanza	44.3	2.1	6.6	12.3	26.3	442.7	-
Activ. servicios sociales y de salud	26.4	1.8	6.6	12.1	25.3	401.6	-
Otras activ. serv.comun .soc.y pers.	10.5	2.2	6.8	12.2	25.5	174.4	3.0
Hogares priv. con serv.doméstico	1.2	1.2	-	-	-	-	-
Organiz. y órganos extraterritoriales	17.7	2.7	8.3	12.6	23.5	128.5	-
No especificado	140.5	2.5	6.8	12.3	29.1	427.0	-

Fuente: Elaboración propia. Con base en Encuesta Nacional de Hogares 2003.

Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú.

**Tabla 3.6**  
**Empleadores, trabajadores y salario promedio, según tamaño de establecimiento y tipo de seguro**

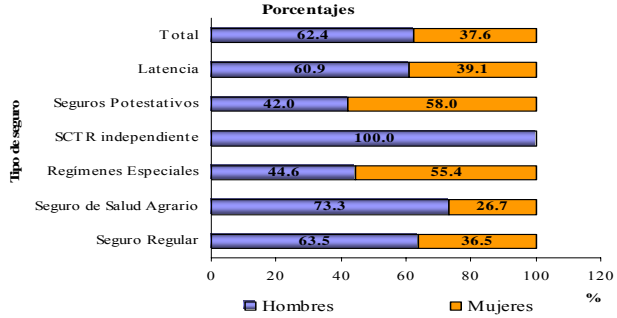
Tamaño de establecimiento	Empleadores		Trabajadores		Planilla		Salario promedio
	Número	%	Número	%	Monto (mill.)	%	
<b>Total general</b>	<b>127,491</b>	<b>100.0</b>	<b>2,019,161</b>	<b>100.0</b>	<b>1,902.6</b>	<b>100.0</b>	<b>942.3</b>
Hasta 5 trabajadores	102,925	80.7	208,972	10.3	178.2	9.4	853.0
6 - 9	9,119	7.2	66,946	3.3	65.2	3.4	973.2
10 - 15	5,371	4.2	66,223	3.3	79.9	4.2	1,206.3
16 - 45	5,810	4.6	150,925	7.5	182.0	9.6	1,206.0
46 - 156	2,655	2.1	225,327	11.2	276.9	14.6	1,228.8
157 - 393	898	0.7	225,952	11.2	275.2	14.5	1,218.1
394 - 861	381	0.3	216,875	10.7	229.3	12.1	1,057.2
862 y más	332	0.3	857,941	42.5	615.9	32.4	717.9
<b>Seguro Regular</b>	<b>100,106</b>	<b>100.0</b>	<b>1,909,977</b>	<b>100.0</b>	<b>1,850.7</b>	<b>100.0</b>	<b>969.0</b>
Hasta 5 trabajadores	76,174	76.1	176,605	9.2	165.1	8.9	934.8
6 - 9	8,960	9.0	65,654	3.4	64.6	3.5	983.2
10 - 15	5,240	5.2	64,552	3.4	78.9	4.3	1,222.2
16 - 45	5,637	5.6	145,742	7.6	179.5	9.7	1,231.3
46 - 156	2,566	2.6	216,396	11.3	273.2	14.8	1,262.5
157 - 393	858	0.9	214,662	11.2	270.1	14.6	1,258.5
394 - 861	360	0.4	204,428	10.7	224.6	12.1	1,098.6
862 y más	311	0.3	821,938	43.0	594.8	32.1	723.7
<b>Agrario Dependiente</b>	<b>1,804</b>	<b>100.0</b>	<b>79,634</b>	<b>100.0</b>	<b>40.1</b>	<b>100.0</b>	<b>503.5</b>
Hasta 5 trabajadores	1,170	64.9	2,817	3.5	1.4	3.5	492.8
6 - 9	159	8.8	1,292	1.6	0.6	1.5	464.4
10 - 15	131	7.3	1,671	2.1	1.0	2.5	592.7
16 - 45	173	9.6	5,183	6.5	2.6	6.4	494.4
46 - 156	89	4.9	8,931	11.2	3.7	9.2	412.9
157 - 393	40	2.2	11,290	14.2	5.1	12.7	449.8
394 - 861	21	1.2	12,447	15.6	4.7	11.7	377.8
862 y más	21	1.2	36,003	45.2	21.1	52.6	585.7
<b>Seguro Regular trab. d/hogar</b>	<b>25,581</b>		<b>29,550</b>		<b>11.8</b>		<b>398.2</b>

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de afiliación suministrada por EsSalud, 2003.

**Panel de gráficos:  
Perfil de titulares activos y empleadores afiliados al Seguro de Salud**

**Gráfico 3.A**

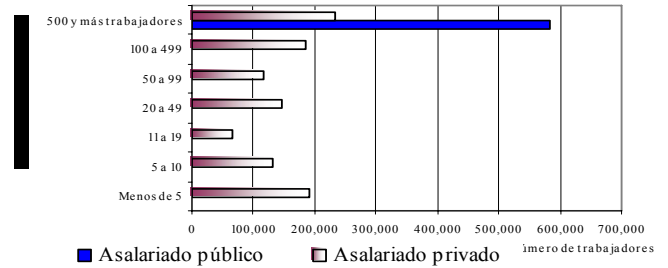
**Seguro Social de Salud EsSalud Titulares activos por sexo según tipo de seguro**



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 2003.

**Gráfico 3.B**

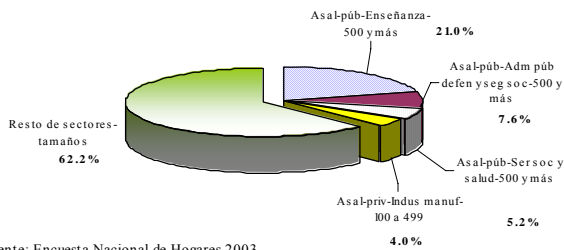
**Asalariados cotizantes al Seguro Social de Salud EsSalud por tamaño de establecimiento y sector institucional: 2003**



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 2003  
Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú

**Gráfico 3.C**

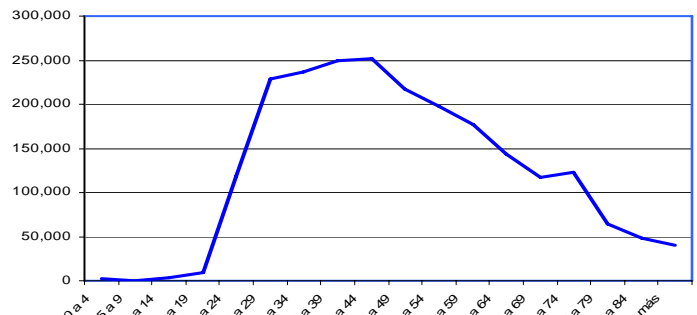
**Asalariados cotizantes a al Seguro Social de EsSalud por rama de actividad y tamaño de establecimiento**



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 2003  
Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú.

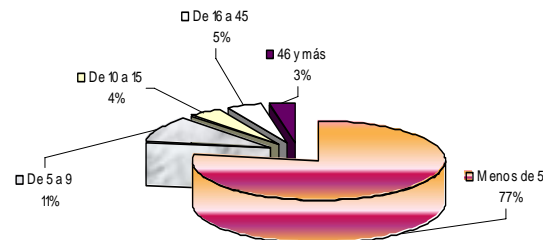
**Gráfico 3.D**

**Titulares activos del Seguro de Salud-EsSalud por edad**



**Gráfico 3.E**

**Patrones afiliados Seguro Regular y Agrario según tamaño de establecimiento, 2003 (Porcentajes)**



Fuente: Estadísticas Seguro de Salud y Encuesta Nacional de Hogares 2003



En resumen, se puede afirmar que los titulares activos que cotizan al Seguro de Salud se caracterizan por ser en su mayoría hombres en edades intermedias de 35 y 49 años, afiliados a la sub modalidad “*Empleados y Obreros-Seguro Regular*” y habitantes del Departamento de Lima. Aunado a ello, se trata fundamentalmente asalariados que laboran en instituciones públicas de más de 45 trabajadores, vinculadas a actividades de administración, defensa del país, planes de seguridad social y enseñanza; donde el salario promedio que perciben es inferior al devengado por titulares activos que laboran en establecimientos de 2 a 5 trabajadores. Por su parte, los empleadores afiliados a este seguro constituyen en su gran mayoría establecimientos con menos de cinco trabajadores, dedicados al comercio, la reparación de vehículos automotores, servicio doméstico y a actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler.

### 3.3 Los índices de cobertura

Conocido el perfil de los titulares activos del Seguro de Salud y de los empleadores afiliados, se procede a analizar en este apartado cómo se comportan los índices de cobertura respecto a los grupos poblacionales y variables clave de clasificación que se detallan a continuación. En la medida de lo posible, se comparará los índices de cobertura de Perú con los de otros países de América Latina a efecto de contar con una idea de la posición relativa del país.

<i>Grupos poblacionales y variables utilizadas en el análisis de cobertura del Seguro de Salud</i>	
<u><i>Grupos poblacionales</i></u>	<u><i>Variables de clasificación</i></u>
<b><u>A) Personas.</u></b>	
<i>Población total</i>	<i>Condición de aseguramiento</i>
<i>Fuerza de Trabajo (Población Económicamente Activa)</i>	<i>Género</i>
<i>Población Económicamente Activa Ocupada</i>	<i>Grupo erario</i>
<i>Población Económicamente Activa Asalariada</i>	<i>Región</i>
<i>Población Económicamente Activa No Asalariada</i>	<i>Categoría ocupacional</i>
	<i>Sector institucional</i>
	<i>Rama de actividad económica</i>
	<i>Tamaño del establecimiento</i>
	<i>Condición de pobreza</i>
<b><u>B) Hogares</u></b>	
<i>Población total de hogares</i>	<i>Ingreso per cápita del hogar</i>
<i>Población de hogares contribuyentes al Seguro Social de Salud-EsSalud</i>	<i>Género del jefe del hogar</i>
	<i>Grupo erario del jefe del hogar</i>
	<i>Región</i>
	<i>Categoría ocupacional del jefe del hogar</i>
	<i>Sector institucional del jefe del hogar</i>
	<i>Rama de actividad económica del jefe del hogar</i>
	<i>Tamaño del establecimiento del jefe del hogar</i>

Como puede apreciarse, desde el punto de cobertura horizontal, existen dos tipos de poblaciones que interesa evaluar: i) las poblaciones relativas a personas y ii) las poblaciones

relativas a hogares. Para el primer caso interesa analizar, por ejemplo, el índice o tasa de cobertura de la Población Económicamente Activa Asalariada, el cual se refiere a la proporción de empleados asalariados inscritos en el Seguro de Salud, con derecho a recibir sus prestaciones. En el segundo caso, se define como un hogar cubierto aquel donde al menos uno de sus miembros aporta cotizaciones al Seguro de Salud. Acá interesa, determinar el grado de cobertura de hogares según su nivel de ingreso, y generar índices basados en personas que pertenecen o no a hogares contribuyentes.

Cabe señalar que para calcular las tasas de cobertura de las poblaciones mencionadas, se procesó la información de la Encuesta Nacional de Hogares del año 2003. Ello por cuanto la utilización de esta encuesta como fuente alternativa de información, permite apreciar importantes aristas del problema de la cobertura, no contempladas usualmente en los registros administrativos de EsSalud.

### 3.3.1 Cobertura de la población total

De conformidad con las cifras de la Tabla 3.7, se estima que el Seguro de Salud de EsSalud llega al 26% de la población nacional, con un índice de protección ligeramente mayor para las mujeres; esto es, aunque la cantidad de trabajadoras cotizantes a EsSalud es inferior que la de hombres, al agregar la población de mujeres derechohabientes (dependientes de cotizante directo) se produce un “equilibrio” de cifras en términos de cobertura por género.

**Tabla 3.7**  
Cobertura de la población total, por sexo y edad

Edad/sexo	Total	Asegurada	% cobertura
<b>Ambos sexos</b>	<b>27,308,177</b>	<b>7,093,535</b>	<b>26.0</b>
Hombres	13,733,780	3,416,098	24.9
Mujeres	13,574,397	3,677,437	27.1
<b>Todas las edades</b>	<b>27,308,177</b>	<b>7,093,535</b>	<b>26.0</b>
Menos de 15 años	8,928,046	2,496,002	28.0
15 a 59	16,315,867	3,776,402	23.1
60 y más años	2,064,264	821,131	39.8
<b>Todas las edades</b>	<b>27,308,177</b>	<b>7,093,535</b>	<b>26.0</b>
0 a 4	2,990,574	655,807	21.9
5 a 9	2,997,985	838,087	28.0
10 a 14	2,939,487	1,002,108	34.1
15 a 19	2,754,680	659,513	23.9
20 a 24	2,551,372	244,664	9.6
25 a 29	2,359,938	477,043	20.2
30 a 34	2,065,825	471,116	22.8
35 a 39	1,810,506	516,929	28.6
40 a 44	1,565,300	435,819	27.8
45 a 49	1,299,244	381,419	29.4
50 a 54	1,063,896	329,434	31.0
55 a 59	845,105	260,464	30.8
60 a 64	672,591	235,835	35.1
65 a 69	534,335	194,978	36.5
70 a 74	389,966	165,444	42.4
75 y más años	467,372	224,874	48.1

Fuente: estimaciones del autor con base en cifras de EsSalud y ENAHO 2003.

A nivel global, estas cifras son coincidentes con el nivel de cobertura de la población económicamente activa, que como se ha mencionado, ronda el 17% de la PEA. Destaca un grupo de cobertura muy inferior al promedio, el de las personas entre 20 y 24 años, donde la

proporción de cubiertos es solo del 9.6%; cifra que se explica probablemente por tratarse de un colectivo que aglutina jóvenes estudiando o en busca del primer empleo, pero que por su edad ya no están cubiertos en calidad de derechohabientes. Por otra parte, destaca la más alta cobertura del grupo de tercera edad, especialmente aquellos con edad “75 años y más”, que se explica probablemente por la mayor proporción de pensionados presente dentro de este grupo.

### 3.3.2 Cobertura de la Población Económicamente Activa

En los últimos diez años, la tasa de cobertura del Seguro de Salud respecto a la Población Económicamente Activa o Fuerza de Trabajo muestra una tendencia a disminuir: pasa de 25.4% en 1994 a 17% en el 2003, lo cual implica una disminución de 8.4 puntos porcentuales. Tal como se desprende de la Tabla 3.8, durante dicho período el crecimiento promedio anual de la tasa de cobertura fue negativa e igual a -4.2%. Este resultado, debe llamar a la reflexión pues sin duda alguna plantea un desafío a las autoridades de EsSalud en término de las medidas que a corto plazo deben de adoptarse para revertir la tendencia descrita.

**Tabla 3.8**  
Perú: Evolución de la cobertura del Seguro Social de Salud- EsSalud respecto a la PEA, 1994 - 2003

Año	Población	PEA	PEA/ Población (%)	Titulares ESSALUD activos	Titulares activos/ PEA (%)	Tasa crecimiento anual cobertura ESSALUD (%)
1994	23,421,000	8,682,009	37.1	2,203,276	25.4	-
1995	23,531,701	8,906,009	37.8	2,027,595	22.8	-10.3
1996	24,258,000	9,202,252	37.9	2,046,428	22.2	-2.3
1997	24,681,000	9,498,495	38.5	2,059,504	21.7	-2.5
1998	25,104,000	9,794,738	39.0	1,968,589	20.1	-7.3
1999	25,525,000	10,090,981	39.5	1,911,767	18.9	-5.7
2000	25,661,690	10,387,225	40.5	2,029,871	19.5	3.1
2001	26,347,000	10,418,387	39.5	2,199,158	21.1	8.0
2002	26,749,000	12,223,568	45.7	2,236,913	18.3	-13.3
2003	27,687,839	13,305,569	48.1	2,259,041	17.0	-7.2

**Fuente:** Período 1994-2001: Plan Estratégico EsSalud 2003-2007, Año 2002: Memoria Institucional EsSalud 2002, Año 2003: Memoria Institucional EsSalud 2003 y Encuesta Nacional de Hogares para población y PEA.

Respecto al año 2003, en la Tabla 3.9 se observa que en general las diferentes categorías ocupacionales presentan bajos niveles de cobertura, y como es de esperar, las “mayores” tasas las presentan los “Empleados”, “Obreros” y “Empleadores” son los que presentan los mayores niveles de cobertura. Cabe destacar que la información mostrada en la Tabla 3.9 no necesariamente coincide con las estimaciones propias de EsSalud, en virtud de que a partir de ENAHO es posible clasificar la categoría ocupacional en función de la actividad que realiza el trabajador, la cual no siempre coincide con la categoría de aportante a EsSalud que se anota en los registros administrativos.

**Tabla 3.9**  
**Perú: Cobertura de la PEA por categoría ocupacional, 2003,**  
**porcentajes**

<b>Categoría ocupacional</b>	<b>%</b>
Empleado	50.5
Obrero	18.3
Trabajador del Hogar	8.8
Empleador o patrono	16.6
Trabajador Independiente	8.4
Trabajador Familiar No Remunerado	5.5
Otro	12.1

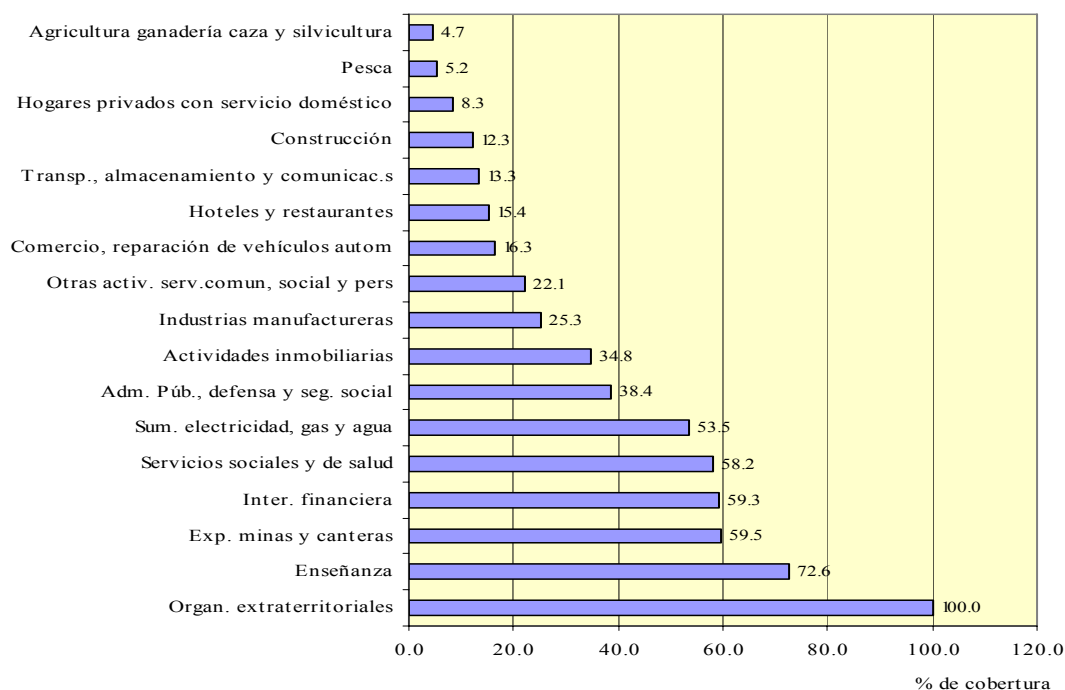
Fuente: Elaboración propia. Con base en Encuesta Nacional de Hogares 2003.

Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú.

Desde la perspectiva de las ramas de actividad económica, existen diferencias notables en los índices de cobertura de la PEA que se manifiestan con bastante independencia del tamaño de establecimiento. En este sentido, tal como se ilustra en el Gráfico 3.5, en Perú la actividad productiva que goza de un 100% de protección por el Seguro de Social de Salud-EsSalud está vinculada con las organizaciones y órganos extraterritoriales. Le siguen en importancia las actividades relacionadas con la enseñanza (72.6%), la explotación de minas y canteras (59.5%), la intermediación financiera (59.3%), los servicios sociales y de salud (58.2%) y el suministro de electricidad, gas y agua (53.5%). Para el resto de las actividades, los indicadores de cobertura no sobrepasan el 38.4%. De estas, los casos más extremos los constituyen la agricultura y la pesca que en conjunto alcanzan una cobertura de 9.9%, lo cual resulta particularmente grave ya que como se expuso en este informe, estas actividades absorben alrededor del 39% del empleo.

**Gráfico 3.5**

**Cobertura Seguro Social de Salud-EsSalud respecto a PEA  
por rama de actividad económica: 2003**



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 2003. Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú .

Por otro lado, como es de esperar, Lima Metropolitana y las zonas costeras son las regiones que muestran los índices de cobertura de la PEA más elevados, los cuales incluso superan al promedio nacional. Por su parte, desde la perspectiva de género, la cobertura de los hombres (17.2%) es ligeramente superior a la de las mujeres (16.4%). En cuanto a grupos de edad, la baja cobertura de niños y jóvenes contrasta con las altas tasas de empleo que estos grupos presentan.

**Tabla 3.10**  
**Conglomerado de ramas de actividad económica según nivel de cobertura del Seguro de Salud**

Muy Baja 0%	Baja 25%	Mediana 50%	Alta 75%	100%
Otras activ. serv.comun, social y pers	Adm. Púb., defensa y seg. social	Enseñanza	Organ. extraterritoriales	
Comercio, reparación de vehículos autom	Actividades inmobiliarias	Exp. minas y canteras		
Hoteles y restaurantes	Industrias manufactureras	Inter. financiera		
Transp., almacenamiento y comunicac.s		Servicios sociales y de salud		
Construcción		Sum. electricidad, gas y agua		
Hogares privados con servicio doméstico				
Pesca				
Agricultura ganadería caza y silvicultura				

**Tabla 3.11**  
**Perú: Indicadores de cobertura de la PEA , año 2003.**  
**En porcentajes**

<b>Total</b>	17.0		
<b>Género</b>		<b>Rama de actividad económica</b>	
Hombre	17.2	Agricultura ganadería caza y silvicultura	4.7
Mujer	16.4	Pesca	5.2
		Explotación de minas y canteras	59.5
<b>Grupo etario</b>		Industrias manufactureras	25.3
10 a 14	8.5	Suministro de electricidad, gas y agua	53.5
15 a 19	4.7	Construcción	12.3
20 a 24	7.6	Comercio al por mayor y menor, reparación de vehículos autom	16.3
25 a 29	15.8	Hoteles y restaurantes	15.4
30 a 34	18.9	Transporte, almacenamiento y comunicaciones	13.3
35 a 39	21.0	Intermediación financiera	59.3
40 a 44	23.3	Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	34.8
45 a 49	23.2	Administración pública y defensa, planes de seguridad social	38.4
50 a 54	24.2	Enseñanza	72.6
55 a 59	23.6	Actividades de servicios sociales y de salud	58.2
60 a 64	21.0	Otras actividades de servicios comunitarias, sociales y pers	22.1
65 a 69	18.6	Hogares privados con servicio doméstico	8.3
70 a 74	15.1	Organizaciones y órganos extraterritoriales	100.0
75 y más	14.1		
<b>Región</b>		<b>Tamaño de establecimiento</b>	
Costa Norte	17.1	Menos de 5 trabajadores	8.2
Costa Centro	24.5	De 5 a 10 trabajadores	8.8
Costa Sur	20.1	De 11 a 19 trabajadores	22.9
Sierra Norte	5.7	De 20 a 49 trabajadores	34.7
Sierra Centro	10.4	De 50 a 99 trabajadores	50.0
Sierra Sur	13.4	De 100 a 499 trabajadores	58.2
Selva	11.1	De 500 y más trabajadores	71.0
Lima Metropolitana	27.0		
<b>Categoría ocupacional</b>			
Asalariados	30.7		
Públicos	72.2		
Privados	23.4		
No asalariados	7.3		

Fuente: Elaboración propia. Con base en Encuesta Nacional de Hogares 2003.

Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú.

La baja tasa de cobertura obtenida a nivel nacional (17,0%), es la combinación de dos situaciones bastante disímiles: una cobertura del 30,7% para la población asalariada, en contraposición a otra de 7,3% para la población no asalariada. Seguidamente se analiza con mayor detalle la cobertura en estas dos poblaciones.

### 3.3.2.1 Cobertura de la PEA asalariada

Como se puede observar en la Tabla 3.12, Perú se ubica entre los países de Latinoamérica con menor cobertura de la población asalariada. En efecto, el índice global de cobertura (30.7%) no llega a ser la mitad del promedio regional (65.9%). Resultados similares se presentan a nivel de los sectores formal e informal.

**Tabla 3.12**  
Perú y otros países seleccionados: tasa de cobertura de la PEA asalariada, según tamaño de establecimiento

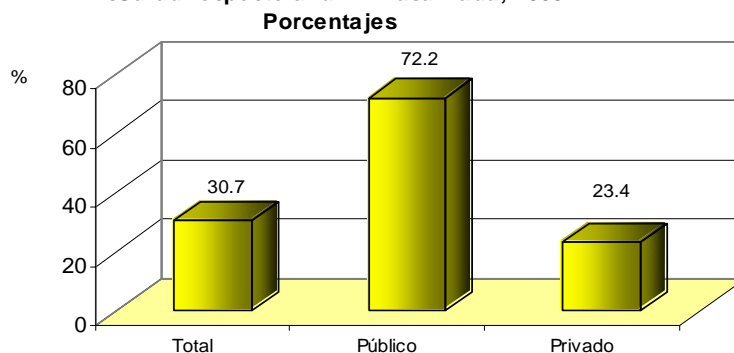
País	Año	Total	Más de 5 empleados	Hasta 5 empleados
<b>Perú</b>	<b>2003</b>	<b>30.7</b>	<b>42.2</b>	<b>9.4</b>
Uruguay (Montevideo)	1998	79.4	87.2	57.9
Chile	1998	77.4	86.0	51.0
Costa Rica	1999	75.2	88.2	46.3
Panamá	2001	74.1	85.8	30.1
México	1999	69.9	82.1	13.1
Colombia	1998	67.1	80.0	35.5
Brasil	1999	67.0	82.0	32.3
Venezuela	1999	66.4	77.6	21.0
América Latina	1999	65.9	79.0	26.9
Argentina	1998	57.5	81.3	20.2
Ecuador	1998	46.6	65.5	16.2

Fuente: Elaborado a partir de estimaciones de OIT con base en información de Encuesta de Hogares y otras fuentes oficiales. Véase: <http://www.oit.org.pe/spanish/260ameri/infoal/estadist/>

Un segundo aspecto relevante se refiere a las disparidades en la protección entre los empleados asalariados públicos y privados. Debe destacarse, en primera instancia, que de acuerdo con las cifras estimadas disponibles, la cobertura en el sector público no alcanza, ni tiende a acercarse, al 100% de los empleados públicos, sino al 72.2%. Esta cifra confirma las carencias de cobertura para un considerable grupo de población asalariada, no necesariamente del sector informal. La explicación más plausible se encuentra en la proliferación de nuevas modalidades de contratación de mano de obra basadas en la supuesta inexistencia de relación obrero-patronal, que ha logrado extenderse y es tolerada, también en el sector público.

Gráfico 3.6

Perú: Tasas de cobertura del Seguro Social de Salud-  
EsSalud respecto a la PEA asalriada, 2003



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 2003, Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú.

Por otro lado, en promedio solo el 23.4% de los trabajadores asalariados del sector privado están protegidos por el Seguro de Salud; pero de conformidad con la Tabla 3.13, dicho índice se mueve desde 9.4% en los establecimientos privados de menos de 5 empleados, por definición de la economía informal, pasa a 13.6% para los establecimientos de 5 a 10 empleados, aumenta moderadamente a 24.8 % en las empresas de 11 a 19 empleados, sube a 35.1% en los establecimientos de 20 a 49 empleados, alcanza 50.4% en empresas de 50 a 99 empleados, llega a 58.4% para los empleadores que emplean de 100 a 499 trabajadores, y alcanza un significativo, pero aún bajo, 68.3% en establecimientos de más de 500 funcionarios.

### 3.3.2.2 Cobertura de la PEA no asalariada

Si planteamos como premisa que una buena parte de los trabajadores no asalariados son quienes a su vez engruesan las filas del sector informal, resulta evidente que la cobertura de este sector debe ser bajísima. En efecto, según se deriva de la Encuesta Nacional de Hogares 2003, la tasa de cobertura de la PEA no asalariada asciende a 7.3% (Tabla 3.13). Si bien la legislación vigente está abierta a la inscripción al Seguro de Salud de trabajadores no asalariados, sean amas de casa, empleadores o empleados por cuenta propia que en forma voluntaria deseen acogerse a la protección de seguros de salud, no parecen darse las condiciones necesarias para una mayor cobertura. Al menos existen cuatro posibles razones que explican esta situación: (i) la no obligatoriedad del aseguramiento para la población no asalariada; (ii) la precariedad de ingresos de los trabajadores no asalariados; (iii) la falta de incentivos para afiliarse al Seguro de Salud, y iv) la falta de cultura de aseguramiento.



**Tabla 3.13**
**Perú: Tasa de cobertura Seguro Social de Salud-EsSalud respecto a PEA por categoría ocupacional, rama de actividad y tamaño**

Tamaño de establecimiento y rama de actividad	Total	Asalariados			No Asalariado
		Total	Público	Privado	
<b>Total</b>	<b>17.0</b>	<b>30.7</b>	<b>72.2</b>	<b>23.4</b>	<b>7.3</b>
Agric., ganadería, caza y silvicult.	4.7	10.2	100.0	10.2	3.3
Pesca	5.2	6.6	-	6.6	3.6
Explotación minas y canteras	59.5	64.0	39.1	64.1	0.9
Industrias manufactureras	25.3	35.6	93.7	35.3	10.8
Sumin. electricidad, gas y agua	53.5	57.8	60.0	55.7	0.0
Construcción	12.3	14.7	100.0	14.3	3.3
Comercio, reparación vehículos autom.	16.3	25.8	0.0	25.8	12.8
Hoteles y restaurantes	15.4	21.3	100.0	21.0	12.8
Transpor., almacen.,y comunicaciones	13.3	20.8	49.6	20.2	6.8
Intermediación financiera	59.3	58.2	57.5	58.3	75.0
Activ. inmov., empresariales y alquiler	34.8	42.4	57.2	42.1	16.4
Adm. púb. defensa, planes seg. social	48.4	48.5	49.0	30.5	0.0
Enseñanza	72.5	77.4	88.4	48.1	14.8
Activ. servicios sociales y de salud	59.6	65.6	72.1	47.1	25.5
Otras activ. serv.comun .soc.y pers.	22.1	28.8	72.9	28.5	12.6
Hogares priv. con serv.doméstico	8.3	8.8	-	8.8	3.8
Organiz. y órganos extraterritoriales	100.0	100.0	100.0	100.0	-
<b>Menos de 5 trabajadores</b>	<b>8.2</b>	<b>9.4</b>	<b>-</b>	<b>9.4</b>	<b>7.8</b>
Agric., ganadería, caza y silvicult.	4.1	7.3	-	7.3	3.6
Pesca	3.2	0.8	-	0.8	3.9
Explotación minas y canteras	0.6	0.0	-	0.0	0.9
Industrias manufactureras	10.2	8.6	-	8.6	10.8
Sumin. electricidad, gas y agua	17.6	29.8	-	29.8	0.0
Construcción	2.9	2.7	-	2.7	3.3
Comercio, reparación vehículos autom.	12.1	11.2	-	11.2	12.3
Hoteles y restaurantes	12.8	13.8	-	13.8	12.6
Transpor., almacen.,y comunicaciones	6.1	4.9	-	4.9	6.7
Intermediación financiera	52.6	28.3	-	28.3	75.0
Activ. inmov., empresariales y alquiler	19.3	25.3	-	25.3	15.6
Enseñanza	13.5	14.5	-	14.5	13.4
Activ. servicios sociales y de salud	30.9	46.6	-	46.6	25.5
Otras activ. serv.comun .soc.y pers.	14.5	18.3	-	18.3	12.6
Hogares priv. con serv.doméstico	8.4	8.8	-	8.8	3.8
<b>De 5 a 10 trabajadores</b>	<b>8.8</b>	<b>13.6</b>	<b>-</b>	<b>13.6</b>	<b>4.4</b>
Agric., ganadería, caza y silvicult.	2.7	4.0	-	4.0	2.2
Pesca	5.7	6.7	-	6.7	0.0
Explotación minas y canteras	0.0	0.0	-	0.0	-
Industrias manufactureras	15.4	16.7	-	16.7	10.1
Construcción	4.0	4.0	-	4.0	0.0
Comercio, reparación vehículos autom.	24.9	23.1	-	23.1	29.3
Hoteles y restaurantes	15.1	14.7	-	14.7	15.9
Transpor., almacen.,y comunicaciones	13.8	12.8	-	12.8	65.7
Intermediación financiera	76.7	76.7	-	76.7	-
Activ. inmov., empresariales y alquiler	39.3	38.2	-	38.2	88.4
Adm. púb. defensa, planes seg. social	25.5	25.5	-	25.5	-
Enseñanza	30.2	28.5	-	28.5	100.0
Activ. servicios sociales y de salud	46.3	46.3	-	46.3	-
Otras activ. serv.comun .soc.y pers.	19.7	19.9	-	19.9	7.7
Hogares priv. con serv.doméstico	0.0	0.0	-	0.0	-
<b>De 11 a 19 trabajadores</b>	<b>22.9</b>	<b>24.8</b>	<b>-</b>	<b>24.8</b>	<b>3.1</b>
Agric., ganadería, caza y silvicult.	5.6	6.5	-	6.5	3.2
Pesca	0.0	0.0	-	0.0	-
Explotación minas y canteras	21.8	21.8	-	21.8	-
Industrias manufactureras	24.6	24.8	-	24.8	0.0
Sumin. electricidad, gas y agua	0.0	0.0	-	0.0	-
Construcción	10.4	10.4	-	10.4	-
Comercio, reparación vehículos autom.	46.1	46.1	-	46.1	-
Hoteles y restaurantes	22.9	23.2	-	23.2	0.0
Transpor., almacen.,y comunicaciones	44.1	44.1	-	44.1	-
Intermediación financiera	0.0	0.0	-	0.0	-
Activ. inmov., empresariales y alquiler	35.8	35.8	-	35.8	-
Enseñanza	35.9	35.9	-	35.9	-
Activ. servicios sociales y de salud	21.3	21.3	-	21.3	-
Otras activ. serv.comun .soc.y pers.	40.6	40.6	-	40.6	-

*Continúa...*

Perú: Tasa de cobertura Seguro Social de Salud-EsSalud respecto a PEA por categoría ocupacional, rama de actividad y tamaño de establecimiento, año 2003. (Porcentajes)

... Continuación

Tamaño de establecimiento y rama de actividad	Total	Asalariados			No Asalariado
		Total	Público	Privado	
<b>De 20 a 49 trabajadores</b>	<b>34.7</b>	<b>35.1</b>	-	<b>35.1</b>	<b>6.5</b>
Agric., ganadería, caza y silvicult.	15.0	15.8	-	15.8	0.0
Pesca	3.3	3.7	-	3.7	0.0
Explotación minas y canteras	10.7	10.7	-	10.7	-
Industrias manufactureras	43.5	43.4	-	43.4	52.7
Sumin. electricidad, gas y agua	43.0	43.0	-	43.0	-
Construcción	33.3	33.3	-	33.3	-
Comercio, reparación vehículos autom.	46.8	46.8	-	46.8	-
Hoteles y restaurantes	47.0	47.0	-	47.0	-
Transpor., almacen.,y comunicaciones	45.6	45.6	-	45.6	-
Intermediación financiera	47.3	47.3	-	47.3	-
Activ. inmov., empresariales y alquiler	32.4	32.4	-	32.4	-
Adm. púb, defensa, planes seg. social	0.0	0.0	-	0.0	-
Enseñanza	43.1	43.0	-	43.0	100.0
Activ. servicios sociales y de salud	47.4	47.4	-	47.4	-
Otras activ. serv.comun .soc.y pers.	41.1	41.5	-	41.5	0.0
<b>De 50 a 99 trabajadores</b>	<b>50.0</b>	<b>50.4</b>	-	<b>50.4</b>	<b>0.0</b>
Agric., ganadería, caza y silvicult.	25.5	27.7	-	27.7	0.0
Pesca	8.0	8.0	-	8.0	-
Explotación minas y canteras	55.7	55.7	-	55.7	-
Industrias manufactureras	63.3	63.3	-	63.3	-
Sumin. electricidad, gas y agua	92.5	92.5	-	92.5	-
Construcción	55.8	55.8	-	55.8	-
Comercio, reparación vehículos autom.	38.9	38.9	-	38.9	-
Hoteles y restaurantes	71.6	71.6	-	71.6	-
Transpor., almacen.,y comunicaciones	43.9	43.9	-	43.9	-
Intermediación financiera	42.8	42.8	-	42.8	-
Activ. inmov., empresariales y alquiler	60.7	60.7	-	60.7	-
Enseñanza	51.6	51.6	-	51.6	-
Activ. servicios sociales y de salud	69.9	69.9	-	69.9	-
Otras activ. serv.comun .soc.y pers.	33.6	33.6	-	33.6	-
<b>De 100 a 499 trabajadores</b>	<b>58.2</b>	<b>58.4</b>	-	<b>58.4</b>	<b>0.0</b>
Agric., ganadería, caza y silvicult.	52.7	52.7	-	52.7	-
Pesca	26.5	26.5	-	26.5	-
Explotación minas y canteras	73.5	73.5	-	73.5	-
Industrias manufactureras	60.3	60.7	-	60.7	-
Sumin. electricidad, gas y agua	76.3	76.3	-	76.3	-
Construcción	64.5	64.5	-	64.5	-
Comercio, reparación vehículos autom.	52.7	53.2	-	53.2	-
Hoteles y restaurantes	60.4	60.4	-	60.4	-
Transpor., almacen.,y comunicaciones	46.1	46.1	-	46.1	-
Intermediación financiera	54.1	54.1	-	54.1	-
Activ. inmov., empresariales y alquiler	53.7	53.7	-	53.7	-
Adm. púb, defensa, planes seg. social	100.0	100.0	-	100.0	-
Enseñanza	74.1	74.1	-	74.1	-
Activ. servicios sociales y de salud	25.6	25.6	-	25.6	-
Otras activ. serv.comun .soc.y pers.	63.3	63.3	-	63.3	-
<b>De 500 y más trabajadores</b>	<b>71.0</b>	<b>71.1</b>	<b>72.2</b>	<b>68.3</b>	<b>4.7</b>
Agric., ganadería, caza y silvicult.	78.1	78.1	100.0	78.0	-
Pesca	45.1	45.1	-	45.1	-
Explotación minas y canteras	84.1	84.1	39.1	84.5	-
Industrias manufactureras	71.8	71.8	93.7	71.1	-
Sumin. electricidad, gas y agua	61.7	61.7	60.0	67.7	-
Construcción	56.3	56.3	100.0	49.9	-
Comercio, reparación vehículos autom.	76.3	76.3	0.0	76.6	63.7
Hoteles y restaurantes	42.5	42.5	100.0	36.8	-
Transpor., almacen.,y comunicaciones	48.1	48.1	49.6	47.7	-
Intermediación financiera	62.9	62.9	57.5	63.9	-
Activ. inmov., empresariales y alquiler	67.4	68.8	57.2	70.5	0.0
Adm. púb, defensa, planes seg. social	48.7	48.8	49.0	20.0	0.0
Enseñanza	87.7	87.7	88.4	75.6	-
Activ. servicios sociales y de salud	71.8	71.8	72.1	60.5	-
Otras activ. serv.comun .soc.y pers.	38.4	38.4	72.9	35.8	-
Organiz. y órganos extraterritoriales	100.0	100.0	100.0	100.0	-

Fuente: Elaboración propia. Con base en Encuesta Nacional de Hogares 2003, Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú.

La no obligatoriedad de la afiliación de los no asalariados, no es una razón de peso para explicar la escasez de afiliados, a juzgar por las experiencias de otros ámbitos nacionales. Por ejemplo, en Costa Rica, antes del año 2000, cuando la afiliación no era obligatoria, el Seguro Social cubría a más del 30% de los trabajadores no asalariados, mientras que en Argentina, donde la afiliación de los trabajadores por cuenta propia es exigida por ley, la cobertura no alcanza ni al 5% del grupo. Este es un indicativo claro de que si bien la obligatoriedad puede ser un factor explicativo, existen otros elementos que influyen sobre el nivel de cobertura, entre los que cabe destacar la capacidad contributiva, los incentivos a la afiliación, la efectividad de los mecanismos de control contributivo y compulsión y la percepción de la población sobre la calidad de las prestaciones otorgadas por la seguridad social.

La mayor precariedad de los trabajadores no asalariados, en comparación con los trabajadores asalariados, es un factor de peso para explicar una baja capacidad contributiva, problema que se refuerza por el hecho de que el trabajador independiente, contrario al asalariado, debe asumir el pago de la cuota del empleador, lo que eleva la carga contributiva y desincentiva la afiliación. Sin embargo, debe destacarse que difícilmente este factor, por sí solo, podría explicar los bajos índices de afiliación a EsSalud.

En Perú, aparte del Seguro Social existe otro financiador y prestador importante de servicios de salud: el Ministerio de Salud. La dualidad estructural del sistema público de salud de Perú en cuanto a su financiamiento, constituye un obstáculo para el aumento de la cobertura de la seguridad social a la población no asalariada de ingresos medios y altos, es decir, a aquella con capacidad contributiva, toda vez que prácticamente toda la población, asegurada y no asegurada, puede acceder a los servicios de salud que ofrece el Ministerio de Salud (MINSA), los que en teoría estarían reservados a los grupos de bajo ingreso. Además, en la práctica el MINSA es un relevante proveedor de los servicios de salud para la población asegurada de las áreas geográficas donde el Seguro de Salud no tiene infraestructura de servicios. Por lo tanto, los trabajadores no asegurados de muchas áreas geográficas, pero especialmente los que no están obligados a cotizar, tienen escasos incentivos para adherirse al Seguro de Salud.

En definitiva, el problema de la falta de cobertura incluye en mayor o menor medida, a todos los grupos sociolaborales de la sociedad peruana; pero afecta fundamentalmente a los no asalariados y a los asalariados que laboran en los establecimientos más pequeños. Es decir, sale a relucir la microempresa como un sector problemático en términos de cobertura de la seguridad social. Este problema, no exclusivo de Perú, está explicado por dos grupos de factores: i) aquellos intrínsecos a las características propias de las microempresas, incluyendo el aspecto cultural, y ii) por los limitantes en cuanto al control contributivo sobre las microempresas que es capaz de ejercer la seguridad social en cada país, región o territorio.

Aunque son diversos los factores que pueden explicar la baja cobertura de la microempresa, un elemento crítico se relaciona con las mayores dificultades de control contributivo que se asocian a los establecimientos de menor tamaño. En general, son establecimientos menos visibles para la inspección de la seguridad social, pues en muchos casos están lejos de la vía pública o bien ubicados en sitios de difícil visualización y acceso para las autoridades de control contributivo. Pese a estas dificultades, algunos países han logrado innovaciones interesantes para identificar establecimientos productivos medianos y pequeños, tales como el cruce de bases de datos para identificar concesión de licencias de operación, permisos de construcción, permisos sanitarios, consumo de energía eléctrica y pulsaciones telefónicas, entre otros.

De lo anteriormente expuesto, se concluye por tanto que dentro del contexto internacional Perú no goza de una posición relativamente buena en el nivel de la cobertura global del seguro social de salud, particularmente a causa de no haber logrado una elevada cobertura de la PEA no asalariada (que conforma el 58.2% de la PEA), ni de de los trabajadores asalariados del sector formal e informal.

### **3.3.3 Cobertura de hogares**

En la Tabla 3.14 se presenta información sobre la cobertura a nivel de hogares, construida aplicando una clasificación de hogares a partir de ENAHO-2003 que considera la medición del ingreso per capita del hogar. Este indicador tiene la ventaja de que corrige el ingreso en función del compromiso de consumo de cada hogar condicionado por la cantidad de miembros, o tamaño medio. La Encuesta de Hogares 2003 arroja un índice medio de 30% de hogares contribuyentes al Seguro de Salud, lo que significa que en esa proporción de hogares existe al menos una persona que aporta cuotas a dicho Seguro. Este sería un índice general de cobertura visto a nivel de hogares, que debido a las diferencias en el tamaño medio de hogar por nivel de ingreso, puede diferir del índice respectivo a nivel de cobertura de individuos. Desde la perspectiva del género del jefe del hogar, este índice alcanza un 33.5% para los hogares cuyo jefe de hogar es mujer y 29% para los hogares con varones como jefes de hogar.

El promedio de hogares con algún grado de protección del Seguro de Salud muestra significativas disparidades según el nivel de ingreso per cápita del hogar. Entre los hogares del decil de ingreso más bajo, es decir los más pobres, solo un 2.3% son contribuyentes al referido Seguro (2.6% cuando el jefe de hogar es mujer y 2.3% cuando es varón), en tanto que entre los hogares de mayor ingreso (decil 10), es decir, los de las familias más ricas, se estima que un 69,7% tienen al menos un miembro que aporta cuotas este seguro (77.6% cuando el jefe de hogar es mujer y 67.5% cuando es varón). Estas notables diferencias tienden a disminuir cuando consideramos la distribución del número de personas cubiertas en vez del número de hogares: por ejemplo, el 45.4% de las personas en hogares de alto ingreso, pertenecen al grupo de contribuyentes, lo que quiere decir que en los hogares de más alto ingreso la proporción de contribuyentes por hogar es mayor que en las familias más pobres; en alguna medida, el comportamiento de este indicador por nivel de ingreso del hogar, está afectado por el hecho de que las familias más pobres tienen un mayor tamaño medio que las familias más ricas. Obsérvese adicionalmente, que en el caso de los hogares contribuyentes, los hogares a cargo de una mujer tienen mayor cobertura en todos los estratos de ingreso. En el caso de las personas contribuyentes, es destacable que en los deciles 6 a 9 los hombres tienen mayor cobertura que las mujeres.

**Tabla 3.14**  
Perú: Cobertura del Seguro Social de Salud EsSalud según decil de ingreso del hogar

Decil de ingreso	Ingreso monetario bruto (millones)	Porcentaje de hogares contribuyentes al Seguro Social de Salud EsSalud <sup>(1)</sup>			Porcentaje de personas contribuyentes al Seguro Social de Salud EsSalud		
		Total	Hombre jefe de hogar	Mujer jefe de hogar	Total	Hombres	Mujeres
d <sub>1</sub>	341	2.3	2.3	2.6	0.9	0.8	1.2
d <sub>2</sub>	1,076	1.9	1.8	2.4	0.9	0.9	0.8
d <sub>3</sub>	1,922	4.4	4.0	6.0	1.9	1.8	2.4
d <sub>4</sub>	2,947	8.2	7.1	12.6	3.2	3.0	4.5
d <sub>5</sub>	4,224	16.3	16.7	14.8	9.2	9.7	7.1
d <sub>6</sub>	5,674	27.1	27.1	27.3	14.5	15.2	11.3
d <sub>7</sub>	7,543	37.6	37.1	39.4	21.3	21.8	19.0
d <sub>8</sub>	10,206	49.4	49.3	49.6	30.0	30.9	26.2
d <sub>9</sub>	15,066	60.1	59.2	63.0	38.9	39.9	35.2
d <sub>10</sub>	43,514	69.7	67.5	77.6	45.4	44.6	48.4

(1) Incluye sólo los miembros que están afiliados a EsSalud; se contabiliza los hogares en los que al menos habite un afiliado.

Fuente: Elaboración propia, con base en los datos de la ENAHO 2003.

La información de las tablas 3.15 y 3.16 complementan el análisis de la cobertura del Seguro Social de Salud- EsSalud, y hacen mucho más evidente las brechas de cobertura que existen entre los estratos altos y bajos. Así por ejemplo, según se desprende de la Tabla 3.15 en las regiones de la sierra y la selva se presentan brechas entre el nivel de cobertura del decil mayor respecto al menor de hasta 108 veces. Adicionalmente, se visualiza una relación positiva entre el tamaño del estrato geográfico (medido por el número de viviendas) y las tasas de cobertura.

Finalmente, para completar el perfil de la cobertura, la Tabla 3.16 permite visualizar una relación positiva entre el tamaño del establecimiento donde labora el jefe de hogar y la tasa de cobertura del Seguro de Salud. Por otro lado, se confirma una vez más la importante brecha que existe entre los grupos asalariados y no asalariados. Seguro Social de Salud- EsSalud.

**Tabla 3.15**

Perú: Cobertura del Seguro Social de Salud-EsSalud por dominio de residencia y estrato geográfico según decil de ingreso per cápita, 2003, Porcentajes

Decil de ingreso persona	Dominio de residencia				Estrato geográfico					
	% hogares contribuyentes a EsSalud <sup>(1)</sup>	% personas contribuyentes a EsSalud	% hogares contribuyentes a EsSalud <sup>(1)</sup>	% personas contribuyentes a EsSalud	% hogares contribuyentes a EsSalud <sup>(1)</sup>	% personas contribuyentes a EsSalud	% hogares contribuyentes a EsSalud <sup>(1)</sup>	% personas contribuyentes a EsSalud		
	<b>Costa Norte</b>				<b>Sierra Centro</b>		<b>Mayor de 100,000 viviendas</b>		<b>401 a 4,000 viviendas</b>	
<b>Total</b>	<b>32.2</b>	<b>17.1</b>	<b>18.4</b>	<b>11.0</b>	<b>45.6</b>	<b>24.0</b>	<b>30.8</b>	<b>17.5</b>		
d1	3.7	0.9	0.8	0.4	19.7	7.3	2.3	1.6		
d2	4.5	1.9	0.6	0.2	13.4	4.3	4.9	2.3		
d3	6.3	2.3	3.6	2.3	15.5	4.3	8.2	3.6		
d4	11.5	3.6	4.0	2.3	17.7	4.8	5.1	2.1		
d5	13.2	7.3	21.0	13.5	19.7	9.8	17.6	11.0		
d6	28.3	14.1	23.5	15.7	27.9	12.8	30.3	16.7		
d7	45.0	22.6	41.6	26.5	33.9	16.4	46.7	29.3		
d8	49.5	29.8	49.1	37.9	46.9	25.1	43.2	31.3		
d9	62.3	42.4	67.0	47.1	58.7	34.8	70.7	49.4		
d10	65.1	47.7	86.9	68.8	67.7	41.3	75.9	55.4		
	<b>Costa Centro</b>		<b>Sierra Sur</b>		<b>De 20,001 a 100,000 viviendas</b>		<b>Menos de 401 viviendas</b>			
<b>Total</b>	<b>44.1</b>	<b>25.1</b>	<b>21.3</b>	<b>13.8</b>	<b>40.6</b>	<b>23.8</b>	<b>20.1</b>	<b>13.4</b>		
d1	0.0	0.0	5.3	2.2	9.2	5.2	1.6	0.5		
d2	12.9	6.2	1.5	1.2	4.6	3.4	2.6	0.8		
d3	6.5	3.1	1.9	1.2	5.8	2.1	2.4	1.3		
d4	7.0	2.2	6.3	4.5	12.4	4.9	6.9	5.2		
d5	22.8	9.8	16.5	11.2	15.7	7.1	15.2	9.2		
d6	34.1	18.1	25.4	15.8	28.8	16.0	33.1	29.6		
d7	44.2	25.8	36.7	28.0	41.9	24.7	31.5	22.4		
d8	66.5	42.3	50.9	34.6	54.3	34.2	61.7	48.4		
d9	57.3	38.2	62.7	48.0	61.0	41.1	56.7	49.5		
d10	76.5	60.1	80.1	61.5	71.9	55.1	80.3	73.3		
	<b>Costa Sur</b>		<b>Selva</b>		<b>De 10,001 a 20,000 viviendas</b>		<b>Área Empad. Rural - AER Comp.</b>			
<b>Total</b>	<b>31.7</b>	<b>19.6</b>	<b>18.4</b>	<b>10.4</b>	<b>38.3</b>	<b>23.1</b>	<b>7.0</b>	<b>3.7</b>		
d1	12.7	6.0	0.1	0.0	22.6	9.0	0.1	0.0		
d2	8.1	4.1	0.2	0.0	11.1	6.7	0.5	0.4		
d3	12.6	4.1	4.5	1.6	3.4	0.8	1.8	0.9		
d4	12.1	6.9	6.9	3.0	10.0	4.6	2.9	1.4		
d5	10.4	5.4	12.7	7.8	22.1	11.6	11.6	8.8		
d6	18.1	9.2	27.4	16.2	24.5	15.3	22.7	11.5		
d7	30.9	19.3	33.7	25.6	48.3	28.6	35.1	21.4		
d8	37.2	23.4	49.7	32.7	58.3	42.0	39.6	35.6		
d9	52.5	41.9	61.2	48.5	58.9	37.2	44.1	36.8		
d10	68.4	52.2	69.8	57.1	71.4	52.8	58.1	45.5		
	<b>Sierra Norte</b>		<b>Lima Metropolitana</b>		<b>De 4,001 a 10,000 viviendas</b>		<b>Área Empad. Rural - AER Simple</b>			
<b>Total</b>	<b>9.6</b>	<b>6.1</b>	<b>46.1</b>	<b>23.9</b>	<b>38.6</b>	<b>23.0</b>	<b>9.0</b>	<b>4.9</b>		
d1	0.1	0.0	6.8	2.8	3.5	1.8	0.5	0.2		
d2	1.5	0.5	16.3	5.3	1.8	0.3	0.7	0.1		
d3	0.6	0.3	15.5	4.3	7.0	3.5	2.1	0.9		
d4	0.5	0.2	18.5	4.6	10.0	3.7	5.1	2.5		
d5	7.3	4.9	18.5	9.2	17.4	10.2	12.8	8.2		
d6	23.9	16.9	27.4	12.1	28.5	12.7	15.5	13.2		
d7	35.3	25.2	33.1	15.6	39.7	28.2	33.3	25.4		
d8	38.3	36.5	46.4	24.8	60.6	34.1	43.3	35.6		
d9	74.3	50.3	58.0	33.4	71.2	57.1	41.1	30.8		
d10	54.9	49.0	67.4	40.2	87.1	70.2	67.9	51.6		

(1) Incluye solo los miembros que están afiliados a ESSALUD en los hogares y se contabiliza los hogares en los que al menos habite un afiliado.

Fuente: Elaboración propia. Con base en los datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2003, Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú.

**Tabla 3.16**

Perú: Cobertura del Seguro Social de Salud-EsSalud por tamaño de establecimiento del jefe de hogar y categoría ocupacional según decil de ingreso per cápita, 2003, porcentajes

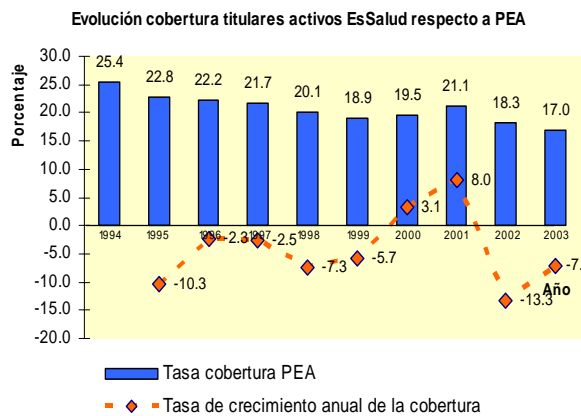
Decil de ingreso persona	Tamaño establecimiento jefe de hogar				Categoría ocupacional			
	% hogares contribuyentes a EsSalud <sup>(1)</sup>	% personas contribuyentes a EsSalud	% hogares contribuyentes a EsSalud <sup>(1)</sup>	% personas contribuyentes a EsSalud	% hogares contribuyentes a EsSalud <sup>(1)</sup>	% personas contribuyentes a EsSalud	% hogares contribuyentes a EsSalud <sup>(1)</sup>	% personas contribuyentes a EsSalud
	<b>1</b>		<b>30 a 49</b>		<b>Empleador o patrono</b>		<b>Trabajador familiar no remunerado</b>	
<b>Total</b>	<b>18.8</b>	<b>10.1</b>	<b>45.4</b>	<b>27.7</b>	<b>22.5</b>	<b>11.7</b>	<b>36.6</b>	<b>18.5</b>
d1	1.3	0.5	0.0	0.0	1.7	0.4	0.0	0.0
d2	1.2	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	16.8	6.2
d3	4.9	3.2	19.1	3.1	4.4	2.6	29.2	6.5
d4	5.0	1.9	0.0	0.0	3.1	1.4	12.2	7.1
d5	8.5	4.4	26.5	11.7	8.6	3.9	29.7	17.4
d6	16.0	6.3	50.4	34.8	12.6	5.8	21.8	9.5
d7	23.0	11.0	32.9	26.4	15.2	6.6	34.3	20.8
d8	28.1	15.3	66.7	46.5	29.2	15.5	75.7	37.8
d9	39.0	24.9	61.6	35.0	39.2	25.5	60.5	38.5
d10	47.0	28.7	53.9	36.5	55.4	34.2	76.3	47.0
	<b>2 a 5</b>		<b>50 a 99</b>		<b>Trabajador independiente</b>		<b>Trabajador del Hogar</b>	
<b>Total</b>	<b>12.3</b>	<b>5.9</b>	<b>64.4</b>	<b>41.6</b>	<b>12.1</b>	<b>5.6</b>	<b>22.3</b>	<b>9.2</b>
d1	0.5	0.3	-	-	0.6	0.3	0.0	0.0
d2	0.9	0.5	100.0	100.0	0.8	0.4	8.1	2.6
d3	2.7	1.1	0.0	0.0	2.6	1.4	8.1	7.6
d4	4.4	2.0	7.2	8.0	4.7	1.9	5.5	1.7
d5	9.9	5.0	39.2	28.4	9.7	4.6	0.0	0.0
d6	14.4	7.0	56.6	33.6	15.9	6.7	40.6	19.7
d7	18.8	9.2	54.5	42.2	22.3	10.7	25.4	8.5
d8	31.4	15.8	73.4	48.7	30.8	15.3	10.9	4.4
d9	42.1	25.8	65.2	35.0	39.5	24.1	43.5	16.8
d10	52.1	30.9	82.7	53.8	44.6	26.2	53.3	28.1
	<b>6 a 10</b>		<b>100 y más</b>		<b>Empleado</b>		<b>Otro</b>	
<b>Total</b>	<b>17.1</b>	<b>7.9</b>	<b>77.3</b>	<b>53.1</b>	<b>68.9</b>	<b>47.2</b>	<b>19.6</b>	<b>16.6</b>
d1	0.8	0.2	8.9	10.1	16.4	11.6	0.0	0.0
d2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
d3	4.0	1.7	14.8	19.7	2.5	2.5	0.0	0.0
d4	3.8	1.4	8.2	3.0	16.2	9.8	0.0	0.0
d5	9.9	4.6	51.3	37.3	38.4	32.4	100.0	61.8
d6	10.1	5.6	74.4	50.5	51.7	36.3	23.8	5.5
d7	36.9	17.8	74.4	49.0	59.4	42.3	53.1	16.3
d8	39.4	23.6	80.0	57.8	68.8	48.3	62.9	48.0
d9	52.5	34.9	94.4	71.2	81.4	56.9	0.0	0.0
d10	44.3	33.2	77.9	50.4	76.5	52.5	100.0	67.6
	<b>11 a 29</b>		<b>Desconocido</b>		<b>Obrero</b>			
<b>Total</b>	<b>33.3</b>	<b>17.7</b>	<b>79.2</b>	<b>55.5</b>	<b>29.5</b>	<b>17.3</b>		
d1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
d2	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.9		
d3	2.1	0.7	8.1	6.2	3.9	1.8		
d4	6.1	2.9	10.3	6.3	3.7	1.9		
d5	18.0	8.6	56.1	44.0	15.5	9.7		
d6	24.2	11.7	60.7	41.7	25.5	15.8		
d7	29.3	15.8	80.0	60.0	36.1	22.4		
d8	31.6	21.3	91.5	63.1	47.3	32.8		
d9	64.9	38.7	93.5	70.3	59.4	43.8		
d10	60.9	37.6	90.5	67.5	76.8	53.8		

(1) Incluye solo los miembros que están afiliados a ESSALUD en los hogares y se contabiliza los hogares en los que al menos habite un afiliado.

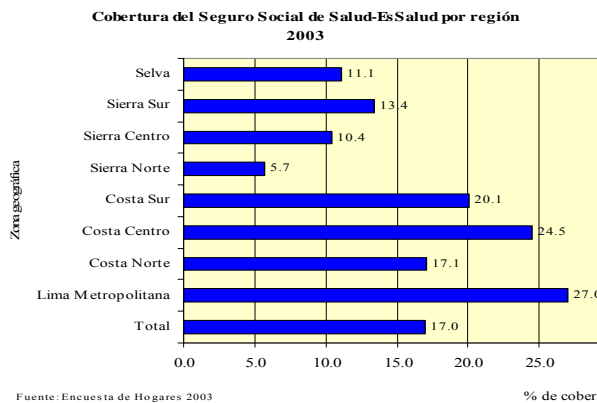
Fuente: Elaboración propia. Con base en los datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2003, Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú.

### Panel de gráficos: cobertura del Seguro de Salud

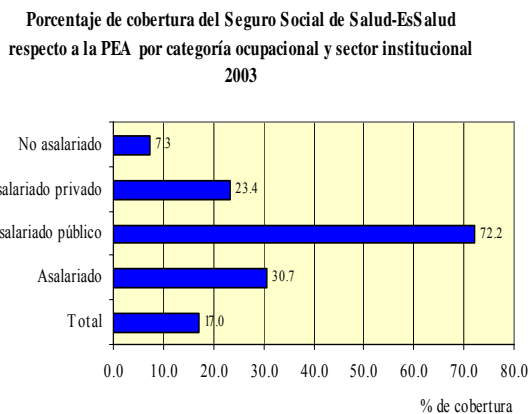
**Gráfico 3.F**



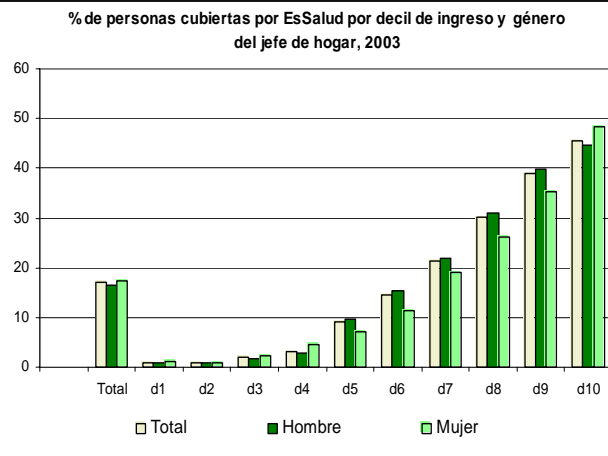
**Gráfico 3.G**



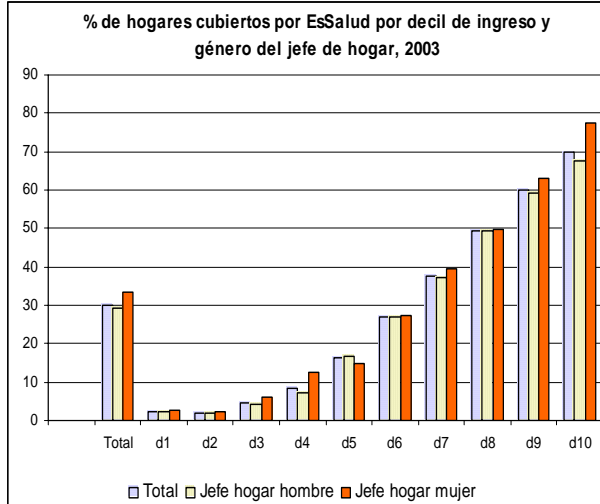
**Gráfico 3.H**



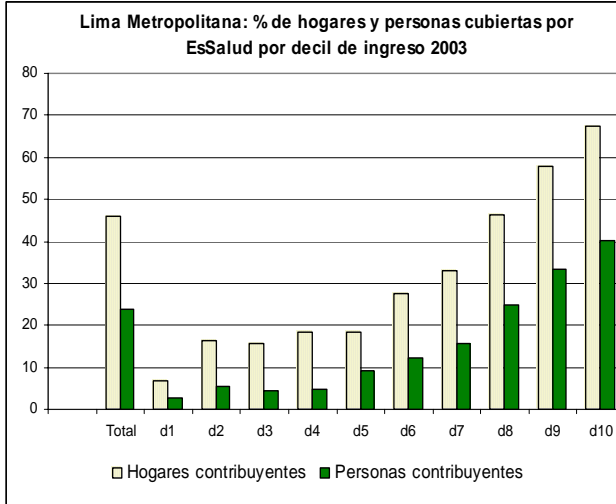
**3.I**



**3.J**



**3.K**



Fuente: Elaboración propia. Con base en Encuesta Nacional de Hogares 2003, Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú.



## **Capítulo 4. Análisis de la gestión de EsSalud**

---

El análisis de la gestión se agrega como un tema clave del presente informe, en virtud de la importante influencia que ejerce la eficiencia y eficacia de la gestión sobre el nivel de costos. Una parte del nivel de costos de un programa de aseguramiento en salud, está explicado por el modelo y las características de la gestión; de modo que como tal que su análisis no puede pasar desapercibido al realizar una evaluación actuarial.

Aunque EsSalud es una entidad sumamente grande y compleja, y por lo tanto, un análisis completo de la gestión debiera ser objeto de un estudio particular, en el presente trabajo nos limitamos a abordar aquellos aspectos que son más significativos desde el punto de vista de la gestión del aseguramiento, el financiamiento y la provisión de servicios, y que mayormente inciden sobre el nivel actual de costos. El análisis de la gestión de la cobertura, en cuanto a sus resultados, se incluye en un capítulo aparte de este informe.

### **4.1 Aspectos programáticos relacionados con la gestión**

En esta sección se aborda el análisis de algunos elementos programáticos relacionados directamente con la función aseguradora de EsSalud, tales como los planes de prestaciones, la configuración del denominado Seguro Agrario y las acciones de rehabilitación profesional, con una mención breve al tema de las EPS y de la Caja del Pescador.

#### **4.1.1 Planes de prestaciones y regímenes de seguros**

La ley 26790 (de 1997), Ley de Modernización de la Seguridad Social, establece en su Artículo 2 que EsSalud otorgará cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios para el cuidado de su salud y bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales; y por otra parte, que dichas prestaciones estarán a cargo del Seguro Social de Salud- EsSalud- y se complementa con los planes y programas de salud brindados por las Entidades Prestadoras de Salud (EPS).

En el artículo 9 de la misma ley, se define que “Las prestaciones del Seguro Social de Salud son determinadas en los reglamentos, en función del tipo de afiliación...” y pueden comprender: a) Prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud, b) Prestaciones de bienestar y promoción social, c) Prestaciones en dinero correspondientes a subsidios por incapacidad temporal y maternidad, y d) Prestaciones por sepelio. Asimismo, se establece que las prestaciones del Seguro Social de Salud en ningún caso podrán tener una cobertura inferior al Plan Mínimo de Atención que se establece en los reglamentos.

Según esta definición legal, el Seguro Social en Salud es un programa específico, con un conjunto particular de prestaciones denominado “Plan Mínimo de Atención”, cuya definición queda sujeta al reglamento de la ley. En la realidad, se encuentra que El Seguro Social de Salud funciona en la práctica como un conjunto de programas de protección, entre los cuales existe un Seguro de Salud con diversos regímenes de aseguramiento o afiliación, así como programas específicos de protección ante contingencias alrededor de la renta: subsidios por incapacidad laboral temporal, maternidad, lactancia y sepelio, y protección de riesgos laborales para los trabajadores en empleo de alto riesgo.

Para el Seguro de Salud, específicamente, que a nivel operativo de EsSalud está traducido mediante un Fondo del Seguro de Salud y otro del Seguro Agrario, básicamente, existe una definición del Plan Mínimo de Atención, subdividido en lo que se conoce como “capa simple” y “capa compleja”.

En primer término, hay que anotar que debido a que el Seguro Agrario aplica en la práctica el mismo plan de prestaciones en salud que el del Seguro Regular, en la realidad el concepto de agrario aplica básicamente, en lo que hace al modelo de afiliación y al sector de actividad al que va dirigida la protección, excepto en lo que tiene que ver con las condiciones de acreditación; es decir, el Seguro Agrario no funciona técnicamente como un plan de seguro como tal, sino como una modalidad de afiliación y cotización exclusiva para el sector agrario, que en materia de aseguramiento difiere del Seguro Regular casi exclusivamente en el nivel de cotización.

Si bien es cierto que la intención original de la legislación con el Seguro Agrario pudo haber sido crear un régimen de seguro que pudiese ser aplicado masivamente a la población del sector agrícola mayormente desprotegida, y por tanto, esto podría justificar un plan de prestaciones diferenciado y un nivel de cotizaciones también diferenciado accesible a población de baja capacidad contributiva, en la práctica la aplicación de la ley desembocó en una cobertura de prestaciones idéntica a la del Seguro Regular que principalmente está llegando bien sea al sector formal agrícola o bien a los trabajadores independientes agrícolas de ingreso medio<sup>10</sup>. En estas condiciones, no parece justificable la existencia de una tasa de cotización inferior para el régimen de aseguramiento agrario, pues genera un subsidio cruzado desde trabajadores urbanos de ingreso medio y bajo (mayoritariamente la población de Lima afiliada a EsSalud) hacia trabajadores agrícolas del sector formal.

A la luz de las cifras de cobertura de la seguridad social mostradas en este informe, resulta imperativa la necesidad de establecer esquemas para la extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos. Sin embargo, la estrategia de conformar esquemas de subsidio

---

<sup>10</sup> El autor de este estudio tuvo acceso a información detallada a EsSalud a nivel de empleadores individuales, lo que permitió constatar que en su mayoría los trabajadores dependientes del Seguro Agrario laboran en empresas formales de elevada productividad, muchas de ellas grandes exportadoras agrícolas o agroindustriales.

entre conjuntos de actividades económicas, no parece ser el instrumento más adecuado, en virtud de que puede degenerar en subsidios en la dirección opuesta como parece ser el caso de la afiliación al Seguro Agrario de empresas agroindustriales, en condiciones se subsidio evidente.

Por lo tanto, una recomendación de política es realizar reformas tendientes a crear un marco de extensión de cobertura donde la existencia de subsidios a las cotizaciones (mediante cotizaciones más bajas) no esté basada en el sector de actividad, sino en nuevos instrumentos contributivos que garanticen que solo los trabajadores y empleadores de sectores de más baja productividad e ingreso puedan acceder a cotizaciones diferenciadas más favorables, acordes con su capacidad contributiva. Esto de ninguna manera elimina la posibilidad de la existencia de subsidios, que son un instrumento fundamental para aplicar el principio de solidaridad que rige los sistemas de seguridad social.

Retomando el tema del Plan Mínimo, se trata de un listado de diagnósticos, separado a nivel de reglamento en las “capa simple” y “capa compleja”. Sin embargo, a nivel operativo EsSalud no posee suficiente capacidad de control respecto a la aplicación del Plan Mínimo ni de las capas; es decir, tales definiciones prácticamente no surten efecto para ningún propósito operativo en el suministro de las prestaciones.

Esta inoperancia de la definición del Plan Mínimo de Atención y sus capas, está explicada por su falta de adecuación a lo que podría ser una definición de productos asegurados. Dicho en otras palabras, un listado de diagnósticos no puede ser capaz de capturar categorías productivas asegurables, pues un paciente con un diagnóstico determinado puede recibir distintos tratamientos (de distintos costos), o bien, puede no recibir ninguno. Por ejemplo, un paciente con VIH/SIDA puede o no recibir antirretrovirales, de modo que lo que cuenta para efectos del plan de protección no es el diagnóstico, sino la intervención que el sistema garantiza al paciente frente a un problema de enfermedad.

Por lo tanto, se recomienda una redefinición completa del Plan Mínimo de Atención del Seguro de Salud, que en general permita identificar verdaderos productos en salud. Por un lado, que separe los productos de primer nivel de atención del resto de productos, y que por otro lado, defina un esquema de productos hospitalarios que puedan reflejar complejidad y costos; a nivel internacional, se viene generalizando la aplicación de los denominados “Grupos Relacionados de Diagnóstico” o variantes de ellos a conveniencia de cada país o plan de seguros.

Cabe destacar que los problemas de falta de aplicabilidad del Plan Mínimo y de las capas simple y compleja, afectan tanto a EsSalud como a las EPS. Los gestores de las EPS señalan que la falta de claridad de lo que es la capa simple, imposibilita su aplicación, y argumentan que actualmente están brindando prestaciones más allá de la capa simple, como una salida para garantizar su mercado; por ejemplo, un problema práctico es que cuando un paciente pasa de ser clasificado como capa simple a capa compleja (en función del cambio en su diagnóstico), su posible traslado desde las instalaciones del proveedor de la EPS a las instalaciones de EsSalud interrumpe la continuidad de la atención y genera problemas al asegurado.

#### 4.1.2 El Plan Mínimo y las EPS

Un tema para discusión, y que evidentemente requiere clarificación a nivel de reforma jurídica, tiene que ver con el verdadero compromiso que legalmente poseen las EPS en cuanto a la protección mínima que ofrecen actualmente y la que de acuerdo con la ley se interpreta que deben ofrecer. Al respecto, el Artículo 17 de la ley 26790 (de 1997), señala textualmente que la cobertura que ofrezca la Entidad Empleadora de conformidad con el Artículo. 15o., sea a través de servicios propios o de planes contratados, deberá contemplar las mismas prestaciones para todos los trabajadores cubiertos y sus derechohabientes, independientemente de su nivel remunerativo... *“...Dicha cobertura no podrá ser inferior al Plan Mínimo de Atención a que se refiere el Art. 9o ...Asimismo, dicha cobertura deberá incluir la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, cuando corresponda, y no podrá excluir la atención de dolencias preexistentes ...Los trabajadores incluidos en la cobertura ofrecida por la Entidad Empleadora mantendrán su derecho a la cobertura de atenciones de alta complejidad, enfermedades crónicas y subsidios económicos a cargo de EsSalud. El nivel de prestaciones a cargo de EsSalud podrá modificarse en función al monto del crédito reconocido, por Decreto Supremo refrendado por el Ministro de Salud, solicitándose previamente la opinión técnica de EsSalud.”*

La lectura textual del artículo 17, plantea incongruencias en materia de financiamiento y protección, pues definiendo el uso de bases de financiamiento completamente diferentes (EPS vs EsSalud), manda a cubrir el mismo Plan Mínimo tanto a EsSalud como a las EPS. En la práctica, hoy día las EPS están cubriendo únicamente algunas prestaciones del Plan Mínimo con un acercamiento a la escasamente acertada definición de la “capa simple”, la cual complementan con algunos productos complementarios que en palabras de los gestores de las EPS *“...permiten a las EPS garantizar al asegurado la continuidad de la atención...”*. Una correcta definición de los compromisos de cobertura a través del Plan Mínimo que deben cubrir los programas, es un requisito indispensable para hacer más objetivo y más transparente el marco del “compromiso” frente al asegurado, tanto para EsSalud como para las EPS.

En el caso de las EPS, la falta de claridad jurídica en el contenido del Plan Mínimo que deben cubrir, las ha llevado a establecer contratos adicionales con sus afiliados, para cubrir productos más allá de la capa simple; lo cual las ha conducido a incursionar en actividades de aseguramiento y gestión de riesgos en salud.

#### 4.1.3 Tratamientos en el exterior

La antigua norma regida por el Decreto Ley 22482 (de 1979), establecía que en caso de que *EsSalud* no pudiera brindar directamente las prestaciones, estas se podrían otorgar en el exterior. Es importante señalar que si bien la actual norma no establece esta prerrogativa, en la práctica *EsSalud* la continúa aplicando. Un problema que se genera es la falta de equidad con que este tipo de prestaciones se otorgan, pues usualmente –especialmente en ausencia de una reglamentación precisa y justa– tienden a beneficiar principalmente a personas con acceso a influencias dentro de la organización. Es recomendable, ya sea eliminar las prestaciones en el exterior, o bien, normar los criterios de acceso en lo que sería una nueva definición de un plan mínimo de cobertura.

#### 4.1.4 Alcance del Plan Mínimo de Atención

Idealmente, un plan de protección de un seguro de salud debe ofrecer el máximo posible de prestaciones con sujeción al marco de financiamiento disponible. La experiencia internacional es que cuando el contenido de productos en salud del plan de prestaciones no está adecuadamente definido, o falla en la delimitación de sus compromisos frente a los afiliados –como usualmente es el caso de las atenciones en el exterior o de las atenciones altamente complejas y costosas– ello degenera en dos tipos de problemas: i) alta concentración del gasto en atenciones de bajo costo/efectividad, o ii) oportunismo e inequidad en el acceso a tales prestaciones.

En el caso de EsSalud, los tratamientos de diálisis son un buen ejemplo de productos asegurables donde actualmente impera el oportunismo en el aseguramiento o en el acceso; y una reforma reglamentaria habría de garantizar que existan incentivos adecuados a la contribución para aliviar la carga económica que representa para EsSalud esta forma de *riesgo moral*. Es decir, lejos de proponer una eliminación de los tratamientos de diálisis, el sistema debiera garantizar que el derecho de acceso a los tratamientos altamente costosos se produzca bajo una densidad mínima de aportes pasados, suficiente para garantizar la sostenibilidad económica de EsSalud en términos de su adecuación actuarial.

#### 4.1.5 EsSalud y los riesgos laborales

De acuerdo con la ley 26790 (de 1997), le corresponde a EsSalud la cobertura tanto de los riesgos comunes como los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; sin embargo, la cobertura puede contratarse libremente ya sea con EsSalud o con la EPS elegida conforme al Artículo 15 de dicha Ley. A propósito, el Artículo 19 establece un régimen de seguro, denominado “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, SCTR, el cual está previsto que otorgue cobertura adicional a los afiliados regulares del Seguro Social de Salud que desempeñan las actividades denominadas “de alto riesgo”, que son determinadas mediante Decreto Supremo. De acuerdo con la ley, el SCTR es obligatorio para las empresas en actividades de alto riesgo y su financiamiento corre por cuenta de la entidad empleadora; cubre: a) las prestaciones de salud en caso de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, pudiendo contratarse libremente con EsSalud ó con la EPS elegida conforme al Artículo 15o. de esta Ley; b) prestaciones económicas por invalidez temporal o permanente y a sobrevivientes, y gastos de sepelio, como consecuencia de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, pudiendo contratarse libremente con la ONP ó con empresas de seguros debidamente acreditadas. Los términos y condiciones para el funcionamiento de este Seguro se establecen en el respectivo reglamento y en el Decreto Supremo N° 003-98-SA “Normas técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”.

Cabe destacar que siendo el SCTR un régimen de seguro separado, expresamente establecido así en la ley, su régimen de financiamiento habría de concebirse en forma separada para la cobertura de todos los riesgos relacionados con la actividad laboral, con el propósito de guardar cierta congruencia con los principios básicos de la organización financiera de los seguros sociales; más específicamente en materia de doctrina e instrumentos de derecho internacional de riesgos laborales. Fundamentalmente, precisa la identificación, por separado, del nivel de

financiamiento requerido para la globalidad de los riesgos laborales y no solo para las actividades del alto riesgo.

Remitiéndonos al Convenio 102 de la OIT, el cual establece normas expresas relativas a la responsabilidad de financiamiento, resulta necesaria la extensión de la cobertura de los riesgos del trabajo a todos los trabajadores sin importar el nivel de riesgos a que estén asociados; en la situación actual, el fondo del Seguro de Salud (Regular y Agrario) está subsidiando gran parte de las prestaciones propias de riesgos laborales (que incluye prestaciones sociales, económicas y de salud), no solo en virtud de las carencias del marco jurídico (cumplimiento del Convenio 102 en materia de cobertura de riesgos laborales), sino también como consecuencia de los problemas de registro y clasificación de las atenciones derivadas de riesgos del trabajo. En el presente estudio, se hace un esfuerzo por estimar alguna parte del financiamiento destinado a la protección de dichos riesgos de todas las actividades productivas; sin embargo, la base de información específica derivada del registro de producción de servicios de EsSalud requiere mejorarse significativamente.

Estas consideraciones invitan a la necesidad de acciones en dos líneas: i) desde el punto de vista de la gestión, la necesidad de que EsSalud separe y registre completamente el financiamiento y los gastos relativos a riesgos laborales (tanto de accidentes como de enfermedades profesionales) de todos los trabajadores afiliados y no solo los de trabajadores adscritos al SCTR, y ii) la incorporación de cambios jurídicos ante una posible agenda de reformas futuras tendientes a darle compleción al marco jurídico de la seguridad social en función de la Norma Mínima de Seguridad Social (Convenio 102)<sup>11</sup>.

#### **4.1.6 La Caja del Pescador**

Se trata de un conjunto de programas que protegen a pescadores que aporta a un régimen denominado Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador, el cual administra protección en pensiones, salud y beneficios sociales. El campo de aplicación de La Caja es la población de trabajadores que realizan actividades pesqueras de tipo artesanal.

Por su naturaleza, los pescadores poseen un régimen especial de contratación de mano de obra. Hacen una declaración especial, semanalmente, y con base en esto se calcula el nivel de aportaciones; todo lo cual hace complejo el manejo de las cotizaciones. Es importante precisar que los aportantes consolidan derechos a prestaciones cuando acreditan ingresos totales por 2,000 nuevos soles durante los cuatro meses anteriores a la evaluación y a su vez no se encuentren morosos.

---

<sup>11</sup> El Artículo 37 del convenio 102 OIT, en la Parte VI, relativa a Prestaciones en Caso de Accidente del Trabajo y de Enfermedad Profesional, establece que “...Las prestaciones mencionadas en los artículos 34 y 36 deberán garantizarse, en la contingencia cubierta, por lo menos a las personas protegidas que estuvieran empleadas como asalariados en el territorio del Miembro en el momento del accidente o en el momento en que se contrajo la enfermedad; y si se trata de pagos periódicos resultantes del fallecimiento del sostén de familia, a la viuda y a los hijos de aquél.” Cabe aclarar que la parte VI del Convenio 102 no ha sido ratificada por Perú.



Mediante la Ley 27766 (de 2002), se estableció un Comité Especial Multisectorial de Reestructuración de la Caja. La ley dispone que EsSalud asuma las prestaciones de salud y económicas de este grupo de trabajadores. Uno de los temas que ha generado mayor discusión es el referente a la implementación de la recaudación para este programa. La norma establece que los trabajadores que están protegidos por la Caja del Pescador se deben incorporar a EsSalud.

La población cubierta por la Caja que debería asumir EsSalud es de aproximadamente 33,700 personas entre activos y pensionistas, más sus beneficiarios dependientes (derechohabientes). Los activos representan el 47% y los pensionistas el 28%. Al producirse el traspaso de la gestión a EsSalud, la cantidad de asegurados se ampliará a aproximadamente 39 mil personas<sup>12</sup>, en virtud de la ampliación de la cobertura a las concubinas e hijos menores de edad comprendidos entre los 15 y 17 años, así como a los hijos menores incapacitados, y madres gestantes.

A partir de agosto de 2004 estos trabajadores deben aportar la cotización a EsSalud, la cual con anterioridad estaba fijada en el 5%; es decir, se plantea equiparar a este grupo de trabajadores a las condiciones de financiamiento del resto de trabajadores cubiertos por EsSalud en el Seguro Regular, lo cual parece razonable en términos de objetivos de solidaridad y equidad en el financiamiento. Como se puede observar en el capítulo de análisis actuarial del presente Informe, una tasa de aporte equiparada en el 9% es razonable desde el punto de vista del cumplimiento de objetivos de solidaridad, aunque quizá insuficiente desde el punto de vista actuarial puro, de cara a la protección de un grupo sujeto a condiciones especiales de riesgos en salud.

Es indiscutible técnicamente la exposición a mayores condiciones de riesgo específicas de la actividad pesquera, y por ende, debe destacarse que aún con una tasa del 9%, el traslado a EsSalud crea una protección subsidiada que a su vez implica una carga de financiamiento que no favorece la posición actuarial de EsSalud. Por lo tanto, es conveniente que en la reglamentación de la ley se analicen opciones que mitiguen esta situación, aunque sin menoscabar criterios fundamentales de solidaridad y equidad contributiva, como podrían ser la fijación de un salario mínimo sobre el cual se cotice, el establecimiento de criterios diferenciados de acreditación que reflejen las características de estacionalidad y falta de continuidad en la contratación del sector pesquero y alguna distinción en las condiciones de financiamiento de la protección de los pensionados. Sobre este último aspecto, como se puede ver en los resultados del costeo actuarial presentados en este estudio, la población de la tercera edad presenta condiciones de utilización y costo de atención en salud superiores a los de la población promedio protegida.

Es importante recalcar la necesidad de que ante futuras incorporaciones de trabajadores al régimen de EsSalud, se recurra a los estudios actuariales pertinentes con el fin de garantizar un nivel de financiamiento acorde con criterios de sostenibilidad económica; sin que ello signifique un menoscabo de la estrategia de consolidar la protección social en instrumentos lo más universales posibles en cuanto a su contenido y régimen de aplicación. En particular, se recomienda obrar dentro de una estrategia donde se evite la proliferación de requisitos de acreditación diferenciados según grupos específicos, en virtud de las mayores dificultades administrativas y aparición de distorsiones indeseables que ello podría implicar.

---

<sup>12</sup> Según estimaciones de EsSalud.

## 4.2 Gestión de ingresos: recaudación y control contributivo

La ley 27334 (de 2000) y su reglamento, transfirieron al SUNAT a partir de mayo del 2001, las funciones y facultades de realizar la recaudación de cotizaciones a EsSalud y las respectivas funciones de control contributivo. Con ello, el sistema peruano de seguridad social avanzó hacia el establecimiento de un modelo de recaudación centralizada, que en este caso está gestionada por la misma entidad encargada de recaudar los impuestos generales. Tal transferencia de funciones a SUNAT ha permitido mejorar la cantidad y calidad de la información generada por dicha entidad para EsSalud; así también, hay evidencia de mejoras en los procesos y la introducción de innovaciones en la aplicación de funciones de control contributivo, así como de aumentos recientes en la recaudación (reflejados básicamente en el año 2004). Sin embargo, estos progresos no se han reflejado en los resultados finales de la afiliación y por el contrario los índices de cobertura con respecto a la PEA han seguido deteriorándose en el tiempo.

De acuerdo con lo informado por representantes del nivel técnico de SUNAT<sup>13</sup>, sus labores de control contributivo se focalizan en el mercado de las empresas grandes y medianas, donde se ubican el mayor número de afiliados.

Desde el punto de vista de SUNAT, la extensión del control contributivo a la microempresa y el sector informal no parece una estrategia adecuada en términos económicos, por dos razones: i) se trata de sectores caracterizados por la precariedad de ingresos, de modo que el ingreso marginal de afiliación de un trabajador de estos grupos, es inferior que el ingreso marginal generado al afiliarse un trabajador en el sector de empresas medianas y grandes; y ii) los trabajadores con mayor precariedad de ingresos, generarían a EsSalud costos marginales de aseguramiento superiores a los de la población ya cubierta.

La argumentación de SUNAT debe valorarse a la luz de las políticas de financiamiento y extensión de la protección social en Salud. Como se demuestra en el capítulo de este informe dedicado a la cobertura, en la realidad de Perú existe un conglomerado de empresas medianas y pequeñas, excluidas de afiliación, que poseen una capacidad contributiva adecuada y que si bien pueden generar a SUNAT un mayor costo marginal en el trabajo de afiliación, no necesariamente son empresas que generan empleos de bajos ingresos.

Un ejemplo claro es el del sector de hotelería y restaurantes. Hacia el año 2003 había en el Perú aproximadamente 6,000 empleadores de la rama de actividad hoteles y restaurantes, afiliados a EsSalud, la mayor parte de ellos en establecimientos de 5 o menos trabajadores; sin embargo, solo el 15% de la fuerza de trabajo de restaurantes y hoteles está cobijada por la protección de EsSalud: están protegidos solo el 12.8% en hoteles y restaurantes de 5 o menos empleados, y el 42.5% entre la categoría de hoteles y restaurantes de 500 y más empleados. Estas cifras evidencian serios problemas en el desempeño del SUNAT respecto a la aplicación del control contributivo y la afiliación, independientemente de la capacidad contributiva y del tamaño de establecimiento. Un problema de por sí heredado del marco institucional anterior, pero aún no resuelto.

---

<sup>13</sup> Comentarios derivados de la reunión del autor del informe con representantes del área de Seguridad Social de SUNAT en noviembre de 2004.



Una segunda contra argumentación tiene que ver con los objetivos de financiamiento del sector salud como un todo: una persona con alguna capacidad contributiva, no cubierta por un seguro de salud, termina tarde o temprano demandando servicios de salud privados costosos, o bien, servicios públicos de salud con un alto componente de subsidio estatal (caso de los servicios del MINSA). Por lo tanto, en materia de políticas de financiamiento, resultará siempre más costoso para el país no afiliarse a EsSalud a los trabajadores con alguna capacidad contributiva.

Todo lo anterior no significa que la SUNAT no esté en la disposición de emprender iniciativas para extender la afiliación a nuevos grupos. Por el contrario, durante el año 2004, la SUNAT propuso a EsSalud analizar conjuntamente un proyecto para establecer un nuevo esquema de aseguramiento, que consiste en una prima de 45 soles mensuales por titular y un esquema de protección diferenciado respecto al del Seguro Regular, específico para el sector microempresa. Según cálculos de la SUNAT, dicho esquema podría llegar a cubrir aproximadamente a 300 mil titulares o bien a un total de 1 millón de afiliados. Según estimaciones realizadas en el marco de este trabajo, esto significaría una prima cercana a los US\$60 anuales por persona asegurada, suficiente como para implementar un esquema de protección basado en un conjunto de servicios de primer nivel de atención con posible ampliación a algunas atenciones de segundo nivel (incluyendo una lista básica de medicamentos, exámenes de laboratorio, partos y especialidades básicas ambulatorias, por ejemplo), donde entidades como EsSalud y las EPS podrían jugar un papel importante en el suministro de dicha cobertura. Se trata de alternativas innovadoras cuya consideración es altamente recomendable.

Otro tema crítico relacionado con la afiliación y el control contributivo, tiene que ver con los sistemas de información orientados al nivel de toma de decisiones. Ni EsSalud, ni la SUNAT, disponen de sistemas de información en el ámbito estratégico, que les permitan gestionar el tema de la cobertura. En este informe se suministran ejemplos del tipo de información que debería administrarse sistemática y periódicamente, relacionada con índices de cobertura por categoría ocupacional, rama de actividad, categoría ocupacional, ubicación geográfica, nivel de remuneraciones, etc.; las bases de información existen, pero no están explotadas. Esta representa una línea de trabajo prioritaria en el corto plazo, para el sistema de protección social en salud de Perú.

Tanto el tema del diseño de esquemas de protección para grupos especiales, como el diseño e implementación de sistemas de información en afiliación y control contributivo, son iniciativas o proyectos que pueden ser abordados a través de la cooperación técnica de OIT.

### **4.3 Gestión de la acreditación, control de acceso y reembolso**

En esta sección se analizan dos temas relacionados con la gestión de la oferta de servicios de salud: la acreditación y el reembolso por entrega de servicios de salud. La acreditación y el modelo de entrega son determinantes para que los recursos lleguen efectivamente a la población asegurada y en las mejores condiciones posibles de eficacia y eficiencia.

### 4.3.1 Acreditación y control de acceso

La acreditación se refiere a los mecanismos para identificar a los afiliados y garantizar la aplicación de controles en los requisitos para el acceso a los prestaciones de salud. Sin un sistema adecuado de acreditación, se prestan las condiciones para que la población no asegurada, o afiliada aún sin derecho, disfrute de las prestaciones, y por tanto, se promueva el oportunismo en el uso de los mecanismos de aseguramiento.

En el Seguro Regular la acreditación como asegurado requiere cotización por tres meses consecutivos o cuatro no consecutivos en los últimos seis meses anteriores a la contingencia, en tanto que en el Seguro Agrario se requieren tres meses consecutivos de aportes y cuatro alternos en los últimos doce meses.

EsSalud ha venido experimentando problemas en el ámbito de la función de acreditación de su población asegurada, algunos de los cuales están en proceso de solución. Una solución integral, sin embargo, demandará un esfuerzo institucional de cierta magnitud, especialmente en lo referente a la modernización de los sistemas de información que respaldan la funciones de acreditación a nivel de las redes asistenciales.

De hecho, EsSalud no cuenta con un sistema de acreditación que le permita conocer con suficiente certeza su población asegurada total, incluyendo los derechohabientes (familiares con derecho), de modo que aplica una metodología basada en el uso de factores históricos de derechohabientes/activos cotizantes<sup>14</sup>. Para los efectos del presente estudio actuarial, se ha realizado una estimación de la población asegurada total y por género y grupos de edad, basada en los registros de EsSalud y combinada con información generada a partir de la Encuesta Nacional de Hogares 2003; las estimaciones derivadas de este estudio, son cercanas a las elaboradas por EsSalud. Hacia el futuro, este es un tema que requiere especial atención.

A nivel operativo, el registro de los asegurados titulares procede mediante una declaración jurada que realizan los empleadores; existe también un módulo para el registro de los derechohabientes. Se utiliza como código de inscripción el DNI para los titulares, pero en el caso de los derechohabientes el sistema de identificación no es único: DNI y otros identificadores autogenerador. Es destacable que la falta de un sistema único de identificación de beneficiarios, genera problemas en la gestión de la acreditación de asegurados.

Los asegurados titulares poseen un registro en el RENIEC, el cual opera a través de un convenio entre SUNAT y dicha entidad. Recientemente EsSalud viene realizando esfuerzos para depurar la información sobre sus asegurados, con avances significativos; uno de los mayores problemas deriva en la identificación de los menores de edad.

Otro problema crítico referido a la acreditación es que en el sector público hay un margen de aproximadamente 2,800 grandes empresas empleadoras que todavía no declaran sus trabajadores, y que en conjunto representan cerca de la mitad de los asegurados. Como esta

---

<sup>14</sup> Con base en una Encuesta realizada por EsSalud en el año 1998 en 8 departamentos del país, EsSalud utiliza un factor de 1.66 derechohabientes por titular en el Seguro Regular y 1.62 en el Seguro Agrario.

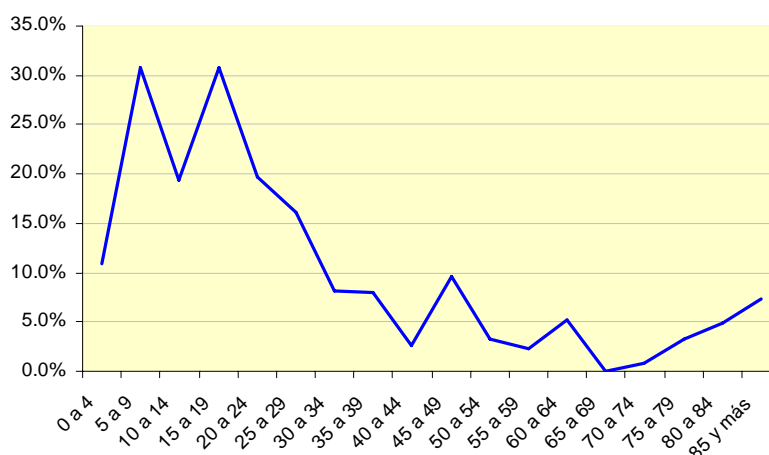
información no llega al registro de la “cuenta individual” de EsSalud, no es posible concretar su acreditación.

Las deficiencias en el sistema de acreditación de asegurados se trasladan a la red de servicios de salud, donde los controles son deficientes. En consecuencia, el oportunismo en el acceso a los servicios genera a EsSalud costos de una cuantía que puede ser considerable.

Con base en información generada a partir de la Encuesta Nacional de Hogares del año 2003, se estima que aproximadamente un 4.7% de la población que utilizó los servicios ambulatorios de EsSalud, no estaba afiliada; mientras que en el nivel hospitalario el 9.6% de las hospitalizaciones fueron generadas por pacientes no asegurados. El detalle para los servicios hospitalarios, según edad, aparece en el Gráfico 4.1, elaborado por el autor a partir de dicha fuente.

**Gráfico 4.1**

**Proporción de visitas a hospitales ESSALUD por parte de no asegurados (ENAHO 2003), según edad**



Son diversos los factores que explican el uso de servicios de salud por parte de la población no asegurada, pero los más importantes parecen ser: a) deficiencias en las bases de datos centrales de acreditación; b) falta de integración de la información sobre población acreditada entre el nivel central y los establecimientos de salud; c) ausencia o deficiencias en los sistemas de información sobre acreditación a nivel de los establecimientos de salud, incluyendo multiplicidad de plataformas informáticas no integradas; d) aplicación del control de la acreditación en hospitales, únicamente durante el día. Principalmente.

Aparte de que el personal de acreditación no trabaja en jornada nocturna, se estima que de los 326 establecimientos de salud existentes a nivel nacional, el 80% de estos no está interconectado con el computador central de EsSalud/Lima. La solución del problema de acreditación requiere una revisión integral del modelo, procesos y sistemas de acreditación, y probablemente la inversión de sumas significativas para resolver este problema que generaría a EsSalud y al sistema de seguridad social un retorno económico elevado.

Sin lugar a dudas, el mejoramiento de los controles en el aseguramiento, y específicamente la acreditación de los asegurados, permitirá a EsSalud generar ahorros significativos, mucho mayores que los costos de invertir en la necesaria modernización de los sistemas de acreditación.

Otro tema relacionado tiene que ver con la capacidad de EsSalud para realizar la facturación y cobro de servicios prestados a la población no asegurada, el cual se aborda en la siguiente sección.

#### **4.3.2 Reembolso de servicios**

A la par de los problemas de la acreditación de asegurados, un tema que suscita dificultades a EsSalud es el cobro de servicios suministrados a pacientes no asegurados o bien a pacientes asegurados de empleadores morosos.

En la práctica, EsSalud levanta una facturación cuando por alguna razón se atiende a un paciente no asegurado o bien cuando se debe atender un paciente de empleador moroso, pero existen notables dificultades para llegar a la ejecución final del cobro o reembolso del costo de la atención.

Dichas dificultades están explicadas en términos del escaso alcance de los instrumentos normativos vigentes de recuperación de fondos, de la reducida capacidad operativa local para la ejecución del cobro, y de las carencias en los sistemas de información que soportan los procesos de facturación y cobro de tales servicios.

Un problema crítico es que el sistema de registro de facturación y cobranza a pacientes no asegurados, está centralizado, al menos en el caso de Lima. Todos los establecimientos de salud ubicados en Lima deben enviar sus “liquidaciones de prestaciones asistenciales” y el nivel central emite una “resolución de cobranza”, que tiene carácter legal de título ejecutivo contra entidades empleadoras morosas.

Dadas las limitaciones en los sistemas de información en este ámbito, y su alta concentración, ocurre que un paciente puede recibir servicio repetidamente sin que se solucione el tema del cobro o reembolso del costo del servicio por parte de la entidad morosa. Evidentemente, este riesgo no debe recaer plenamente en el asegurado, pero es conveniente que se establezcan mecanismos donde el asegurado pueda cargar con alguna parte del riesgo e interesarse, por lo tanto, en la solución del problema por parte de su empleador.

Cuando sí existe la relación laboral y el paciente atendido no está asegurado, lo que corresponde es el cobro a la entidad empleadora, pero algún esquema intermedio de facturación al asegurado, transitorio mientras este plantea una denuncia formal, puede funcionar para incentivar a los empleados a presionar a sus empleadores por el pago final del monto moroso. EsSalud tiene establecido, pero sin aplicación generalizada, que en casos de emergencia médica el paciente es atendido sujeto al pago de un pagaré; pero es conocida la baja eficacia de este instrumento como título ejecutivo, que se conjuga con la escasa capacidad local de los establecimientos de salud para conducir el proceso de cobro hasta el reembolso final.



Sin embargo, un problema es que la recepción de la denuncia está dentro del ámbito de la SUNAT, y en general los trabajadores no reciben suficiente información respecto a los procedimientos que deben seguir para conducir una denuncia. Un programa masivo y permanente de información y formación de derechos de aseguramiento, por parte de la SUNAT, puede tener un impacto importante en este ámbito. Cabe mencionar, además, que aunque muchos trabajadores estén interesados en realizar una denuncia por no aseguramiento, una gran proporción no lo haga por temor a represalias y posible pérdida de empleo.

Un obstáculo para fortalecer la acreditación de asegurados, la facturación y cobros, es la normativa que establece que la cobranza de los centros asistenciales pasa a “caja única” de EsSalud; este esquema no genera incentivos a los gestores locales. Una alternativa sería que una proporción de los fondos recuperados vía la cobranza local, se pueda quedar en este nivel (por ejemplo, el 50% de la cobranza), con el fin de financiar gastos específicos locales, que mejoren los incentivos y la calidad de la atención. Al respecto, actualmente los establecimientos de salud poseen plena facultad para administrar cuentas corrientes bancarias, de manera que la facturación local podría funcionar a través de la alimentación de fondos locales, adecuadamente normados y controlados.

Otra línea de trabajo sería que las cabezas de las recientemente creadas redes de servicio, sean las encargadas de ejecutar la cobranza, en forma desconcentrada para todos los establecimientos de salud bajo su adscripción. En este esquema, cada red tendría su propio grupo de ejecutores de cobranza, en vez del modelo actual de ejecución centralizada. Cabe destacar, no obstante, que actualmente algunos hospitales poseen sus propios abogados para ejecutar los pagarés de cobros, pero esto no está generalizado a toda la red.

Ante el reto de encontrar alternativas innovadoras, la Gerencia de División de Aseguramiento propuso externalizar la cobranza, una propuesta que puede ser eficaz y que opera con mayor o menor éxito en algunos países.

### **4.3.3 Locación de servicios**

Es importante destacar que el problema de la evasión por no aseguramiento, alcanza tanto al sector privado como al público. Las nuevas tendencias de contratación, implican formas para disfrazar la relación de dependencia empleado-empleador, como es el caso del contrato por honorarios profesionales.

En el sector público de Perú, la contratación por honorarios profesionales para la ejecución de tareas rutinarias, *in situ*, sujetas a supervisión y subordinación laboral, recibe la denominación de “locación de servicios”, y se registran bajo la forma de “servicios no personales”. Según el Censo de Empleados Públicos de febrero de 2005, se estima que en el Perú existen aproximadamente 60 mil empleados públicos en régimen de “servicios no personales”, que no están aportando cuotas a EsSalud.

Las estadísticas de cobertura de la seguridad social por sector institucional y tamaño de establecimiento contenidas en este Informe, son un referente claro de la magnitud del problema de la evasión en el sector público. De acuerdo con ENAHO-2003, se estima que en el Perú la cobertura de la población asalariada del sector público, rondaba el 72.2%, lo que refleja una altísima brecha de cobertura en un sector donde se supone que la evasión debiera ser casi cero.



Destaca la baja cobertura del aseguramiento en ciertos ámbitos de empleo público: transporte, almacenamiento y comunicaciones; intermediación financiera; y actividades y servicios de salud, entre otros.

A partir de enero del año 2005 entró en vigencia la Ley 28275 (de 2004), en virtud de la cual los empleados públicos en régimen de locación pasan a planilla. Hasta la fecha se ha generado ya alguna movilización en ese sentido, pero aún no alcanza a la mayoría de empleados en dicho régimen; más aún, la citada ley establece que el traspaso a planilla va a depender de que haya capacidad presupuestaria para cumplir este compromiso. Cabe mencionar que se viene discutiendo un proyecto de Ley del Sistema de Remuneraciones del Sector Público, el cual contempla un incremento gradual del aporte hasta llevarlo al 9% en un lapso de cinco años; en aras de un mayor ordenamiento y de garantizar mayor equidad contributiva, es altamente recomendable la aprobación de una normativa en esa línea.

Es importante destacar que sí existe jurisprudencia en Perú respecto al tema de la locación de servicios. El Tribunal Fiscal, autoridad administrativa en materia tributaria de última instancia, y el Tribunal Constitucional, han reconocido los derechos laborales de los contratos basados en locación de servicios, pero en este caso la discusión ha estado más centrada en derechos del régimen de pensiones, a efecto de reconocimiento de derechos para la jubilación. Evidentemente, esta jurisprudencia aplica en su totalidad para el tema de cobertura de salud. Un problema con este tema es que aún cuando la interpretación jurídica es mandatoria respecto al reconocimiento del derecho, no está establecida pena o sanción alguna para quienes cometen la falta; de manera que el mecanismo no termina de cerrarse plenamente.

En general, la situación de la cobertura refleja que existe una carencia de percepción de riesgo de evasión por parte de las empresas que aplican estas prácticas, pues la legislación vigente no le otorga a SUNAT ni EsSalud la suficiente fuerza ni instrumentos compulsivos para actuar. No por casualidad, los países en Latinoamérica que muestran mejor desempeño relativo en términos de cobertura de la seguridad social, son los que a su vez poseen legislaciones más fuertes en términos de tipificación de delitos de evasión a la seguridad social y fuertes sanciones. Una adaptación de la legislación local, basada en una revisión de buenas prácticas a nivel regional, podría conducir a mejoras en este ámbito.

#### **4.4 Costo de administración central**

Un tema crítico en la gestión de un seguro de salud es el nivel de costo que genera la administración de la función de aseguramiento. En EsSalud la función de aseguramiento se gestiona físicamente en el nivel central y en las agencias y sucursales.

De acuerdo con la ejecución presupuestaria del año 2003, en este año el gasto “puro” de administración de servicios centrales de EsSalud rondó los 86 millones de soles, cifra que representa aproximadamente el 3% del gasto global, y que se ubica en niveles muy razonables. Evidentemente y como es usual, este gasto no comprende la ejecutoria administrativa en el nivel local asistencial en salud, que típicamente se debe imputar como parte del gasto asistencial.

Existen dos partidas de gastos adicionales que EsSalud cubre en su calidad de entidad administradora de seguros: i) los pagos a la SUNAT por concepto de recaudación, y ii) el pasivo de las pensiones del régimen general del antiguo IPSS y del régimen propio de sus ex



empleados. Los primeros suman aproximadamente 58.4 millones de nuevos soles en el 2003, mientras que el gasto en pago de pensiones alcanzó en ese año los 378.3 millones.

En el caso del pago de las comisiones a SUNAT, establecidas por ley en el 2% de la recaudación, el monto anual erogado por EsSalud (aproximadamente US\$17.7 millones) no parece guardar una relación razonable, en términos de retorno de la inversión, con el desempeño de la afiliación y la cobertura mostrado en los últimos años. Los pagos a la SUNAT efectuados por EsSalud, equivalen a aproximadamente al 68% del gasto administrativo puro incurrido por EsSalud actualmente, pero desde que las funciones de afiliación y recaudación fueron traspasadas a SUNAT, a excepción de mejoras en los procesos, en la capacidad para administrar los sistemas de información y en aumentos recientes en la recaudación, no ha habido ningún impacto favorable en los índices de cobertura.

Aunque la ley establece que EsSalud debe asumir la cobertura del pasivo pensional de los empleados del ex IPSS afiliados a antiguos regímenes de pensiones, se trata de un costo que no debería ser sumado a los gastos de administración de EsSalud. La decisión de dejar ese pasivo bajo responsabilidad de EsSalud (en señal de responsabilidad institucional por tratarse del antiguo IPSS) no parece técnicamente sustentable, pues en la práctica la tasa de cotización aportada a salud está financiando una parte de los gastos atribuibles al sistema de pensiones. Para efectos actuariales contables, esta parte del costo-prima no se considera en este estudio como actuarialmente imputable a EsSalud.

La siguiente tabla resume el costo de los conceptos señalados, con el fin de mostrar el esfuerzo de financiamiento que demanda cada uno de ellos en términos de su equivalente en prima.

**Tabla 4.1**  
**EsSalud: gasto de administración, 2003.**

Rubro	Monto	% del gasto total EsSalud	Costo en % de la masa (*)
Gastos generales	86,040,000	2.9%	0.2%
Comisión SUNAT	58,360,933	2.0%	0.2%
Previsional (pensiones)	378,263,675	12.8%	1.0%
<b>Total</b>	<b>522,664,608</b>	<b>17.7%</b>	<b>1.4%</b>

(\*) Para efectos de este cálculo, se consideró una tasa de cotización media global neta a EsSalud del 7.6%.

La última columna de la Tabla 4.1 presenta una aproximación sencilla del costo actuarial de los gastos de administración globales de EsSalud, cuando se consideran todos los gastos “administrativos” que se ve obligado a cubrir la Entidad. Se demuestra que el mayor componente de gasto “administrativo” con que carga EsSalud es el financiamiento del pasivo pensional, que como vimos, técnicamente no debería ser cargado a EsSalud sino al sistema provisional del país a través de la ONP. En términos de tasa de aporte sobre la masa cotizante efectiva media de los regímenes regular y agrario, el pago del pasivo en pensiones absorbe 1

punto porcentual de la tasa de cotización global o prima efectiva que recibe EsSalud valorada en 7.6% con respecto a la masa cotizante global<sup>15</sup>.

El Directorio de EsSalud ha establecido un tope del 5% para la ejecución del gasto de administración; si se consideraran únicamente los gastos generales de EsSalud, incluidos los pagos de comisión a SUNAT, el costo total rondaría el 4.9% en el 2003, y por tanto, sí se ajusta adecuadamente a la norma fijada por el Directorio de EsSalud<sup>16</sup>.

El gasto de EsSalud en pensiones, si bien corresponde a un pasivo actuarial en proceso de extinción, se estima que continuará creciendo durante los próximos años antes de empezar a bajar<sup>17</sup>. Por lo tanto, la planificación del financiamiento a EsSalud habría de considerar seriamente el estrechamiento de la fuente de financiamiento y su impacto sobre la ya comprometida calidad de las prestaciones que es capaz de otorgar EsSalud. La situación podría volverse más tensa en la medida que los pensionados logren negociar revalorizaciones en los montos de las pensiones.

Otra razón para trasladar el citado pasivo previsional desde EsSalud a la ONP, se refiere a la afectación o distorsión que esta partida está causando a las cuentas nacionales en salud, las cuales están reflejando un gasto en salud “inflado” debido a la inclusión, no justificable técnicamente, de partidas clasificables como gasto público en pensiones.

## **4.5 Asignación de recursos y gestión presupuestaria**

### **4.5.1 Marco general**

El modelo de asignación de recursos en salud se refiere a la forma en que se diseñan los mecanismos y criterios para hacer llegar los recursos a los proveedores de servicios de salud (redes de servicios).

El modelo de asignación de recursos es una pieza clave en la determinación de dos elementos: a) la eficiencia asignativa, y b) la equidad asignativa; si alguna de estas dos falla, los recursos no irán a los mejores usos y la distribución de las prestaciones no será equitativa entre los asegurados.

Idealmente, un modelo que garantice cierta eficiencia asignativa, no solo premiará a los proveedores más eficientes y eficaces, sino que impulsará un adecuado equilibrio entre la promoción/prevenición en salud y la reparación del daño; esto se conoce como enfoque de gestión de riesgos en salud. Así también, el modelo de asignación de recursos debe constituir un instrumento para la gestión de incentivos a la eficiencia.

En lo que toca a la equidad asignativa, la aplicación del principio de solidaridad que rige los esquemas de seguridad social, ha de conducir a que los recursos vayan hacia los asegurados con mayor necesidad en términos de exposición de riesgos, mientras que los recursos deben ser

---

<sup>15</sup> La masa cotizante global comprende tanto la masa cotizante de los activos cotizantes (ingresos de trabajadores sobre los cuales se cotiza), como la base contributiva de los pensionados.

<sup>16</sup> Ha que anotar que no parece estar clara la definición de gasto administrativo fijada por el Directorio de EsSalud, la cual parece comprender el gasto administrativo incurrido en el nivel de las prestaciones asistenciales.

<sup>17</sup> Se estima que llegará a alcanzar un tope de gasto asociado a una población máxima de 16,000 pensionados.



aportados por aquellos con mayor capacidad contributiva. Es decir, sin equidad asignativa no hay redistribución entre grupos de ingresos y los principios de la seguridad social quedan comprometidos en su aplicación. Evidentemente, todo ello dentro de un marco de sostenibilidad y de razonabilidad en cuanto a la agrupación de riesgos, su costo actuarial y las disponibilidades de financiamiento.

Debido a todo lo anterior, el modelo de asignación de recursos es un determinante del nivel de los costos, y por lo tanto, ocupa un lugar estratégico en la gestión del aseguramiento. Un análisis integral del modelo de asignación de recursos de EsSalud escapa de los alcances del presente trabajo y debe ser objeto de un estudio y propuestas específicas; sin embargo, en este capítulo se aborda el tema en sus elementos centrales y se establecen recomendaciones de política para mejorar el modelo de asignación de recursos. Más aún, la modelización actuarial considera un escenario donde se analiza una propuesta concreta relacionada directamente con los modelos de atención en salud y asignación de recursos.

#### **4.5.2 Necesidad de un cambio en el modelo de asignación de recursos en salud**

La forma en que EsSalud opera la distribución de los recursos hacia su red de servicios en salud, sigue un modelo altamente centralista y poco eficaz, que compromete tanto la eficiencia de la función de aseguramiento, como la eficiencia en la gestión de la red de servicios de salud.

El presupuesto de la red de servicios se formula sobre una base histórica, con ajustes anuales globales en función de la evolución reciente de los ingresos. Pese a evidentes esfuerzos en el pasado reciente por cambiar esta realidad, con el fin de avanzar hacia un esquema de *asignación prospectiva* basado en producción y demanda efectiva, los resultados han sido fallidos y sigue prevaleciendo un esquema de asignación histórico y centralista en su ejecución y control. Existen iniciativas recientes que buscan modificar los modelos de asignación de recursos para el primer nivel de atención, que en virtud de los notables beneficios que podrían generar, requerirán mucho apoyo político y técnico para consolidarse.

La gestión presupuestaria del abastecimiento de materiales y equipamiento se controla centralizadamente, mediante tres módulos automatizados: logística, contabilidad y gestión presupuestal. En logística y contabilidad se inicia el compromiso de presupuesto, que se basa en órdenes de compra provenientes de los gestores locales; sin embargo, existe la percepción de parte de los gestores locales en el sentido de que la operativa presupuestaria actual no logra satisfacer sus necesidades ni llenar sus expectativas de gestión, y origina una serie de problemas locales, entre los que destacan los problemas de desabastecimiento. Estos, a su vez, generan cuellos de botella en los procesos clínicos, que se traducen en atención ineficiente y poco satisfactoria para los gestores y asegurados<sup>18</sup>.

Tanto los gestores del nivel central como los del nivel local (establecimientos de la red), perciben problemas de inflexibilidad, trabas e ineficiencia en la gestión del presupuesto, pero en opinión del autor, la cultura centralista imperante en todos los niveles de gestión (central y local) no permite dimensionar la magnitud de esta problemática. A pesar de que en virtud de su autonomía, EsSalud está legalmente dispensada de acogerse a las normas del FONAFE

---

<sup>18</sup> Estas apreciaciones provienen de reuniones del autor con varios gestores de establecimientos de salud, complementadas con entrevistas a gestores centrales y conversaciones informales con ciudadanos.



(Fondo Nacional de Financiamiento del Estado), el modelo centralista de presupuesto y asignación de recursos no ha cambiado.

Cabe destacar que aunque los establecimientos de la red reciben la denominación de “desconcentrados”, en la práctica no actúan como tales, y dependen altamente de las decisiones y controles ejercidos por el nivel central, incluso para la toma de decisiones locales de asignación y modificación presupuestaria. Esto, evidentemente, explica muchas de las ineficiencias que los mismos gestores locales y del nivel central reconocen padecer.

Uno de los problemas más serios que afronta EsSalud radica en la programación de insumos, equipamiento y servicios de mantenimiento. Existen procesos para solicitar los requerimientos a las redes; se supone que se revisan todos sus requerimientos locales, sus inventarios, etc., para luego ser trasladadas al nivel central y ser registradas en el PAAC (Programa Anual de Adquisiciones y Contrataciones). Sin embargo, las deficiencias de los sistemas informáticos locales no permiten integrar la gestión local de los almacenes, lo que genera problemas de control y dificultades de programación. A esto hay que agregar que los establecimientos tienen una amenaza latente de recortes presupuestarios, que solventan requiriendo más de lo que requieren para cubrir dicho riesgo; se trata evidentemente de conductas incentivadas por el modelo de asignación de recursos vigente.

Una queja permanente de los gestores locales, es la falta de adecuación de la provisión central de insumos, equipamiento y servicios de mantenimiento, con respecto a lo que realmente se programa. Existe la conciencia local de los problemas de gestión clínica (atención de pacientes) que ello genera, incluyendo costosos retrasos quirúrgicos y largas estancias hospitalarias. Como veremos en el análisis actuarial, un escenario de reducción de la estancia media hospitalaria puede generar a EsSalud un ahorro nada despreciable en el nivel de costos.

Existen tendencias internacionales orientadas hacia la desconcentración (y descentralización en algunos casos) e introducción de nuevos mecanismos de asignación de recursos, vigentes en muchos países latinoamericanos, con sustantivos avances y éxitos, de los que EsSalud se podría beneficiar.

Una política de desconcentración en la gestión presupuestaria, lejos de reducir los controles, los incrementaría, pues aunque el modelo actual pretende un control central de la gestión presupuestaria, en la práctica brinda a los gestores locales un bajo nivel de control o bien una mezcla escasamente eficaz entre control y eficiencia asignativa; por el contrario, un enfoque desconcentrado permitiría a los gestores locales participar activa y responsablemente en la gestión presupuestaria.

Por otra parte, la búsqueda de nuevos mecanismos de asignación de recursos, podría permitir a EsSalud hacer más objetiva dicha asignación, llevando los recursos hacia el nivel local con base en el nivel de producción y actividad (caso de establecimientos hospitalarios), o con base en población y demanda en el caso del primer nivel de atención. Esquemas de asignación *capitativa* (per cápita) para el primer nivel de atención y modelos de “*pago por actividad*” para los establecimientos hospitalarios, constituyen ejemplos de posibles líneas de trabajo para el futuro de la modernización de EsSalud en el ámbito del financiamiento y retribución de los servicios de salud. Con miras a aprovechar las exitosas experiencias internacionales de reforma del sector salud que han introducido estos novedosos elementos, es recomendable la búsqueda de estas alternativas.

Pese a toda la problemática señalada, hay que destacar los avances recientes de EsSalud; los cuales requieren profundizarse. Se creó una Subgerencia de Asignación de Recursos y el Consejo Directivo aprobó recientemente la implementación de experiencias piloto para aplicar nuevos mecanismos de pago para el primer nivel de atención. La puesta en práctica y consolidación de estos modelos, demandará que EsSalud asuma el proyecto con perspectiva intergerencial, como un gran reto institucional; hay que destacar que actualmente no pareciera que todas las gerencias del EsSalud tengan plena conciencia de la importancia que reviste una reforma de tal naturaleza.

## **4.6 Modelo de atención y gestión de servicios de salud**

### **4.6.1 Modelo de atención de EsSalud: necesidad de cambios**

El modelo de atención en salud comprende la estrategia en que se abordan los problemas de salud, con el fin de incidir en las condiciones de riesgo en salud. Dado un nivel de financiamiento para un programa de cobertura en salud, las diferencias en el modelo de atención en salud pueden conducir a resultados más o menos exitosos respecto al estado de salud de una población, o dicho de otra manera, respecto a la carga de enfermedad que afronta un grupo de población en determinado momento, y por ende, resultados más o menos favorables sobre los costos operativos.

La gestión de un seguro de salud tiene que ver con la gestión de la salud de la gente, más que solo con la curación de las enfermedades o accidentes. Se espera que un modelo de atención tenga un enfoque preventivo y promocional, por dos razones: a) el objetivo principal es garantizar el máximo nivel de salud; más que reparar el daño físico o económico que causa la enfermedad; y b) la práctica internacional demuestra que sale más barato prevenir que curar. Cabe destacar que aunque la promoción y la prevención no garantizan la eliminación de todos los problemas de salud, sí se espera que su influencia sobre las condiciones de riesgos los aminore.

Por lo dicho anteriormente, la forma en que opera el modelo de atención, impacta directamente los costos; de modo que representa un tema crítico desde el punto de vista del financiamiento de los programas de protección social en salud.

EsSalud suministra los servicios de salud a la población asegurada, mediante una red de atención en salud propia, básicamente; y contrata una pequeña fracción de servicios finales e intermedios clínicos. La red de EsSalud comprende un conjunto de establecimientos organizados en tres grupos de redes, 24 redes, un centro especializado en atención cardiovascular y dos centros de hemodiálisis. Los establecimientos de las redes están clasificados en cuatro niveles de complejidad, como sigue: i) servicios ambulatorios de Nivel I, incluyendo postas médicas, centros médicos, policlínicos; ii) servicios ambulatorios de Nivel II; iii) servicios ambulatorios y hospitalarios de Nivel III; y iv) servicios especializados de Nivel IV, incluyendo cardiovasculares y hemodiálisis. Esta clasificación es propia de EsSalud, de manera que no guarda una relación estricta con la típica definición de niveles de atención y complejidad.



Pese a las tendencias de cambio internacional y a la aceptación de la idea de migrar hacia un modelo más preventivo/promocional, el modelo de atención en salud de EsSalud continúa siendo de carácter curativo; esto sin menoscabo de la consideración de los esfuerzos incipientes en EsSalud para aplicar un enfoque de gestión de riesgo, que sin duda requieren ser decididamente apoyados.

De acuerdo con las estimaciones obtenidas, las actividades de internamiento hospitalario absorben aproximadamente el 62% del total de recursos que van a la red de atención, que conjuntamente con las actividades ambulatorias de medicina especializada, consumen el 80% del presupuesto total en servicios asistenciales. Además, se estima que la inversión per cápita por asegurado para actividades de primer nivel de atención, se ubican en un valor de 62 nuevos soles anuales (US\$19.5 por año). De acuerdo con la experiencia internacional de la región, este destino de recursos refleja una escasa inversión en el primer nivel de atención. De hecho, uno de los escenarios considerados en el capítulo actuarial de este informe, plantea un aumento de la inversión en el primer nivel de atención hasta la suma anual capitada de 101 nuevos soles, o bien, US\$30.7. Se esperarían dos efectos principales: un mejoramiento de la calidad y acceso a servicios de salud, y b) la reducción en el mediano plazo en la incidencia de ciertos padecimientos, que generaría a EsSalud ahorros de costos.

La principal conclusión que se deriva del análisis del modelo de atención en salud de EsSalud, es la necesidad de un cambio en el enfoque del modelo, especialmente en cuanto al primer nivel de atención, con el fin de lograr mayor eficacia y generar economías. A la par del cambio en el modelo, se requerirá un cambio en la estructura del gasto, tal que favorezca una ganancia del primer nivel de atención; aunque hay que tener claro que siempre las actividades asistenciales curativas especializadas tienden a ser las que generan más gastos. Una forma de abordar este tema es la definición de metas temporales precisas para la porción de financiamiento percapita (por asegurado) destinado por EsSalud al primer nivel de atención; esto con la salvedad de que más recursos atraerán mejoras solo si hay un cambio real hacia un nuevo modelo de atención.

Como ya se indicó, deben destacarse los incipientes esfuerzos de EsSalud por fortalecer una visión preventiva a través del enfoque de atención primaria que se pretende establecer; existe una propuesta de control de indicadores de resultado sanitario, a través de la implementación de los “acuerdos de gestión”. Sin duda alguna, es una estrategia que requiere profundizarse, con especial atención a los procesos de separación de funciones (financiamiento versus provisión) y de desconcentración que estarían obligatoriamente implicados en cualquier implantación de los “acuerdos de gestión” (contratos y financiamiento, virtuales).

#### **4.6.2 Gestión de servicios de salud: necesidad de mejoras**

La gestión de una red de servicios de salud como la que posee EsSalud, entraña grandes complejidades y retos, cualquiera que sea el gestor. Producto de la necesidad de causar mejoras en los modelos de gestión y sus resultados, en las últimas dos décadas asistimos a un gran cambio en los enfoques y conceptos. Nuevos enfoques en la gestión recién están empezando a penetrar en el mundo de la gestión de EsSalud, y con miras a fortalecer la Institución y actualizar el marco de su gestión, es recomendable su decidido apoyo por parte de las autoridades institucionales.

Los problemas de la gestión de servicios de salud de EsSalud, son los mismos que en general se afrontan, en mayor o menor grado, en todos los países del mundo. Sin embargo, la ajustada situación del financiamiento del Seguro de Salud de EsSalud que se evidencia en los resultados del análisis financiero-actuarial de este informe, invitan a tomar medidas de cambio de cierta relevancia y complejidad, para atacarlos.

Uno de los problemas más serios en el nivel hospitalario, es la elevada estancia promedio que se deriva de las estadísticas de EsSalud: 5.7 días en promedio, por cada egreso hospitalario, en el año 2003. Se estima que cada día que un paciente permanece hospitalizado, genera, en promedio, un costo de US\$175; de modo que un aumento o reducción en el promedio de días estancia ocasiona un impacto considerable en el gasto.

Entrevistas con funcionarios de distintas áreas de EsSalud, complementadas con análisis de información cuantitativa, permiten plantear una lista (no exhaustiva) de causas de la relativamente elevada estancia media hospitalaria<sup>19</sup>:

- Demoras en la producción de los exámenes de laboratorio, que ocasionan cuellos de botella en el proceso de atención hospitalaria y lo retardan innecesariamente. En algunos centros hospitalarios, los exámenes de laboratorio clínico pueden tardar entre 4 y 5 días. Cuando se contabiliza el costo de cada día de estancia, multiplicado por el número de días que el paciente, y el médico, tienen que esperar para que salga el análisis, esto ocasiona un aumento astronómico del costo de cada examen.
- Alta tasa de cancelación de cirugías. Se estima, por ejemplo, que en el Hospital Rebagliati los problemas de gestión de quirófanos, hacen que se cancelen alrededor del 35% de las cirugías programadas; no parece existir evidencia de que las cancelaciones quirúrgicas estén relacionadas con saturación de servicios, sino por otras causas (falta de instrumental, prolongación indebida de cirugías, concentración de cirugías nocturnas por atención de servicios privados diurnos de parte de los cirujanos, reducción en el pago de horas extraordinarias, falta de controles en el uso de quirófanos; entre otras).
- Alto índice de infecciones intrahospitalarias. Cada paciente infectado debe permanecer más tiempo hospitalizado y afrontar tratamientos por causas distintas a las que ingresó, así como enfrentar riesgo de muerte. Se estima que al año se están generando alrededor de 4,000 infecciones (con un índice de fallecimiento entre el 10% y 15%), de las cuales entre el 60% y 70% se concentran en los hospitales Almenara y Rebagliati (donde a su vez se concentra el 28% del gasto de la totalidad de la red de EsSalud). Se estima que cada infección hospitalaria está generando, en promedio, 18 días de recuperación intrahospitalaria.
- Falta de conciencia por parte del personal clínico y del paciente, respecto a los costos que generan las estancias indebidas. Para el paciente no hay costo adicional, y para el médico no hay incentivos para agilizar la alta hospitalaria.
- Se estima que existen aproximadamente 15,000 complicaciones anuales de pacientes hospitalarios, causado por mala praxis, infecciones, falta de protocolización y controles clínicos, etc. Por lo tanto, existe un componente relevante de morbilidad causado por problemas de calidad en los mismos servicios.
- Concentración de demanda por pacientes con intervenciones de alta complejidad (hemodiálisis, VIH/SIDA, traumatología, etc.), a causa de problemas de selección adversa. Por ejemplo, se sabe que la concentración de casos de hemodiálisis que posee

---

<sup>19</sup> Se refiere a que los pacientes tardan mucho en cumplir el ciclo de atención en internamiento hasta su alta.

EsSalud, no guarda ninguna relación con la distribución de la “afiliación” entre MINSAs y EsSalud, la cual está recargada en esta última entidad. En general, esto está explicado por el “riesgo moral” u oportunismo de pacientes que se afilian y obtienen el aseguramiento únicamente cuando requieren tratamientos altamente costosos. En general, los funcionarios de EsSalud aducen que la baja capacidad resolutoria del MINSAs genera (deriva) una demanda de alta complejidad hacia EsSalud, que por razones de baja capacidad de control de la acreditación de parte de ésta Entidad, o por ser los seguros de EsSalud relativamente “baratos”, dicha demanda se tiende a concentrar finalmente en EsSalud. Al respecto, conviene recordar que el Convenio 102 de OIT, en su Artículo 11, dispone que “...las prestaciones mencionadas en el Artículo 10 deberán garantizarse, en la contingencia cubierta, por lo menos a las personas protegidas que hayan cumplido el período de calificación que se considere necesario para evitar abusos, o a los miembros de las familias cuyo sostén haya cumplido dicho período.”; esto sugiere como línea de trabajo para EsSalud, la revisión de las condiciones de calificación específicas para atenciones de alto costo.

- Referencia de pacientes de alta complejidad, por parte de los mismos médicos que atienden en el sector privado: derivación indebida “hacia adentro” de pacientes privados de alta complejidad, por parte de médicos con empleo múltiple público/ privado.
- Elevada tasa de cesáreas. A nivel nacional, se estima que la tasa de cesáreas alcanza un exorbitante nivel de 47%; con 57% en el Rebagliati; 56% en el Almenara durante el 2003, y 52% en el Aguinaga. La tasa estándar de cesáreas recomendada por OMS no debería superar en ningún país el 10-15%<sup>20</sup>, en tanto que los partos (normales y cesáreas) generan más del 40% de la demanda total de egresos hospitalarios, y cada cesárea duplica o triplica los tiempos de estancia requeridos por un parto normal; por tanto, cada cesárea cuadruplica o quintuplica el costo por egreso que hubiese generado cada cesárea. En consecuencia, la elevada tasa de cesáreas ocasiona a EsSalud una fuga de recursos cuya probable magnitud conviene analizar con detenimiento.

Frente a esta notable cantidad de problemas y significativa magnitud en términos del impacto económico que provocan, existe la percepción tanto de parte de los gestores centrales como de algunos gestores locales entrevistados, de que EsSalud no le asigna suficiente importancia al tema de los costos y los incentivos para el mejoramiento de la gestión hospitalaria. Por ejemplo, se anota que el personal de costos ha sido reducido en los establecimientos de salud: sin un adecuado control de costos, es imposible medir la eficiencia, controlarla e incentivarla.

Para finalizar este apartado, conviene hacer alguna mención a las tendencias internacionales en materia de financiamiento y gestión de programas de salud. Las ideas relacionadas con introducir la separación de funciones y la competencia gestionada, mediante mercados virtuales al interior de las redes públicas de servicios de salud, la gestión clínica hospitalaria que atiende a consideración de los costos en el nivel de dirección hospitalaria local, y nuevos esquemas de asignación de recursos en salud, ha mostrado resultados significativamente positivos en muchos países europeos, y más recientemente, en algunos países latinoamericanos.

EsSalud podría beneficiarse considerablemente de la adopción de estos nuevos enfoques. Uno de los escenarios valorados en el capítulo del análisis actuarial, considera una cuantificación de

---

<sup>20</sup> Por otra parte, OMS estima que la cesárea conlleva un riesgo de mortalidad materna 6 veces superior al parto vaginal y que la mortalidad peri natal en las cesáreas suele ser casi el doble que en los partos vaginales (consúltese recomendaciones de OMS sobre el nacimiento, Declaración de Fortaleza de 1985).



las ganancias de EsSalud, en términos de ahorro en costo/prima; específicamente, se modeliza el impacto de reducir la estancia media hospitalaria.

#### **4.6.3 Desviación de demanda de servicios hacia otros proveedores**

Ciertos grupos de afiliados a EsSalud poseen problemas de acceso a servicios de salud, que pueden ser causadas por dos razones principales, o una combinación de ambas: i) falta de acceso físico, por no cercanía geográfica a proveedores de la red de EsSalud que brinden el servicio requerido; ii) no cumplimiento de expectativas de calidad y oportunidad por parte de los servicios que EsSalud les ofrece.

Estimaciones derivadas de este estudio, realizadas con base en procesamientos de la Encuesta Nacional de Hogares del 2003, indica que aproximadamente un 32% de las consultas realizadas por los asegurados de EsSalud, se desvían hacia el MINSA o al sector privado. Así también, el 21% de las visitas hospitalarias que generan los afiliados a EsSalud, se atienden en el MINSA y proveedores privados. Estos dos factores, evidentemente, ocasionan a EsSalud un ahorro indebido de costos, que debe ser subsanado ante el riesgo inminente de abandono de la posición contributiva, o falta de capacidad de expansión de cobertura por problemas de imagen.

En este estudio se ha modelado un escenario donde se supone que EsSalud lograr reducir los niveles de derivación de demanda hacia otros proveedores, el cual sin duda alguna genera costos adicionales al Programa, pero también se esperaría que genere incentivos a la afiliación y una cotización efectiva.

#### **4.7 Reservas técnicas**

Las leyes 26790 (de 1997) y 27056 (de 1999) regulan diversos aspectos relacionados con la gestión de las reservas técnicas de EsSalud. Expresamente, el Artículo 6 de la ley 26790 señala que *“Las reservas técnicas de EsSalud deben mantenerse como mínimo en un nivel equivalente al 30% del gasto incurrido para la producción de prestaciones durante el ejercicio anterior. Su utilización sólo procede en casos de emergencia, declarados como tales por acuerdo del Consejo Directivo de EsSalud.”*.

El Artículo 12 de la ley 27056 (de 1999), referido a las inversiones y reservas, establece la obligación de EsSalud de *“...resguardar el valor real del patrimonio que administra, de conservar el nivel mínimo de reservas que exige la Ley N° 26790 (de 1997), así como de utilizar sus recursos en montos que no comprometan el nivel mínimo de sus reservas exigibles.”*.

A la luz del marco jurídico vigente y de criterios técnicos relacionados con la gestión de reservas para seguros de salud, en esta sección se analizan dos aspectos básicos: i) el cumplimiento del nivel de reservas establecido en la normativa, y ii) la adecuación de dicho nivel de reservas a las necesidades de EsSalud. Además, se suministran recomendaciones para hacer operativa la aplicación del Artículo 6 de la ley 26790 (de 1997) en cuanto a cumplimiento del nivel de reservas y su verificación.

#### 4.7.1 Nivel de las reservas: cumplimiento de Artículo 6, ley 26790

La Ley 26790 (de 1997) “*Modernización de la Seguridad Social en Salud*”, dispone en su artículo 6° que las reservas técnicas del Seguro Social de Salud-EsSalud deben mantenerse como mínimo en un nivel equivalente al 30 por ciento del gasto incurrido para la producción de las prestaciones durante el ejercicio anterior. Su utilización sólo procede en casos de emergencia, declarados como tales por acuerdo del Consejo Directivo de EsSalud. En esta sección se incluye un análisis somero del grado de cumplimiento de la normativa sobre reservas, con énfasis en los aspectos cuantitativos.

El Balance General Comparativo del Seguro Social de Salud-EsSalud, que comprende todos los fondos o regímenes bajo administración, muestra que durante el período 2000-2003 el nivel de reservas mínimo requerido varió de 809.7 millones de nuevos soles en el año 2000 a 867.5 millones en el 2003. Cabe destacar que tales cifras incluyen tanto el nivel mínimo de reserva técnica requerido para dar cumplimiento a lo señalado en el artículo 6° de la Ley N° 26790, así como las reservas mínimas correspondientes a otros programas de cobertura bajo administración.

El análisis de las reservas que a continuación se presenta, se basa en las cifras de gastos operación consolidados para los seguros Regular y Agrario procedentes de los estados financieros de EsSalud, así como en el nivel efectivamente mantenido de Reserva Técnica para efectos del cumplimiento de la Ley N° 26790, obtenido a partir de la Nota 1 de los estados financieros institucionales, con cifras a la fecha de cierre del respectivo ejercicio.

Así también, el análisis se basa en el cálculo del “*Cociente de Reserva*”, el cual es un usual indicador del grado de solvencia de un seguro ante situaciones de contingencia, toda vez que determina cuánto equivale –en términos porcentuales– el valor de la reserva técnica de un año en particular, respecto al gasto total de operación del año anterior.

Dado que se trata de una razón entre una variable “*stock*” (nivel de reserva técnica) y una variable “*flujo*” (gasto total de operación), se requiere promediar la variable stock. Por tanto, el cálculo del “*Cociente de Reserva*” para un año particular “*t*” se podría estimar mediante la siguiente expresión<sup>21</sup>:

$$\text{Cociente de Reserva}_t = \frac{\text{Reserva media}_{(t+t-1)/2}}{\text{Gasto total de operación}_{t-1}} \times 100$$

Donde:

La reserva media es una variable tipo “*stock*”, que resulta de promediar los valores de la reserva técnica que se muestran el componente patrimonial del Balance General del Seguro Social de Salud-EsSalud (es decir, las reserva técnica de todos los fondos bajo administración) al 31 de diciembre de los años “*t*” y “*t-1*”.

El gasto total de operación es una variable tipo “*flujo*”, que se refleja en el Estado de Resultados del Seguro Social de Salud-EsSalud del período “*t-1*” y concentra también el gasto total de las operaciones de la Institución.

---

<sup>21</sup> Cabe aclarar que esta no es la fórmula que actualmente utiliza EsSalud, de modo que se plantea a manera de sugerencia y se detalla una fórmula específica en otra sección de este capítulo.



Tabla 4.2

**Seguro Social de Salud-EsSalud**  
**Análisis de la reserva mínima según Ley 26790**  
**2000-2003**

Concepto	2000	2001	2002	2003	Promedio 2001-2003
Gasto consolidado -Seg. Regular y Agrario operativo (miles de nuevos soles)	2,592,682	2,605,730	2,930,474	2,921,439	2,819,214
Reserva técnica mantenida (miles de nuevos soles).	678,611	834,058	871,488	931,930	879,159
Reserva media anual efectiva (miles de nuevos soles)		756,335	852,773	901,709	836,939
Cociente de reserva efectivo (%)		29.2	32.7	30.8	30.9
Cociente de reserva legal (%)		30.0	30.0	30.0	30.0
Reserva media anual legal (miles de nuevos soles)		777,804	781,719	879,142	812,889
Desviación del nivel de reserva media anual efectiva respecto al nivel de reserva media anual legal (miles de nuevos soles)		(21,470)	71,054	22,567	24,050

Fuente: Elaboración propia a partir de estados financieros EsSalud 2000-2003.

Tal como se observa en la Tabla 4.2, durante el período 2001-2003 el gasto promedio anual de operación consolidado de los seguros Regular y Agrario, asciende a 2,819,214 miles de nuevos soles<sup>22</sup>. Las reservas técnicas mantenidas alcanzan en promedio 879,159 miles de nuevos soles, y el nivel de reserva técnica requerida según estimaciones propias, asciende en promedio a 812,889 miles de nuevos soles.

En virtud de la metodología descrita anteriormente, en el *Cociente de Reserva* promedio efectivo del período 2001-2003 asciende a 30.9%, es decir, se ubicó 0.9 puntos porcentuales por encima del cociente de reserva de 30% legalmente establecido.

Por lo tanto, el cumplimiento de la normativa se encuentra dentro de límites técnicos satisfactorios, en función de posibles variaciones en la forma de contabilizar el nivel global de desembolsos, según el enfoque financiero que aplique en la práctica. Algún refinamiento metodológico y una definición precisa del concepto de gasto anual sobre el que se calculan podrían mejorar la precisión operativa del cálculo para evitar pequeñas desviaciones por debajo del límite normativo.

Como análisis complementario, al dividir el gasto anual de operación entre doce para tener una estimación del gasto de operación mensual, se llega a la conclusión que el monto de la reserva técnica requerida logra financiar aproximadamente 3.6 meses de operación de los seguros analizados, es decir alrededor de una cuarta parte de un año de operación (Tabla 4.3). Esto se considera razonable dado que se trata de un régimen de reparto, donde la reserva técnica juega un papel de reserva de contingencia, la cual, según las prácticas usuales en gestión de seguros de salud, no está previsto que financie prestaciones corrientes sino que sirva como colchón de seguridad ante contingencias epidemiológicas, macroeconómicas o provocadas por desastres naturales.

<sup>22</sup> Hay que recalcar que los datos aquí presentados son para todos los regímenes de EsSalud, de manera que no coinciden con los mostrados en otras tablas de este informe (especialmente del capítulo de análisis actuarial) donde se presentan estimados específicos para los seguros Regular y Agrario.

**Tabla 4.3**  
**Seguro Social de Salud-EsSalud**  
**Estimación del número de meses de operación que financia la reserva media anual**  
**2001-2003**

Concepto	2001	2002	2003	Promedio 2001-2003
Gasto de operación anual (miles de nuevos soles)	2,605,730	2,930,474	2,921,439	2,819,214
Gasto de operación mensual (miles de nuevos soles)	217,144	244,206	243,453	234,935
Reserva media anual efectiva (miles de nuevos soles)	756,335	852,773	901,709	836,939
Meses de operación que financia la reserva media anual	3.5	3.5	3.7	3.6

Fuente: Elaboración propia a partir de estados financieros de EsSalud 2000-2003.

Con el fin de garantizar el adecuado uso de la reserva técnica, en función del propósito contingente para cual sirve, se recomienda una revisión del contenido reglamentario del Artículo 6 de la ley 26790, con el fin de delimitar con mayor precisión cuáles son los posibles “*casos de emergencia*” que el Consejo Directivo de EsSalud podría declarar como emergencias. Se recomienda contemplar como causales de uso de la reserva técnica, únicamente las contingencias epidemiológicas, macroeconómicas o desastres naturales.

#### 4.7.2 Estructura de la Reserva Técnica

En términos de estructura, los diferentes tipos de instrumentos de inversión que cumplen los criterios para formar parte de la reserva técnica se concentran fundamentalmente en dos modalidades: i) Certificados de Depósito a Plazo del Sistema Financiero y ii) Fondos Mutuos. Así, según se observa en la Tabla 4.4, al 31 de diciembre del 2003 las inversiones realizadas en ambos instrumentos de inversión absorbieron el 72.9% del total de recursos de dicha reserva.

**Tabla 4.4**  
**Estructura de la Reserva Técnica del Seguro Social de Salud- EsSalud, 2000-2003 <sup>(1)</sup>**  
**(en porcentajes)**

Tipo de título valor	2000	2001	2002	2003	Promedio
Certificados de Depósito Sistema Financiero	72.0	71.2	62.8	46.4	63.1
Fondos Mutuos	4.4	5.4	17.4	26.5	13.4
Bonos Corporativos	5.1	5.3	7.3	9.5	6.8
Bonos del Tesoro	4.1	4.2	3.3	2.5	3.5
Acciones Comunes	3.4	3.4	2.8	4.4	3.5
Bonos de Arrendamiento Financiero	4.7	3.6	0.4	2.2	2.7
Bonos Titulizados	1.1	1.2	1.0	2.2	1.4
Fondos de Inversión	1.4	1.6	1.4	0.9	1.3
Acciones de Inversión	1.0	1.1	1.4	1.4	1.2
Papeles Comerciales	0.0	1.8	1.6	0.3	0.9
Bonos Soberanos	0.0	0.0	0.3	2.9	0.8
Bonos Subordinados	0.9	1.0	0.1	0.1	0.5
Fideicomiso de Garantía	1.9	0.0	0.0	0.0	0.5
Certificados de Depósito del BCR	0.0	0.0	0.3	0.8	0.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

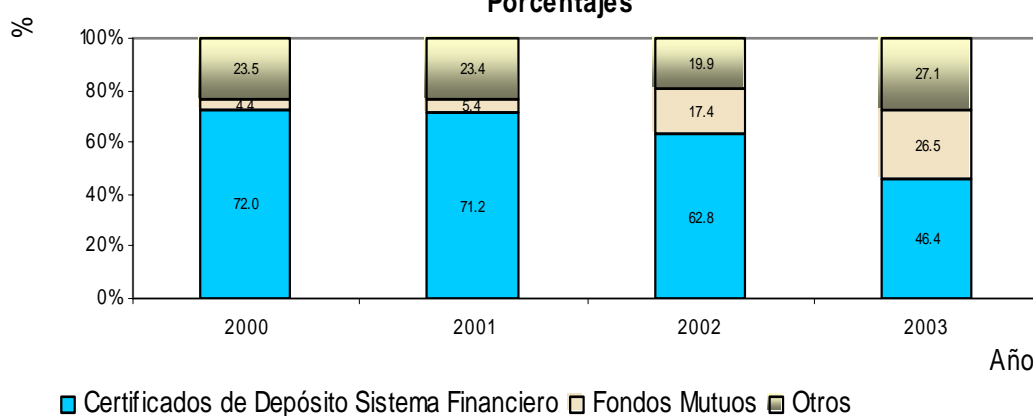
(1) Cifras al 31 de diciembre de cada año.

Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Sub Gerencia de Inversiones de EsSalud 2000-2003.

Dentro de este contexto, resalta el dinamismo que durante el lapso 31/12/2000 al 31/12/2003, experimentó la inversión de recursos de la reserva en Fondos Mutuos; toda vez que en estos tres años esta modalidad de inversión incrementó en 22.1 puntos porcentuales su importancia relativa en la composición de la reserva técnica, pasando de un 4.4% al 26.5%. Se observa en el Gráfico 4.2, que si bien este incremento de la inversión en Fondos Mutuos ocurre a expensas de la inversión en Certificados de Depósito a Plazo del Sistema Financiero, este último instrumento mantiene su predominio dentro de la estructura de la reserva técnica.

**Gráfico 4.2**

**Seguro Social de Salud-EsSalud: Evolución de la estructura de la reserva técnica 2000-2003**  
**Porcentajes**



Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Sub Gerencia de Inversiones de EsSalud 2000-2003..

### 4.7.3 Propuesta para el cálculo de la reserva técnica (o “reserva de contingencia”)

Como se ha indicado, el “Cociente de Reserva” es un indicador del grado de solvencia de un seguro ante situaciones de contingencia de tipo epidemiológico, macroeconómico o de desastres naturales. Con el propósito de reforzar el control interno y los mecanismos de operatividad y evaluación se propone la siguiente metodología de aplicación del cálculo del Cociente de Reserva del año t para que se calcule de la siguiente manera:

$$\text{Cociente de Reserva} = \frac{(r_1 + r_2 + \dots + r_{12})_t / 12}{(g_1 + g_2 + \dots + g_{12})_t / 12}$$

Donde:

- (1)  $r_1, r_2, \dots, r_i$  es el monto de todos los instrumentos calificables para formar parte de la reserva, mantenido al final del mes i (calculado para los últimos 12 meses del año actual, t).
- (2)  $g_1, g_2, \dots, g_i$  es el monto de gasto mensual para el mes i ( calculado para los últimos 12 meses del año actual, t).

Esta forma de cálculo del Cociente de Reserva presenta ventajas para la evaluación, porque al considerar los datos de reserva mantenida para todos los meses del año (i.e. los instrumentos calificables para formar parte de dicha reserva técnica), se previenen situaciones en las que se pueda manipular el nivel de las reservas mantenidas de un mes específico con el fin de hacer lucir el cociente de reserva más alto o más bajo. Asimismo, al considerar las cifras del gasto de los estados financieros permite que el nivel de reserva técnica requerido presente una mayor continuidad y refleje la situación presupuestal del gasto corriente, de manera que se evitarían variaciones abruptas que podrían ocurrir al actualizar las cifras de gasto ejecutado al cierre del ejercicio del año anterior. Sin embargo, de existir algún problema metodológico, la cifra del gasto corriente podría ser aplicada de manera trimestral con base en los estados financieros de cierre de trimestre.

Con el fin de hacer coincidir la gestión de la reserva con la programación presupuestaria, se recomienda que el presupuesto institucional incluya una partida que refleje cualquier variación que se genere sobre el nivel de reserva técnica requerido como resultado de la aprobación de un mayor nivel de gastos institucionales, de manera que exista mayor internalización de las implicancias de un incremento en los gastos corrientes sobre el nivel de reservas para contingencias.

#### 4.7.4 Gestión de inversiones

Como primer elemento a considerar en esta sección, debe destacarse la conveniencia de continuar impulsando las modificaciones al reglamento para la gestión de las reservas y sus inversiones. Como ya se indicó, es necesario definir, bajo criterios lo más precisos y objetivos posibles, lo que debe ser considerado como una emergencia, con el fin de que se pueda evaluar los “casos de emergencia” en los que según el Artículo 6 de la ley 26790 se puede utilizar la reserva técnica en una situación de naturaleza extraordinaria.

Tratándose de un régimen de financiamiento de seguros de salud, denominados “*de reparto enmendado*”<sup>23</sup>, lo usual es que la reserva técnica juega un papel de reserva para contingencias y no para el financiamiento de prestaciones ordinarias.

Normalmente la tipificación de casos de emergencia (contingencia) comprende situaciones que implican un incremento transitorio del gasto por encima de su nivel regular o normal, y que afectarían temporalmente el flujo de caja, tales como: desastres naturales, contingencias epidemiológicas de alcance masivo y coyunturas macroeconómicas que afecten abruptamente los ingresos (hacia abajo) o los gastos (hacia arriba), principalmente. Por su naturaleza, se trata de situaciones que tienen una baja probabilidad de ocurrencia simultánea, de modo que un nivel de reservas adecuado debiera ser suficiente para cubrir algunos meses de operación.

El criterio vigente en la normativa actual, de mantener un nivel del 30% de los gastos del ejercicio anterior, garantizaría una cobertura ligeramente superior a 3 meses de gasto operativo. Este parámetro se encuentra en un nivel razonable y consideramos que no requiere ninguna modificación.

---

<sup>23</sup> En un régimen de reparto enmendado, los ingresos del periodo anual se hacen coincidir con las erogaciones anuales, de modo que no es necesario crear reservas para cubrir prestaciones futuras, sino solo una *reserva de contingencia*.



Otro asunto relacionado tiene que ver con la gestión de las inversiones. Se debe destacar que mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 080-PE-ESSALUD-2005 del 02 de febrero de 2005 fue aprobado el nuevo Reglamento de Inversiones Financieras, el mismo que cuenta con la conformidad del Consejo Directivo. Dicha norma establece el nuevo marco normativo aplicable para las inversiones financieras que realiza la institución, las mismas que constituyen los instrumentos calificables para formar parte de la Reserva Técnica.

El reglamento vigente establece opciones de inversión, que están discriminadas por categorías de riesgo 1 y 2, referidas a instrumentos de bajo riesgo y volatilidad y de relativamente alta liquidez.

La mayoría de los instrumentos de inversión utilizados por EsSalud son líquidos y el Reglamento recientemente aprobado promueve que sean fijados preferentemente a precios de mercado. Los instrumentos financieros se concentran en su mayoría en depósitos a plazo (24%, a plazo no superior de un año), certificados de depósito del Banco Central de la Reserva (9.4%), bonos corporativos y del Gobierno (33.3%); una pequeña proporción está invertida en fondos mutuos (11.8%) y acciones (5.6%).

Aunque la rentabilidad de las inversiones no es un factor crítico para la sostenibilidad de los programas de reparto, la eficiencia es un principio fundamental de la gestión. Dada la tasa de inflación de los últimos años, la rentabilidad media real de las inversiones de las reservas técnicas de EsSalud ronda niveles cercanos al 3%, en promedio, con altibajos no significativos. Este resultado está muy relacionado con la política institucional seguida hasta ahora, la cual está basada en un criterio de “*preservación del capital*” cuyo objetivo consiste en resguardar el valor real del capital a un bajo nivel de riesgo y volatilidad asociado (aversión al riesgo). Dicho criterio busca inversiones que generen rentas que sean predecibles y estables en el tiempo par preservar el valor real, por lo que se presenta un sesgo hacia los instrumentos financieros de renta fija u obligaciones representativas de derecho crediticio en lugar de las inversiones en instrumentos financieros de renta variable o acciones que pudieran generar mayor rentabilidad, pero asociadas a una menor predictibilidad o estabilidad (volatilidad). Asimismo, las inversiones realizadas deben presentar preferentemente un mayor nivel de liquidez en caso se deba hacer uso de dicha reservas.

En este sentido, cabe precisar que la gestión de inversiones considera los criterios de rentabilidad y seguridad (riesgo) para tomar las decisiones, aún cuando restricciones impuestas afectan los resultados respecto al nivel máximo de eficiencia: los criterios de supervisión o contraloría de la gestión; la restricción de “no generar pérdidas” individuales (por periodos o tipos de instrumentos) cuando el objeto de la gestión de las inversiones es la maximización de la rentabilidad de un portafolio en conjunto; la necesidad de fortalecer los recursos humanos, materiales y tecnológicos y adecuar la estructura organizacional a las labores técnicas específicas que se requiere para una adecuada gestión, etc.

A nivel contable, EsSalud no maneja una separación de las reservas técnicas según los programas que administra. Este no es problema crítico, pero ante la eventualidad de tener que acudir a la utilización de reservas, se pudieran generar interpretaciones contablemente inadecuadas. Así también, en el marco del objetivo de gestionar una separación financiera de los programas lo más realista posible, es conveniente aplicar una separación contable de reservas. Un mecanismo sencillo de separación pudiera establecerse a partir de su prorrateo



entre los siguientes programas: i) Prestaciones en salud por riesgo común, de los Seguros Regular y Agrario, conjuntamente pues en la práctica manejan una única agrupación de riesgos; y ii) Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, incluyendo sus prestaciones económicas; y iii) Prestaciones económicas y sociales de riesgo común. Las bases para el prorrateo serían los gastos generales de cada uno de estos tres componentes.

Otro aspecto de la gestión tiene que ver con la responsabilidad de la gestión y con el régimen de supervisión y control. Existe un comité de inversiones, integrado por: el Gerente de la División de Aseguramiento, el Gerente Central de Finanzas, el Gerente de Operaciones Financieras, y el Subgerente de Inversiones -como secretario técnico-, más un miembro del Consejo Directivo.

El Comité de Inversiones tiene la responsabilidad institucional por el control y la supervisión de las inversiones, y su carácter colegiado garantiza la transparencia en el control de la gestión. Por otra parte, sin embargo, la cantidad de personal y los recursos destinados a la gestión técnica-operativa de las inversiones (dos personas, básicamente), no se ajusta al tamaño y complejidad de la función que demanda la gestión de una reserva que ronda los US\$250 millones. Los sistemas de información para la gestión y control de las inversiones, por su parte, tampoco se ajusta a tales necesidades institucionales; por ejemplo, no existen sistemas especializados de replicación de datos (back-up), con el consecuente riesgo de pérdida de información sumamente valiosa. Es muy recomendable, por lo tanto, el fortalecimiento de los recursos humanos, materiales y tecnológicos de la Sub Gerencia de Inversiones.

En términos de la función de contraloría, la supervisión de la gestión de inversiones recae institucionalmente en la Auditoría. En general, la baja rentabilidad de las inversiones, genera a EsSalud un costo financiero nada despreciable, que se deriva en gran parte de una política contralora (auditora) que carece de especialización en el ámbito de la gestión de inversiones y está más orientada al control de resultados particulares (por periodos o instrumentos específicos) más que al logro medio del desempeño del portafolio. Esto parece estar generando una conducta reactiva y conservadora de parte del Comité de Inversiones, que como mencionamos, ocasiona a EsSalud costos financieros significativos. Dado este panorama, sería recomendable que, sin perjuicio de la aplicación de las necesarias normas internas de auditoría, la función de supervisión de inversiones pudiese estar bajo responsabilidad de un ente especializado externo, capaz de imprimirle elementos de gestión más ajustados a la necesidad de combinar eficazmente criterios de seguridad y rentabilidad, como pudiese ser la Superintendencia de Banca y Seguros.

## Capítulo 5. Valuación actuarial de los seguros Regular y Agrario

---

Dada la diversidad de factores que participan en la definición del nivel de costos de un seguro de salud, así como la complejidad de sus interacciones, una valuación actuarial no persigue realizar pronósticos sobre las condiciones de gasto y financiamiento. En su lugar, mediante técnicas de modelización, se pretende suministrar insumos informativos respecto a los resultados más plausibles que se alcanzarían bajo distintas hipótesis, parámetros o supuestos programáticos, económicos, demográficos y epidemiológicos.

Para lograr ese cometido, en este estudio se recurre a la formulación y análisis de diversos escenarios, en los cuales se pretende capturar las características más importantes del modelo de aseguramiento, su relación con el nivel de costos, las necesidades de financiamiento y la simulación de medidas de ajuste que idealmente podrían conducir a mejorar el impacto y la cobertura de los programas que se evalúan.

Los escenarios incorporan proyecciones utilizando las cifras del 2003 como año base de estimación, y se extienden hasta el año 2015. Las variables financieras proyectadas corresponden a flujos anuales; es decir, están referidas a magnitudes que recogen acumulados anuales desde enero a diciembre (por ejemplo, ingresos y gastos anuales); mientras tanto, las proyecciones de componentes demográficos obedecen al concepto de variables de “stock”, es decir, están referidas a un mes particular representativo (junio de cada año).

Este capítulo se organiza en tres secciones básicas. Primero se define el marco metodológico de trabajo, donde se describen los insumos utilizados en el trabajo y las características del modelo utilizado para la evaluación, con sus distintos escenarios. Luego se realiza un análisis de la evolución financiera reciente de EsSalud. Posteriormente se muestran y analizan los principales resultados, y se derivan conclusiones en términos de costos y financiamiento; la identificación de las fuentes y destinos del financiamiento, en términos de primas actuariales, y la determinación de posibles ajustes en las tasas de cotización, ante distintas situaciones, representa el objetivo central del análisis.



## 5.1 Aspectos metodológicos

### 5.1.1 Modelo de estimación

El modelo formulado para la valuación actuarial, es una adaptación al caso de EsSalud-Perú de la herramienta *ILO Health Budget Program, Version 2*. Ajustes al modelo original de la OIT, fueron indispensables para considerar la disponibilidad efectiva de información que posee EsSalud, así como para tomar en cuenta una serie de características específicas de los seguros de salud administrados por EsSalud; sin embargo, prevalece la lógica general del modelo OIT.

Metodológicamente, la modelización captura posibles cambios cualitativos y estructurales durante el horizonte temporal de las proyecciones, tanto por el lado del financiamiento como por el de los gastos. El cambio en la estructura por edad de la población asegurada, la estructura de la demanda de servicios, la cobertura horizontal de los programas de EsSalud, los precios relativos de los servicios (en términos unitarios), los salarios reales, el modelo de atención y gestión de EsSalud y la estructura productiva del país, figuran en la lista de aspectos capturados explícitamente por el modelo, mediante la definición de parámetros y variables sujetos de modificación y simulación en cuanto a su impacto financiero y actuarial.

El modelo permite realizar proyecciones de corto y mediano plazo (no más de 10 años), para capturar los siguientes elementos:

- estructura por edades de la población nacional
- tasas de utilización promedio de los servicios de salud, por consultas, urgencias y hospitalizaciones, según sexo y grupo de edad.
- nivel de complejidad asociado a los servicios de salud, según sexo y edad
- Estancias medias hospitalarias
- costo relativo de los servicios de salud, según tipo de servicios
- índices de cobertura contributiva con respecto a la población económicamente activa, distinguiendo por población asalariada y no asalariada
- evolución de salarios promedio reales de la población cotizante (población titular aportante) al seguro de salud
- población cotizante de asegurados directos activos y pensionados, por sexo y edad
- distribuciones correlativas de edades entre asegurados titulares y derechohabientes
- nivel reglamentario de las reservas técnicas
- tasa de rentabilidad de las reservas
- niveles de financiamiento actuales
- otros indicadores básicos de utilización y gestión.

En forma esquemática, la tabla siguiente presenta los principales parámetros que se consideran explícitamente en el modelo.

Por el lado del financiamiento, las proyecciones de los ingresos por cuotas se basan en el número de trabajadores afiliados a EsSalud como asegurados directos activos, distribuidos por sexo y edad, el salario medio cotizante y la tasa media de cotización. Las variaciones en el



ámbito de los ingresos, están en función de la Población Económicamente Activa (PEA), la tasa bruta de participación en la actividad económica y la tasa de cobertura del seguro de salud para el Régimen Regular y Agrario, todas ellas desagregadas según sexo. Las variaciones salariales son programadas, conforme hipótesis de crecimiento real temporal.

Por el lado de los ingresos, el modelo desarrollado utiliza valores diferenciados por tipo de régimen y cotizante (Regular, Agrario y pensionistas, efectivos netos de evasión por subdeclaración) para el salario o ingreso medio anual cotizable, así como tasas de cotización (efectivas, netas de morosidad) diferenciadas para cada uno de estos grupos. En la Tabla 5.1 se presenta, a manera de ilustración, los resultados de la estimación de ingresos para el año 2003<sup>24</sup>.

**Tabla 5.1**

**Ilustración de salarios e ingresos medios, masas cotizables e ingresos: 2003.**

Variable	Valor
Ingreso medio anual:	
Seguro Regular	14,805
Pensionistas	8,428
Seguro Agrario	6,239
Masa Cotizable Seguro Regular:	36,175,901,875
Asegurado Directos Activos	30,058,484,733
Pensionados	6,117,417,142
Masa Cotizable Seguro Agrario	621,427,679
Masa cotizante total	36,797,329,553
Ingresos por cuotas -Seguro Regular:	2,658,393,010
Asegurado Directos Activos	2,413,696,324
Pensionados	244,696,686
Ingresos por cuotas -Seguro Agrario	21,314,969
<b>Ingresos globales por cuotas</b>	<b>2,679,707,979</b>

Fuente: estimaciones del autor con base en estadísticas de EsSalud 2003.

El cálculo de los aportes de los pensionados, proviene de los pagos de pensiones totales proyectados para los regímenes vigentes, los cuales se estiman combinando proyecciones de la población pensionada por sexo (a partir de supuestos sobre participaciones relativas estables con respecto a los asegurados directos activos), con el nivel de pensión media y la tasa de cotización específica para la población pensionada.

<sup>24</sup> El término masa cotizable se refiere a la suma de los ingresos y salarios sujetos a cotización.

**Principales componentes y parámetros  
del modelo de estimación**

<b>INGRESOS</b>	<b>GASTOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamaño y estructura de la población nacional, por sexo y edad</li> <li>• Tasas de participación en la actividad económica, por sexo</li> <li>• Proporción de PEA asalariada y no asalariada, por sexo</li> <li>• Tasas de cobertura, según población asalariada y no asalariada</li> <li>• Participación relativa de la población pensionada, respecto a la población cotizante activa</li> <li>• Estructura por edad de la población cotizante activa y pensionada</li> <li>• Estructura por sexo de la población pensionada</li> <li>• Tasa de crecimiento del salario promedio cotizante</li> <li>• Tasa de crecimiento del Producto Bruto Interno</li> <li>• Tasas medias de cotización efectivas, por régimen y tipo de cotizante</li> <li>• Participación mínima de la reserva de inversiones respecto a los ingresos por aportaciones</li> <li>• Tasa de rendimiento real de las inversiones financieras de la reserva</li> <li>• Tasa de cotización o prima destinada al financiamiento de las EPS y a cobertura de riesgos laborales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructuras de factores de edades correlativas entre titulares y derechohabientes, para hijos y cónyuges</li> <li>• Estructura por sexo y edad de parámetros de hijos y cónyuges medios por titular</li> <li>• Distribución por sexo de los hijos derivados de la población titular</li> <li>• Distribución por edad de los hijos derivados de la población titular</li> <li>• Distribución por edad de la población de cónyuges dependientes, por sexo</li> <li>• Promedio de hijos dependientes por titular, hombre y mujer, por edad del titular</li> <li>• Promedio de cónyuges dependientes por titular hombre y mujer, por edad de titular.</li> <li>• Tasas de consulta médica, por sexo y edad</li> <li>• Tasas de egresos hospitalarios, por sexo y edad</li> <li>• Estancias medias hospitalarias, por sexo y edad</li> <li>• Factores de gastos directos e indirectos, en hospitalización y servicios ambulatorios</li> <li>• Distribución del gasto asistencial por nivel de complejidad de la red de servicios</li> <li>• Costos unitarios directos por estancia hospitalaria</li> <li>• Costos unitarios directos por consulta médica</li> <li>• Tasa de variación en los costos unitarios directos</li> <li>• Tasa de incapacidades temporales, riesgo común</li> <li>• Proporción de incapacidades temporales, riesgos laborales</li> <li>• Días promedio de incapacidad por enfermedad</li> <li>• Costo medio por día de incapacidad</li> <li>• Tasa de casos de lactancia</li> <li>• Tasa de casos de ayuda por sepelio</li> <li>• Montos medio por caso de lactancia y sepelio</li> <li>• Participación relativa del gasto de administración.</li> <li>• Participación relativa del gasto en pensiones</li> </ul>

El concepto de gasto del seguro de salud, incluye además de los gastos propios de las atenciones a la salud, los egresos derivados del resto de prestaciones o actividades llevadas a cabo en la gestión de este seguro, en las que sobresalen las prestaciones económicas (subsidios por incapacidad, licencias por maternidad, lactancia y subsidios para gastos de funeral). En cuanto a los gastos en bienes y servicios de salud, la mayor parte están determinados por el patrón de consumo de las consultas y hospitalizaciones y el costo unitario de cada uno de estos servicios. El otro rubro calculado directamente son los pagos por incapacidades temporales

laborales; mientras, los gastos de administración de las funciones de aseguramiento, y otros gastos, se estiman como proporciones fijas del gasto asistencial.

Las estimaciones de costos de servicios ambulatorios de salud recogen la utilización de servicios ambulatorios de toda índole, incluyendo consultas externas, médicas generales y especializadas y otros tipos de servicios ambulatorios. Se incluyen también todas las consultas de los servicios de urgencias de los establecimientos de salud. El gasto en consultas se divide en dos componentes: directo e indirecto. Este último se basa en un costo unitario promedio variable, y en los valores proyectados de la población por edad y las tasas de consultas por edad.

El concepto de costo unitario variable contemplado, incluye todos los servicios complementarios requeridos para causar una consulta, ya sean de diagnóstico o tratamiento, incluyendo el suministro de medicamentos. Además, la variable “gasto directo en consultas” pretende separar aquellos gastos que no necesariamente varían en forma proporcional con el nivel de producción.

Las estimaciones de costos de servicios de hospitalización recogen los costos de utilización de todo tipo de servicios de hospitalización, es decir, aquellos que requieren internamiento. En forma similar que para el gasto en consultas, las estimaciones para los costos hospitalarios se basan en un costo unitario promedio por estancia hospitalaria, y en los valores proyectados de la población por edad y las tasas de hospitalización y estancia media por edad. En todos los casos, se supone que el costo unitario por estancia es igual por sexo, aunque se reconoce que la separación por sexo es un refinamiento que se podría introducir, en función de la disponibilidad de la información pertinente.

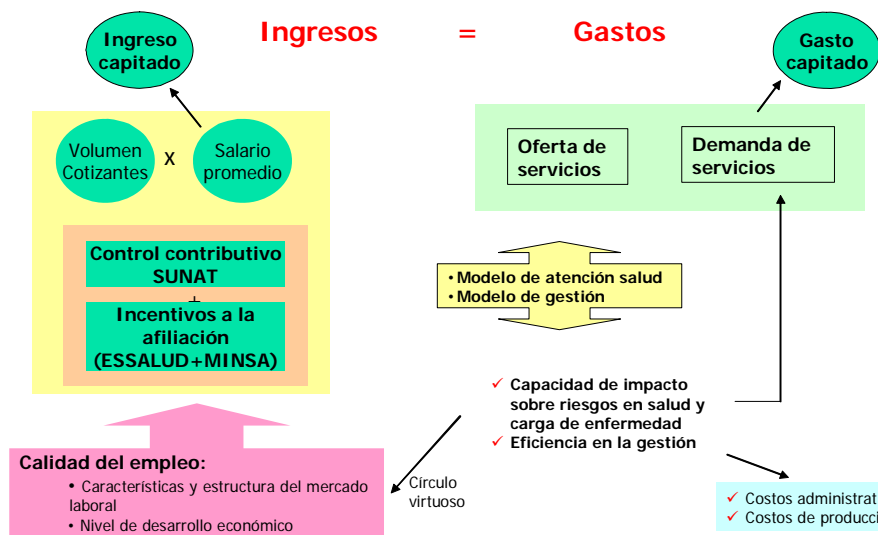
Los actuales gastos de EsSalud por concepto de pasivo de pensiones, tanto de riesgo común como el generado en el anterior sistema de riesgos profesionales, han sido incorporados en las proyecciones de todos los escenarios del presente trabajo, bajo el concepto de pasivo pensional. Dado que no se cuenta con una proyección externa para dicho componente, se supone que el gasto por pasivo de pensiones representa una proporción constante del actual gasto administrativo, supuesto que consideramos conservador en virtud de que lo más probable es que dicho pasivo tienda a crecer en el futuro.

En el Anexo II (Bases estadísticas) del presente Informe, se presenta un detalle del conjunto de parámetros y variables que intervienen en las estimaciones y proyecciones, con sus respectivos valores.

Para resumir, la siguiente figura ilustra el marco general involucrado en el análisis. Como se puede observar, el modelo de análisis considera la interacción de múltiples y complejos elementos.

Figura 5.1

## Marco general de análisis actuarial



### 5.1.2 Insumos de información

Dada la complejidad del modelo utilizado, su aplicación requirió la conjunción de una enorme cantidad de información, alguna de la cual, sin embargo, deberá ser mejorada para mejorar el alcance de futuros estudios actuariales, particularmente en lo que se refiere a la clasificación diagnóstica de la utilización de los servicios de salud y su gasto asociado. Las principales fuentes y tipos de información utilizados, son las siguientes:

- Estados financieros EsSalud, varios años
- Ejecución presupuestaria de EsSalud, varios años
- Flujos de caja EsSalud, varios años
- Ejecución presupuestaria a nivel de red y establecimiento de salud, por tipo de gasto, 2003
- Estadísticas de producción de servicios de salud, varios años
- Bases de datos de afiliación de EsSalud, Seguro Agrario y Seguro Regular, 2003: rama de actividad, tamaño de establecimiento, sexo, edad, salario cotizable
- Base de datos de afiliación de pensionados, Seguro Regular 2003.
- Base de datos de prestaciones económicas, 2003.
- Base de datos de producción de servicios de salud, por diagnósticos CIE-10, 2003
- Encuesta Nacional de Hogares, ENAHO, 2003: población nacional, población asegurada directa activa, tasas de utilización de servicios ambulatorios y hospitalarios (combinadas con información interna de EsSalud), índices de cobertura.

- Proyecciones de población nacional para Perú, CELADE
- Proyecciones de población económicamente activa para Perú, CELADE
- Memorias anuales de EsSalud, varios años
- Otros reportes y estadísticas generados por EsSalud para análisis específicos
- Leyes y reglamentos: 26790, 27056, 27360 y otras
- Página web de EsSalud, estadísticas e información variada
- Página web de la Superintendencia de EPS
- Documentos y estudios técnicos internos de EsSalud, varios
- Documentos, página web y publicaciones varias, Banco Central de la Reserva de Perú.

A partir de este conjunto de información, se preparó una base de datos específica para el año 2003, a partir de la cual se estimaron y calibraron los parámetros y variables iniciales del modelo. En ese sentido, la metodología permite garantizar la consistencia interna y externa de todo el conjunto de datos utilizado.

En las secciones siguientes, se presentan los resultados de los análisis actuariales intermedios y finales. En lo que resta de este Capítulo, todas las tablas han sido elaboradas con base en los resultados directos del modelo actuarial desarrollado, excepto que en algún caso particular se especifique lo contrario en la respectiva fuente.

Es importante aclarar que debido a la metodología utilizada en este trabajo, la cual supone una calibración del conjunto de datos del modelo para el año 2003, se observan pequeñas diferencias respecto a las cifras globales provenientes de los registros administrativos de EsSalud y las presentadas en este mismo informe procedentes de otras fuentes. Particularmente, debe tenerse presente que las cifras que se presentan para el año 2004 en adelante, representan proyecciones generadas por el modelo y basadas en el año 2003.

## **5.2 Análisis y resultados intermedios**

Los análisis que siguen abordan la determinación de costos y primas exclusivamente para el régimen de aseguramiento del seguro regular y agrario, con énfasis en su componente específico del seguro de salud. A los efectos de este trabajo, no se consideran los seguros potestativos, por dos razones básicas: su relativa juventud y pequeño volumen, y el hecho de que conforman regímenes de protección y financiamiento muy particulares y distintos que los del regular y agrario; y por tanto, su evaluación habría de ser objeto de estudios particulares.

El punto de partida de la evaluación es una población total de 2.1 millones de cotizantes activos y 726 mil pensionistas, para un total de 2.9 millones de titulares en el 2003; cifras que han sido obtenidas directamente de los registros administrativos de EsSalud. Esto representa coberturas estimadas de aproximadamente un 16% de la fuerza de trabajo o población económicamente activa: 43% en el caso de los asalariados y 0.7% los no asalariados. En un escenario particular, como luego se explicará, se simulará el impacto de cambios en estos indicadores durante el horizonte de proyección considerado.

Dos perspectivas de análisis son fundamentales en términos de su determinación actuarial: el sexo y la edad de la población afiliada. Estas determinan conjuntamente la estructura y nivel de los ingresos, así como de los gastos. Una población más envejecida siempre será más

costosa en términos de estructura y complejidad de la demanda de servicios de salud, en comparación con una población más joven. Esto queda ilustrado en esta misma sección, cuando se presentan los patrones de utilización de servicios de salud.

En términos de género, se parte de una población de cotizantes de 1.4 millones de hombres y 711 mil mujeres; como se observa en la Tabla 5.2 la distribución entre asalariados y no asalariados no cambia significativamente al introducir la variable sexo. Cabe aclarar que estas cifras incluyen los asegurados a los regímenes especiales (todavía vigentes a junio 2003), pero no así la población adscrita a los seguros potestativos, que a junio de 2003 sumaba aproximadamente 101 mil cotizantes. Además, no hay una coincidencia según categoría de ocupación, con respecto a las cifras que salen directamente de las estadísticas de EsSalud, debido a que se realizaron reagrupamientos de la población que oficialmente aparece dentro del régimen de regímenes especiales, para reflejar con mayor precisión la verdadera categoría de ocupación de los integrantes de dicho grupo<sup>25</sup>.

**Tabla 5.2**  
**Coberturas estimadas de la PEA por categoría ocupacional y sexo**  
**(junio 2003)**

Sexo y categoría	Cotizantes	% cotizantes	Cobertura PEA (%)
<b>Ambos sexos</b>	<b>2,129,854</b>	<b>100.0</b>	<b>16.01</b>
Asalariados	2,069,152	97.1	42.84
No asalariados	60,702	2.9	0.72
<b>Hombres:</b>	<b>1,418,397</b>	<b>100.0</b>	<b>19.55</b>
Asalariados	1,380,487	97.3	0.46
No salariados	37,910	2.7	0.01
<b>Mujeres:</b>	<b>711,457</b>	<b>100.0</b>	<b>11.76</b>
Asalariados	688,665	96.8	0.38
No salariados	22,792	3.2	0.01

Fuente: Estimaciones del autor con base en cifras suministradas por EsSalud para 2003.

En la Tabla 5.3 se presenta la distribución por edad de acuerdo con la condición de actividad entre titulares activos y pensionistas. Como se aprecia, la población de titulares activos es mucho más joven que la de los pensionistas, con distribuciones por edad muy similares entre hombres y mujeres. Cuando se trata de la población pensionada, los hombres muestran una estructura más envejecida, básicamente por su mayor acceso absoluto y relativo a la protección de los programas de pensiones.

<sup>25</sup> Específicamente, se reclasificaron las categorías “continuación facultativa”, “ama de casa” y “chofer profesional”. Además, hay que aclarar que es imposible contar con una distribución exacta de la población cotizante según categoría ocupacional a partir de las cifras estadísticas de EsSalud, pues como es normal, estas reflejan el régimen de afiliación pero no necesariamente la verdadera categoría ocupacional de los afiliados.

**Tabla 5.3**  
**Población asegurada titular por sexo y edad, según condición de actividad: 2003**  
**(en porcentajes)**

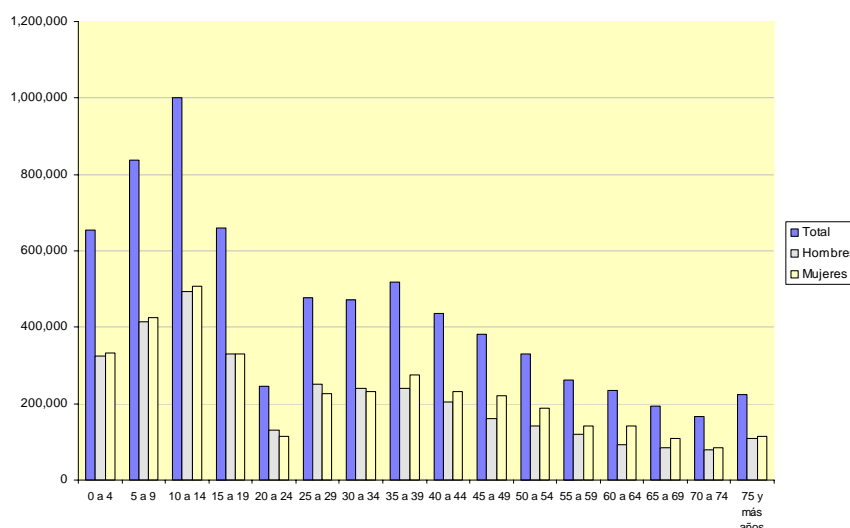
Edad	Titulares activos			Titulares pensionistas		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
0 a 4	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1
5 a 9	0.0	0.0	0.0	0.5	0.6	0.5
10 a 14	0.0	0.0	0.0	1.0	1.1	1.1
15 a 19	1.2	1.0	1.2	1.5	1.8	1.6
20 a 24	7.3	7.6	7.4	0.4	0.6	0.5
25 a 29	16.3	18.6	17.1	0.2	0.5	0.3
30 a 34	16.0	15.9	15.9	0.2	0.8	0.5
35 a 39	16.0	17.0	16.4	0.4	1.2	0.8
40 a 44	13.9	15.5	14.4	0.6	2.0	1.2
45 a 49	10.9	11.8	11.2	0.8	3.0	1.9
50 a 54	8.2	6.7	7.7	6.3	10.2	8.1
55 a 59	5.9	3.6	5.1	8.9	12.3	10.5
60 a 64	2.8	1.4	2.3	13.7	12.8	13.3
65 a 69	1.0	0.5	0.8	18.3	14.5	16.5
70 a 74	0.4	0.2	0.3	19.0	14.3	16.8
75 y más años	0.1	0.1	0.1	28.0	24.2	26.2

Fuente: Estimaciones del autor con base en cifras estadísticas de EsSalud y ENAHO 2003.

Tal y como se deriva de las proyecciones efectuadas en este trabajo, se espera un envejecimiento de la estructura de población titular, y por ende, de la población asegurada total, que ya durante la próxima década empezará a dejar sentir algún efecto sobre el costo de los programas. A futuro, conforme este fenómeno se combine con una mayor cobertura y maduración de los programas de pensiones, el envejecimiento se acelerará y presionará aún más los costos.

**Gráfico 5.2**

**Asegurados totales por sexo y edad, EsSalud 2003**



En el Gráfico 5.2 aparece la distribución del total de asegurados del Seguro de Salud, para junio de 2003. En general, se puede observar una fuerte concentración en las primeras edades de la distribución, y una baja proporción de adultos mayores. La proporción de hombres y mujeres no muestra diferencias significativas, en virtud de que si bien existe una mayor cantidad de hombres afiliados en calidad de titulares, éstos derechos para sus cónyuges

dependientes, en tanto que no sucede lo mismo con las mujeres titulares. Esto significa que los derechohabientes compensan la distribución general de asegurados y la hace más o menos uniforme según sexo.

Un resumen de los factores de dependencia resultantes de las distribuciones anteriores, aparece en la Tabla 5.4; cabe señalar, sin embargo, que el modelo utilizado para la evaluación utiliza distribuciones complejas de factores de dependientes por sexo y edad, separadas para cónyuges e hijos<sup>26</sup>.

**Tabla 5.4**  
**Factores de dependencia, hijos y cónyuges: resumen**

Indicador	Valor	% del total
<b>Total de derechohabientes</b>	<b>4,237,875</b>	<b>100.0</b>
Dependientes cónyuges	976,592	23.0
Dependientes hijos	3,261,282	77.0
Dependientes cónyuges por titular	0.34	-
Dependientes hijos por titular	1.14	-
Derechohabientes por titular	1.48	-

Fuente: Estimación del autor con base en ENAHO 2003.

Como es de esperarse, la mayor proporción de asegurados dependientes (derechohabientes) corresponde a los hijos, que representan un 77% del total de derechohabientes. Específicamente, se deriva un índice de 0.34 cónyuges dependientes por cada titular y de 1.14 hijos por titular<sup>27</sup>.

Como se mencionó anteriormente, existe una relación estrecha entre la estructura por edad de la población asegurada y la estructura y nivel de la demanda de servicios de salud. La distribución por sexo y edad de las tasas de frecuentación de servicios, y las respectivas estancias hospitalarias de EsSalud, se construyeron combinando información suministrada por EsSalud con cifras procesadas de ENAHO 2003.

En general, como se muestra en el Gráfico 5.3, existe una clara relación creciente de la tasa de frecuencia de servicios ambulatorios con respecto a la edad. En promedio, los asegurados en las edades próximas a los 70 años de edad poseen índices de frecuentación hasta cinco veces más elevados que la población entre 20 y 34 años, por ejemplo.

Otro aspecto a destacar es que las mujeres en edad fértil poseen tasas de utilización de servicios ambulatorios más elevadas que los de los hombres, aunque a edades superiores las tasas por sexo se tienden a equiparar.

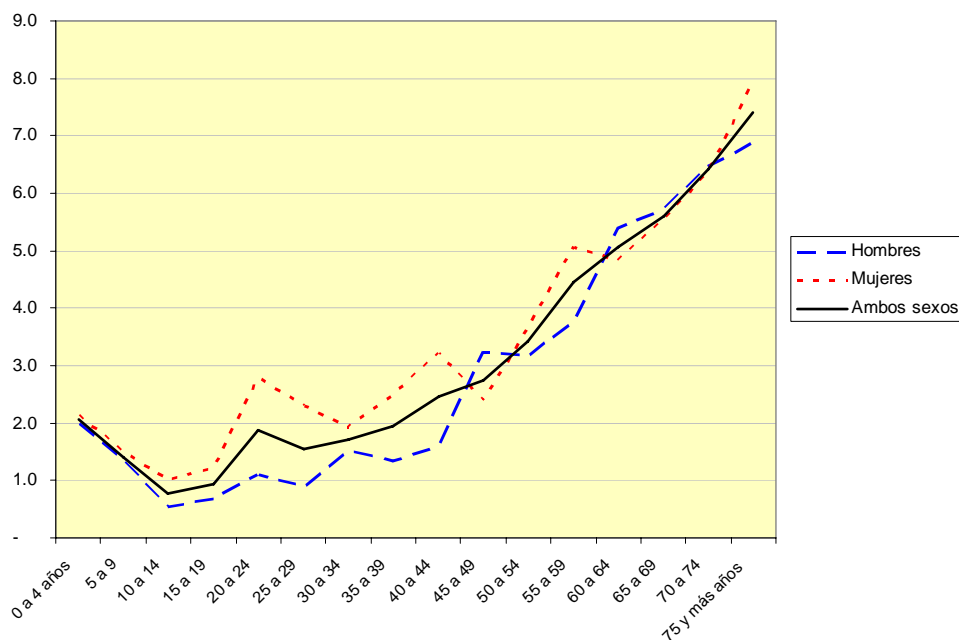
<sup>26</sup> Estos factores no coinciden exactamente con los utilizados por EsSalud, debido a que se obtuvieron aplicando una metodología alternativa.

<sup>27</sup> La población de titulares que sirve de base en ambos cálculos, incluye los pensionistas.



**Gráfico 5.3**

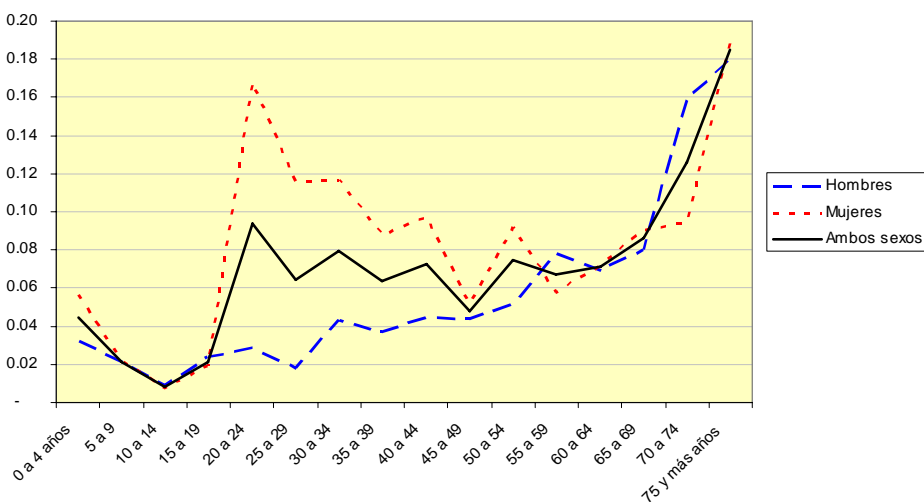
**Tasa de utilización en consultas y urgencias médicas, por sexo y edad: EsSalud 2003**



En los dos gráficos siguientes aparecen las tasas de egresos hospitalarios y la estancia media hospitalaria; esta última medida como la duración media en días de cada internamiento. Nuevamente se observan claras diferencias en los patrones por sexo y edad, especialmente en lo que tiene que ver con las tasas de internamiento de las mujeres en edad fértil, donde las diferencias con respecto a los hombres se muestran mucho mayores. Es importante destacar que hacia las edades superiores la relación se invierte y los hombres muestran tasas de utilización de servicios hospitalarios mayores que las mujeres.

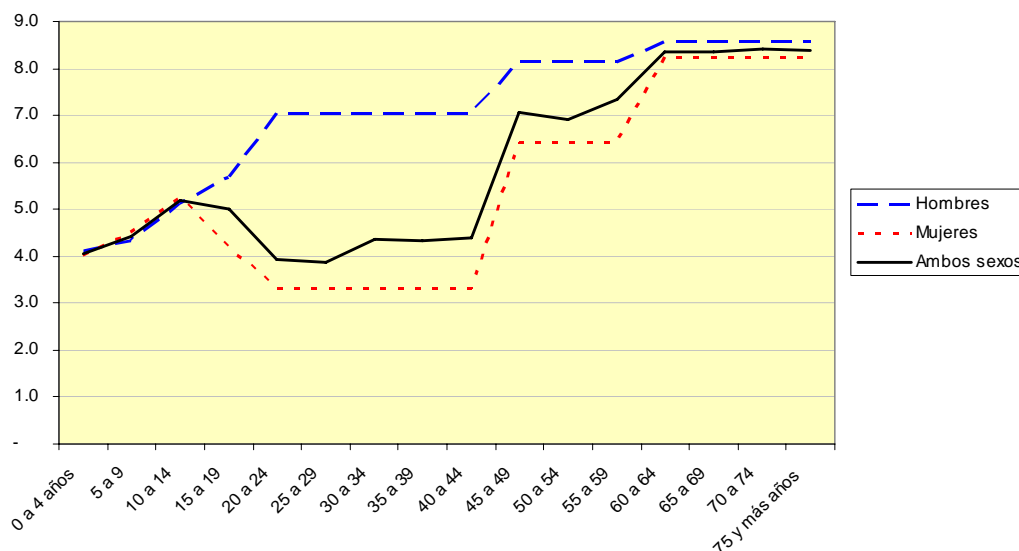
**Gráfico 5.4**

**Tasa de egresos hospitalarios por asegurado, por sexo y edad: EsSalud 2003**



Las tasas de egresos hospitalarios se complementan con los días estancia, por sexo y edad. En conjunto, constituyen un fuerte determinante del costo asistencial, pues como es sabido, el componente hospitalario es el más costoso y el que absorbe la mayor parte de recursos de cualquier red de atención en salud.

**Gráfico 5.5**  
**Estancia hospitalaria media,**  
**por sexo y edad: EsSalud 2003**



De acuerdo con la información mostrada en el Gráfico 5.5, también la estancia media hospitalaria se relaciona fuertemente con la edad y sexo. Aunque los hombres utilizan menos los servicios hospitalarios que las mujeres en edad fértil, la estancia media de cada hombre hospitalizado es, en promedio, significativamente más larga que la de la mujer en edad fértil. Esto se explica porque la mayor demanda de las mujeres en esas edades es por concepto de partos simples, los cuales figuran con estancias entre las más cortas entre toda la gama de productos hospitalarios.

La información presentada en esta sección, se complementa con la generada en los diferentes escenarios de proyección, según se expone en la siguiente sección.

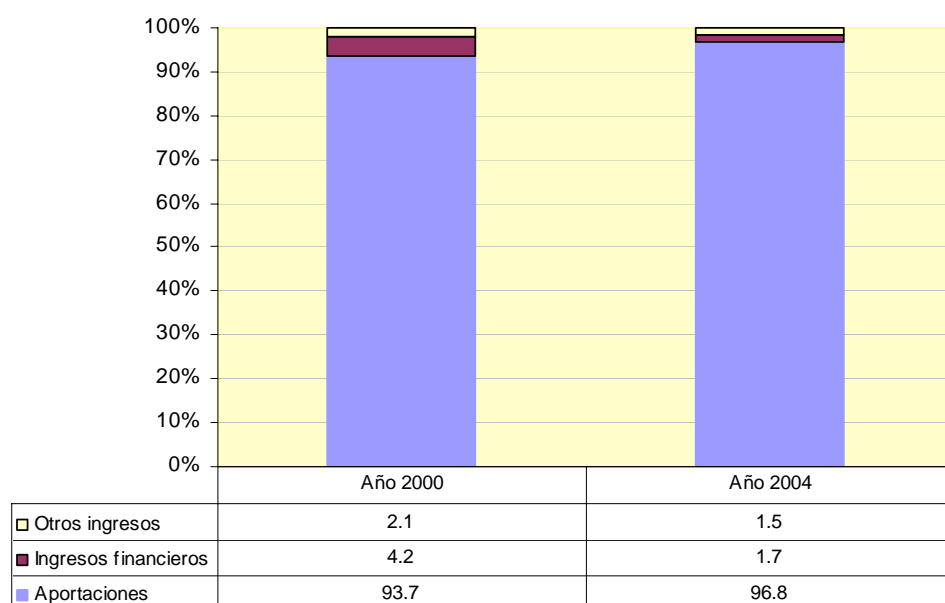
### 5.3 Evolución financiera reciente

En esta sección se realiza un análisis de la situación financiera reciente de EsSalud, para lo cual se ha considerado la información consolidada de los resultados financieros para el periodo 2000 a 2004, a partir de estados financieros suministrados por EsSalud. La evolución financiera reciente constituye el punto de partida necesario para profundizar posteriormente en análisis desde el punto de vista actuarial.

Como se demuestra en los análisis que se presentan a continuación, la evolución financiera de EsSalud de los últimos años se caracteriza principalmente por una situación relativamente ajustada en la relación entre ingresos y gastos, con un comportamiento relativamente estable en la estructura de los ingresos, aunque no así la de los gastos.

**Gráfico 5.6**

**Seguros Regular y Agrario: estructura de los ingresos, según fuente (%)**



Como se muestra en el gráfico 5.6, las aportaciones (cuotas) constituyen, como es de esperar, la principal fuente de ingresos de los regímenes Regular y Agrario. En los años 2000 y 2004, los ingresos por aportaciones representaron el 93.7% y 96.8% de los ingresos totales, respectivamente; durante ese periodo, se observa una leve tendencia al aumento en la participación de las aportaciones en el total de ingresos.

La pequeña participación relativa de los ingresos financieros, está explicada por la naturaleza del régimen financiero de los seguros Regular y Agrario que administra EsSalud, según el cual se aplica la técnica del reparto, es decir, que los ingresos y los gastos se hacen coincidir durante cada periodo, de modo que la reserva técnica juega el papel de reserva de contingencia, y por ende, dado su valor relativamente reducido, no se espera que dicha reserva genere una proporción significativa de ingresos financieros (por concepto de intereses). Un análisis detallado de la reserva técnica se presenta en otra sección de este Informe.

Un aspecto destacable de la evolución de los ingresos, es su relativo estancamiento y tendencia a la reducción durante estos años, excepto en los años 2003 y 2004, donde tal comportamiento tiende a revertirse.

En cuanto al -ámbito de los gastos de EsSalud, estos entrañan diversas complejidades en razón de los diferentes conceptos involucrados en los componentes de gastos. En la Tabla 5.5

aparece la composición de los gastos consolidados de los seguros Regular y Agrario para el periodo 2000-2004.

**Tabla 5.5**  
**EsSalud: composición relativa de los gastos consolidados, 2000-2004**  
**(en porcentajes)**

Componente de gasto	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Compra de bienes	22.2	23.7	22.3	20.6	19.2
Gastos de Personal (1)	42.1	43.1	47.1	56.5	58.9
Servicios Prestados por Terceros	15.2	14.3	12.7	13.3	12.7
Tributos	1.5	1.1	0.6	0.6	0.5
Gastos diversos de gestión	0.8	0.5	0.5	0.4	0.4
Prestaciones económicas -subsidiros	10.0	6.3	6.5	6.5	6.1
Transferencias a ONP (2)	8.1	10.9	9.7	2.3	2.2

(1) Incluye pasivo pensional riesgo común del Seguro Social.

(2) Incluye pasivo pensional de riesgos profesionales

Fuente: elaboración propia con base en información suministrada por EsSalud.

De acuerdo con la información de la Tabla 5.5, durante los últimos cinco años se ha producido un importante cambio en la estructura de los gastos de EsSalud. En efecto, los gastos de personal (que incluyen el pago del pasivo de pensiones del riesgo común de los empleados del Seguro Social) crecen en importancia relativa y desplazan a las demás categorías de gastos; así, mientras que en el año 2000 los gastos de personal representaban el 42% del gasto total, hacia el año 2004 pasan a representar casi el 60% del gasto total.

Son varios los factores que explican este comportamiento. La reclasificación de la partida del pasivo pensional hacia el año 2002, provoca un incremento en la participación de los gastos de personal, pero este factor no explica todo el efecto. En efecto, se han producido aumentos significativos, en términos reales (corrigiendo por inflación) en partidas como la remuneración “básica” y las “bonificaciones”. Al mismo tiempo, en términos reales se ha contraído la compra de insumos y suministros, aproximadamente en un 10% durante los últimos cinco años; esta situación es preocupante en términos del impacto que puede estar teniendo sobre la calidad de la atención y la eficacia de las intervenciones en salud. Como se discute en el capítulo de la gestión del presente informe, los faltantes en insumos estratégicos para los servicios de salud, pueden impactar en costos adicionales por falta de oportunidad en la resolución de las intervenciones, especialmente a nivel del internamiento hospitalario.

En la Tabla 5.6 se presenta información resumida con las principales partidas de ingresos y gastos consolidados de EsSalud para los seguros Regular y Agrario. Esta información permite apreciar la situación financiera tensa que experimenta la Institución. En efecto, a la par de una contracción (en términos reales) en ciertas partidas de gastos, como es el caso de la compra de bienes, se observa un cierre paulatino de la brecha entre ingresos y gastos globales, generando un Resultado Económico que pasa de 64.8 millones de nuevos soles en el año 2000 a S/ 1.7 millones en el 2004.

**Tabla 5.6**
**EsSalud: resultados económicos consolidados -Seguros Regular y Agrario. 2000-2004.**  
 (nuevos soles corrientes)

Rubro	2000	2001	2002	2003	2004
<b>INGRESOS</b>	<b>2,845,477,152</b>	<b>2,835,971,282</b>	<b>2,821,788,949</b>	<b>2,982,346,955</b>	<b>3,182,550,560</b>
Aportaciones de asegurados	2,667,142,384	2,698,144,775	2,737,615,512	2,896,148,593	3,081,821,005
Ingresos financieros	119,373,504	98,960,687	48,581,054	38,558,760	53,252,114
Otros ingresos	58,961,274	38,865,820	35,592,383	47,639,602	47,477,441
<b>GASTOS CORRIENTES</b>	<b>2,592,681,519</b>	<b>2,605,730,495</b>	<b>2,930,473,928</b>	<b>2,921,439,010</b>	<b>3,162,351,720</b>
Compra de bienes	576,370,949	618,324,760	654,435,173	601,168,970	607,674,864
Gastos de Personal (1)	1,091,924,775	1,124,034,800	1,381,020,742	1,649,616,116	1,863,320,964
Servicios Prestados por Terceros	394,064,383	373,351,492	371,815,933	387,763,986	401,717,044
Tributos	37,829,607	29,947,288	16,163,916	16,830,992	15,884,690
Gastos diversos de gestión	21,870,921	13,311,141	13,469,474	10,652,438	13,205,086
Prestaciones económicas -subsidios	260,508,440	163,031,578	191,036,685	188,738,833	191,591,873
Transferencias a ONP (2)	210,112,444	283,729,436	284,774,974	66,667,675	68,957,199
<b>RESULTADO DE OPERACIÓN</b>	<b>252,795,633</b>	<b>230,240,787</b>	<b>(108,684,979)</b>	<b>60,907,945</b>	<b>20,198,840</b>
Más: Gastos de capital	187,971,715	34,213,956	28,265,752	13,472,346	18,372,859
<b>GASTOS GLOBALES</b>	<b>2,780,653,234</b>	<b>2,639,944,451</b>	<b>2,958,739,680</b>	<b>2,934,911,356</b>	<b>3,180,724,579</b>
<b>RESULTADO ECONÓMICO</b>	<b>64,823,918</b>	<b>196,026,831</b>	<b>(136,950,731)</b>	<b>47,435,599</b>	<b>1,825,981</b>
Ingresos reales (2000=100)	2,845,477,152	2,780,909,279	2,761,754,969	2,854,387,913	2,938,454,259
Gasto corriente real (2000=100)	2,592,681,519	2,555,138,748	2,868,127,659	2,796,093,253	2,919,804,636
Gasto global real (2000=100)	2,780,653,234	2,588,688,421	2,895,792,053	2,808,987,561	2,936,768,328
Resultado económico real (2000=100)	64,823,918	192,220,858	(134,037,084)	45,400,352	1,685,931
Cociente gastos operativos/ingresos (%)	91.1	91.9	103.9	98.0	99.4
Cociente resultado operativo /ingresos (%)	8.9	8.1	(3.9)	2.0	0.6
Cociente resultado económ./ingresos (%)	2.3	6.9	(4.9)	1.6	0.1

(1) Incluye pasivo pensional riesgo común del Seguro Social.

(2) Incluye pasivo pensional de riesgos profesionales

Fuente: Evaluaciones presupuestales EsSalud, 2000 a 2004, Gerencia Central de Finanzas.

El cociente (gasto operativo)/ingresos, subió durante los últimos cinco años, en señal de que los gastos están presionando los ingresos, pasando de 91% a 99% en el lapso analizado<sup>28</sup>. En términos reales, preocupa el bajo crecimiento de los ingresos, pues mientras que éstos crecieron solo un 3.2% en cinco años, los gastos de operación lo hicieron en una magnitud de 12.6%.

La igualación de los gastos con los ingresos no debiera verse en sí como un problema, si no fuera porque, como hemos señalado, algunas partidas de gastos han cedido en valor real (compra de bienes), probablemente por la presión que ejercen los crecientes gastos de personal, incluyendo el pasivo pensional.

A propósito, un aspecto destacable en el ámbito de la gestión de gastos, es la participación de los gastos de capital, cuyos valores se muestran en la Tabla 5.6. La inversión en bienes de capital se ha ubicado en niveles inferiores al 1% durante los últimos años, lo cual representa un factor de riesgo para una entidad que gestiona una amplia red de servicios de salud; el mantenimiento, y aumento, de la capacidad instalada de la infraestructura y equipamiento es crucial para garantizar la vigencia de EsSalud en el tiempo.

<sup>28</sup> Este indicador debe interpretarse en el sentido de que por cada 100 nuevos soles ingresados, se gastan 99 nuevos soles.

## 5.4 Escenarios y resultados finales

Una vez presentados los resultados intermedios, en esta sección se presentan los resultados finales derivados de los distintos escenarios. En primer término, se muestran los resultados del análisis de la composición de las actuales tasas de cotización a EsSalud; este es un paso indispensable para contextualizar los costos estimados en el presente trabajo para los distintos programas. En segundo lugar, se muestra información detallada para el Escenario I o Base, que como veremos, representa la situación “sin reformas”, incluyendo resultados demográficos y de utilización de servicios. Y por último, se pasa a presentar un resumen comparativo de escenarios, con tres tipos de datos para los costos durante el periodo de proyección: el costo global, el costo asistencial en salud (solo servicios de salud) y el costo percapita por asegurado.

### 5.4.1 Composición de la tasa de cotización a EsSalud

EsSalud recibe recursos por concepto de cuotas, que provienen de las siguientes fuentes:

- a) Cotizaciones al Seguro Regular, trabajadores asalariados y no asalariados
- b) Cotizaciones al Seguro Agrario, trabajadores asalariados y no asalariados
- c) Cotizaciones de pensionistas (Seguro Regular)
- d) Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR), para la población en actividades de alto riesgo
- e) Regímenes especiales (cerrado a partir de enero 2005)
- f) Seguros potestativos (nuevos regímenes de aseguramiento).

Estas cotizaciones, financian distintos tipos de programas y riesgos relacionados con el estado de la salud, ya sea por medio de las EPS o vía EsSalud, tanto en la forma de prestaciones en dinero como prestaciones en servicios de salud.

Un aspecto crítico es determinar cuál es la parte de estos recursos que efectivamente está financiando lo que podríamos denominar un Seguro de Salud en su concepto puro; la legislación vigente no es clara en ese sentido, pues por ejemplo, con las cotizaciones que van a EsSalud (una vez deducidos los aportes derivados hacia las EPS), se financian prestaciones monetarias y en servicios de salud, tanto para riesgo común (enfermedad o accidente no ocasionados por la actividad laboral) como para riesgos del trabajo (enfermedad o accidente de origen laboral) de aquellos trabajadores no protegidos por el SCTR. La separación es crítica en atención a la necesidad de “sincerar” esta situación, con miras a una futura separación financiera completa “del programa” de riesgos laborales, la cual es muy recomendable para adecuar la gestión y organización financiera del sistema de seguridad social, a los términos del Convenio 102 de la OIT. Otro motivo para realizar esta separación, es que permite a los distintos sectores contar indicadores de financiamiento estandarizados a efectos de apoyar comparaciones internacionales<sup>29</sup>.

La Tabla 5.7 suministra un resumen de los hallazgos derivados del análisis actuarial, en términos de la distribución del financiamiento. Ofrece un resumen de la composición de la prima total del 9%, con el fin de “sincerar” o reflejar el destino relativo de los recursos

---

<sup>29</sup> Lo usual es que en los demás países de la región latinoamericana, los riesgos laborales están financiados por una prima independiente de la de los seguros de salud.

recaudados, y dimensionar el costo puro del “seguro de salud”. La idea es responder a la pregunta: ¿cuál es el financiamiento efectivo que está recibiendo el Seguro de Salud? Y en general esclarecer el tema de ¿qué actividades o programas se están financiando con la contribución del 9%?

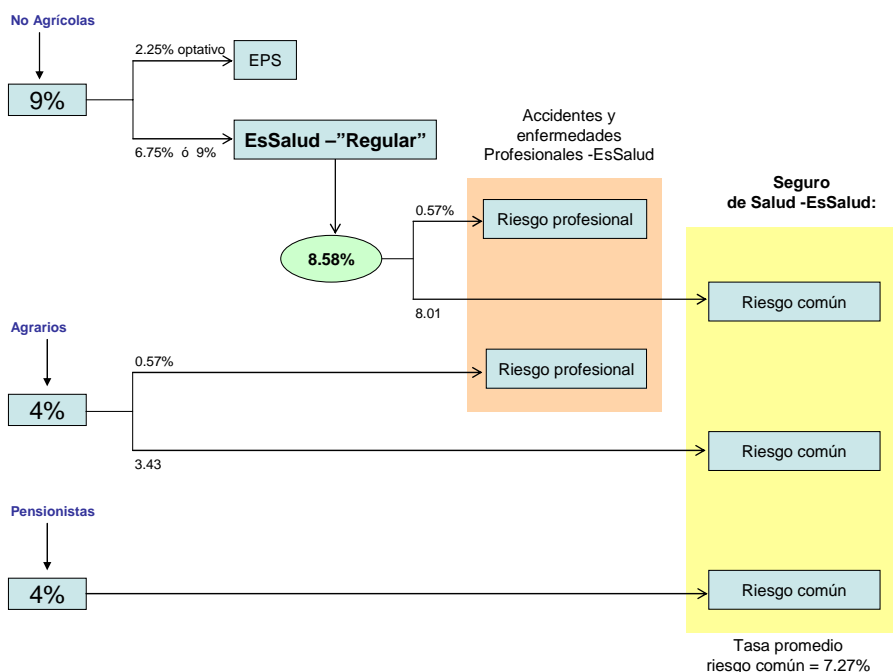
**Tabla 5.7**  
Distribución de la prima de salud, según programa: 2003.

Programa/componente	Prima	Saldo prima	% del total	% del total
<b>Prima global -regulares</b>	<b>9.00%</b>			
Menos: financiamiento EPS	0.42%	8.58%		
Prima EsSalud -Regular (incluye RP)	8.58%			
Prima EsSalud -Regular (sin RP)	8.01%			
Prima Seguro Agrario	4.00%			
Prima Seguro Agrario (sin RP)	3.43%			
Prima pensionistas	4.00%			
<b>Prima media neta (con riesgos profesionales)</b>	<b>7.75%</b>			
<b>Prima media neta EsSalud (sin riesgos profesionales)</b>	<b>7.27%</b>	7.27%	<b>100.0%</b>	
Menos: pago pasivo pensional (no salud)	0.92%	6.350%	12.7%	
<b>Prima media neta recibida por el Seguro de Salud</b>	<b>6.35%</b>			
<b>Costo ajustado -Seguro de Salud: *</b>	<b>6.35%</b>			<b>100.0%</b>
EsSalud -costo asistencial serv. salud	5.38%	0.97%	74.0%	84.8%
EsSalud -prestaciones económicas	0.58%	0.38%	8.0%	9.2%
Gasto de capital	0.03%	0.35%	0.5%	0.5%
EsSalud -administración del aseguramiento	0.35%	0.00%	4.8%	5.5%

\* En esta definición, el Seguro de Salud solo cubre riesgo de enfermedad y accidente común.

En términos gráficos, estos resultados se ilustran mediante la siguiente figura:

**Figura 5.1 Distribución de tasas de cotización según programas o riesgos cubiertos**



Para un análisis del destino del financiamiento del 9%, en la Tabla 5.7 se han separado los costos referentes al financiamiento de las EPS, el pago del pasivo de pensiones (por no considerarse un gasto en salud) y la cobertura de las prestaciones de riesgos laborales que actualmente el Seguro de Salud de EsSalud debe cubrir para los trabajadores que no están comprendidos en el SCTR.

Aislado estos costos, queda una tasa de cotización o prima efectiva disponible para el financiamiento conjunto del Seguro de Salud (Regular y Agrario) de aproximadamente 6.35% de la masa cotizante; para calcular esta tasa de cotización neta, se han ponderado las tasas ajustadas del Seguro Agrario y Seguro Regular, utilizando como ponderadoras las correspondientes masas cotizantes. Como una primera conclusión, se puede afirmar que lo que se podría considerar estrictamente como el financiamiento del “Seguro de Salud”, neto de costos no aplicables a este tipo de programas, representa en promedio un 6.35% de la base contributiva (integrada por salarios, ingresos no asalariados o pensiones).

EsSalud no dispone de registros completos para descomponer con precisión el registro de atenciones y gasto entre las prestaciones de riesgo común y riesgo profesional, de modo que en la Tabla 5.7 aparece un costo para riesgos laborales que ha sido estimado utilizando factores intermedios, en particular considerando la distribución de la afiliación por tipo de seguro y riesgo, combinada con estadísticas de EsSalud sobre frecuencia de accidentes del trabajo, ajustadas según criterio de experto. Este costo se estima en 0.57% de la masa cotizante de los asegurados directos activos, que en vista de la experiencia internacional, es un valor muy conservador y que con base en la introducción de mejoras en los sistemas de información sobre registros de producción en salud, –que consideramos muy necesarias– EsSalud podría llegar a estimar de una manera más precisa<sup>30</sup>.

#### **5.4.2 Escenarios**

La definición de escenarios del presente estudio, guarda una relación estrecha con las principales recomendaciones efectuadas en este informe, partiendo de un “Escenario Base” que recoge la situación actual (sin cambios). Se refieren a acciones tales como el fortalecimiento del primer nivel de atención en salud, con el fin de mejorar el acceso, el impacto en salud y bajar la sobre especialización de la oferta médica; la mejora en la gestión hospitalaria, que se traduce en reducciones en la estancia media (básicamente); el incremento del gasto de capital; la reducción de la derivación de demanda de los afiliados a EsSalud hacia servicios provistos por otros proveedores de servicios (MINSAs y sector privado); el traslado del financiamiento del gasto previsional fuera de EsSalud; cambios al nivel de financiamiento del Seguro Agrario; y estimación del costo de la protección de la población pensionista.

---

<sup>30</sup> Normalmente los programas nacionales de financiamiento de riesgos laborales, absorben costos sobre la planilla que pueden oscilar entre el 1.5% y 3% de la remuneración.



A continuación se realiza un detalle de los escenarios de simulación.

**Escenario I (Base).** Considera la situación actual de EsSalud, sin cambios significativos de ningún tipo, excepto en lo que se refiere a la evolución normal según las hipótesis consideradas.

**Escenario II: Fortalecer el primer nivel de atención.** Actualmente el enfoque de atención vigente en EsSalud es curativo y asistencialista, lo cual también aplica para los actuales servicios de primer nivel de atención; en consecuencia, la falta de resolución de problemas de salud en la base del conjunto de servicios de la red, provoca saturación de demanda y problemas de calidad en los niveles especializados. Por lo tanto, en este escenario se propone un fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, introduciendo un esquema de salud gestionada, con financiamiento y gestión local de tipo capitado; este primer nivel de atención podría funcionar bajo el principio de “puerta de entrada” con el fin de hacerlo más eficaz y eficiente. Para simular un fortalecimiento del primer nivel de atención, se supone un incremento del gasto per cápita anual por asegurado, pasando de un nivel actual estimado por el autor de US\$19.5 anuales por asegurado, a un nivel de US\$30.7; este último dato ha sido estimado con base en un costeo indicativo basado en datos de costos salariales del personal de EsSalud para el actual primer nivel de atención de EsSalud. Se supone que este fortalecimiento podría causar una reducción en la demanda hospitalaria, pero también que este efecto se vería compensado por una reducción en la saturación de servicios y en un incremento en la demanda por mejoras en la calidad de atención (reducción de la saturación de la demanda, combinado con reducción de la “*demanda desalentada*”, con efecto final neto nulo). Se esperaría que a futuro un fortalecimiento del primer nivel de atención pueda actuar como un factor de contención de costos (por reducción en carga de enfermedad, reducción de saturación de servicios especializados y percepción de calidad de los asegurados), pero este último efecto no se ha simulado y además no sucedería en el corto o mediano plazo.

**Escenario III. Mejora en la gestión hospitalaria (estancia media).** EsSalud puede lograr un mejoramiento de la gestión de la red de servicios, pero el impacto económico más grande de corto y mediano plazo se podría lograr en el ámbito hospitalario, en el tanto se logre abatir la actual estancia media (duración media de las hospitalizaciones), que se considera relativamente elevada. Para efectos de modelización, se supone que la estancia media hospitalaria podría ser reducida de un nivel de 5.8 días por egreso hospitalario a 5.2 días por egreso hospitalario, para una reducción relativa del 10.3% en un periodo de cinco años, a partir del 2006. Es importante mencionar que las ganancias que se puedan lograr en cuanto ahorros de costos hospitalarios, solo podrán realizarse con la introducción de conceptos de “gestión clínica”<sup>31</sup> en la red hospitalaria de EsSalud.

---

<sup>31</sup> Por “gestión clínica” se entiende el conjunto de dispositivos, procesos y sistemas hospitalarios tendientes a gestionar la relación entre el consumo de recursos por parte de los pacientes (costos) y las decisiones clínicas del

**Escenario IV. Aumentar el gasto de capital.** El nivel actual de gastos de capital, está generando una brecha de equipamiento e infraestructura que en opinión de los mismos gestores de EsSalud ocasiona falta de oportunidad en la atención, rechazo de pacientes, reducciones en la calidad de la atención y mala imagen. Por lo tanto, EsSalud debe atender a esta problemática, incrementando no solo el gasto de capital, sino también su capacidad para ejecutar un mayor gasto. En este Escenario se simula el impacto sobre el costo que estaría asociado al incremento paulatino del gasto de capital desde un nivel actual de 0.61% del gasto asistencial en el año 2003 hasta el 10% en cinco años, a partir del 2005. Cabe señalar que el indicador se define respecto a esta variable (gasto asistencial) puesto que al final, la mayor parte del gasto de capital se incorpora directamente a la red de servicios y por ende está afecto o relacionado con el nivel de gasto asistencial. Evidentemente, una política sostenida de esta naturaleza (que no parece ser la que hasta EsSalud ha seguido) demandará mayores necesidades de financiamiento, pero es indispensable para garantizar la reposición de equipo, la adecuación tecnológica, la calidad de la infraestructura de la red de servicios, y la buena imagen que EsSalud requiere para sostenerse y desarrollarse en el tiempo.

**Escenario V. Reducir la desviación de demanda hacia otros proveedores.** Se simula una reducción en la proporción de demanda de servicios de salud, por parte de la población asegurada de EsSalud, que se desvía hacia proveedores del MINSA y el sector privado (se estima que actualmente hay un desvío de demanda equivalente al menos al 30% y 20%, en consulta externa y hospitalización, respectivamente). Para los efectos de simulación, se aplica un aumento de la tasa de egresos hospitalarios del 10% y de la tasa de consulta externa en 20%, durante el periodo de proyección. Un efecto colateral cuyo impacto no se simula, es el incremento en la tasa de afiliación que esto puede generar, vía incentivos a la afiliación que se esperaría cuando mejora la calidad y el acceso.

**Escenario VI. Aumentar la cobertura.** Consiste en simular un incremento en las tasas de cobertura de la PEA asalariada y no asalariada, en un horizonte de 12 años. Las coberturas de la PEA asalariada masculina y femenina, pasan respectivamente de 46% y 37.7% en el año 2005, a 70% en el año 2015, para ambos sexos. Mientras que las tasas de cobertura de la PEA no asalariada masculina y femenina, pasan respectivamente de 0.9% y 0.5% en el año 2005, a 15% en el año 2015.

**Escenario VII. Trasladar el financiamiento del pasivo de pensiones,** a la Oficina de Normalización Previsional, ONP, con el fin de sincerar el financiamiento y gasto sectorial de la seguridad social, entre pensiones y salud. Esto implicaría que el Estado asumiría el pago de dicho pasivo con base en

impuestos generales, en vez de financiarlo con las cuotas a EsSalud. Se simula un traslado total del pago anual a partir del año 2006.

**Escenario VIII. Combinación de los anteriores escenarios.** Este Escenario combina, por lo tanto: el fortalecimiento del primer nivel de atención, la mejora en la gestión hospitalaria, el aumento del gasto de capital, la derivación de demanda desde otros proveedores hacia EsSalud por parte de la población asegurada no usuaria de EsSalud, el aumento de la cobertura y el traslado del pago del pasivo de pensiones.

**Escenario IX. Costeo del Seguro Agrario.** Consiste en estimar el gasto asistencial, con su correspondiente porción de gasto en prestaciones económicas y gasto administrativo central, utilizando los actuales parámetros del Seguro Regular y Agrario y el perfil demográfico del grupo de actuales asegurados al Agrario. Este ejercicio permite despejar la incógnita del nivel de financiamiento requerido para sostener dicho Seguro, en caso de que se decidiera seguir una política de suspender el subsidio que los trabajadores asegurados de otras ramas de actividad económica el Seguro Regular le está brindando a los trabajadores afiliados en el régimen Agrario.

**Escenario X. Costeo de la protección de pensionados.** Este escenario es ilustrativo respecto a lo que aproximadamente está costando a EsSalud la cobertura de la población de pensionados. Permite generar insumos para la toma de decisiones respecto a si debe o no fortalecerse el financiamiento del seguro de salud para los pensionados.

### 5.4.3 Escenario I (Base): principales resultados

El Escenario Base evalúa la situación del Seguro de Salud (Regular y Agrario) de EsSalud, bajo un conjunto de supuestos programáticos, económicos y demográficos, que implican una situación “sin cambios” en los parámetros internos del sistema. Así, se consideran estáticos los parámetros tales como la tasa de cobertura de la fuerza de trabajo, el acceso y las tasas de utilización de servicios ambulatorios y hospitalarios, las estancias promedio hospitalarias por sexo y edad, y los salarios promedio reales, entre otros.

Algunos fenómenos como el cambio en la estructura demográfica de la población nacional y asegurada, modificaciones en el nivel de la fecundidad y nupcialidad (v.g. nivel y distribución de hijos y cónyuges por asegurado, por sexo y edad), entre otros, sí están capturados de manera natural en los distintos escenarios, así como su impacto. Por ejemplo, un cambio en la estructura por edad de los asegurados titulares, hacia una estructura más envejecida, generará cambios en los índices globales promedio de frecuentación, aún sin que cambien los parámetros de utilización de servicios, pues la población de mayor edad muestra tasas específicas de utilización de servicios superiores que la promedio.

En la Tabla 5.8 se muestra un resumen de la proyección de la población económicamente activa, PEA, y titulares (activos y pensionados).

Aún cuando las tasas de cobertura relativa se suponen invariables en el tiempo, lo que podría considerarse como una hipótesis pesimista en términos de políticas públicas de protección social, se produciría un aumento en la cantidad de titulares, de 2.1 millones en el año 2003 a 2.7 millones en el 2015, que es el resultado de la ampliación “natural” de la PEA. Suponiendo una relación en la proporción “pensionados/PEA asalariada” que cambia conservadoramente de 15% a 19.6% entre el 2003 y el 2015, esto generaría un aumento en la cantidad de pensionados, pasando de 725.8 miles a 1.2 millones durante ese lapso. Habida cuenta de que la población pensionada tiene una edad media superior que el promedio de los asegurados directos activos, y por ende, una tasa media de utilización de servicios más elevada, cualquier aumento en la proporción de pensionados se reflejará en un aumento de los costos de los programas de salud de EsSalud.

**Tabla 5.8**  
PEA y titulares Seguro Regular y Agrario proyectados: 2003-2015

Población	2003	2004	2005	2010	2015
<b>POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA:</b>					
<b>PEA -hombres</b>	<b>7,257,004</b>	<b>7,313,413</b>	<b>7,424,862</b>	<b>8,216,742</b>	<b>9,015,037</b>
PEA-asalariada, hombres	3,002,623	3,025,963	3,072,075	3,399,720	3,730,018
PEA-NOasalariada, hombres	4,254,381	4,287,451	4,352,787	4,817,022	5,285,018
<b>PEA -mujeres</b>	<b>6,048,565</b>	<b>6,097,081</b>	<b>6,191,566</b>	<b>7,179,806</b>	<b>8,230,705</b>
PEA asalariada, mujeres	1,827,732	1,842,392	1,870,943	2,169,566	2,487,123
PEA-NOasalariada, mujeres	4,220,833	4,254,689	4,320,622	5,010,240	5,743,582
<b>PEA -total</b>	<b>13,305,569</b>	<b>13,410,495</b>	<b>13,616,428</b>	<b>15,396,548</b>	<b>17,245,741</b>
<b>ASEGURADOS DIRECTOS ACTIVOS:</b>					
<b>ADA asalariados -total</b>	<b>2,069,152</b>	<b>2,085,407</b>	<b>2,117,365</b>	<b>2,380,520</b>	<b>2,652,030</b>
ADA asalariados -hombres	1,380,487	1,391,218	1,412,419	1,563,056	1,714,915
ADA asalariados -mujeres	688,665	694,189	704,947	817,464	937,115
<b>ADA NO asalariados -total</b>	<b>60,702</b>	<b>61,179</b>	<b>62,118</b>	<b>69,978</b>	<b>78,108</b>
ADA NO asalariados -hombres	37,910	38,205	38,787	42,923	47,094
ADA NO asalariados -mujeres	22,792	22,975	23,331	27,055	31,015
<b>ADA total</b>	<b>2,129,854</b>	<b>2,146,586</b>	<b>2,179,483</b>	<b>2,450,499</b>	<b>2,730,138</b>
<b>ASEGURADOS TITULARES:</b>					
<b>SEGURO REGULAR</b>	<b>1,949,108</b>	<b>1,952,768</b>	<b>1,970,864</b>	<b>2,149,431</b>	<b>2,320,617</b>
ADA Asalariados	1,948,805	1,952,489	1,970,606	2,149,286	2,320,617
ADA NO asalariados	302	279	258	145	-
<b>SEGURO AGRARIO</b>	<b>99,597</b>	<b>109,903</b>	<b>121,257</b>	<b>190,692</b>	<b>273,014</b>
ADA Asalariados	71,797	75,275	79,387	105,892	136,507
ADA NO asalariados	27,801	34,628	41,869	84,800	136,507
<b>REGÍMENES ESPECIALES</b>	<b>81,149</b>	<b>74,971</b>	-	-	-
ADA Asalariados	48,550	44,854	-	-	-
ADA NO asalariados	32,599	30,117	-	-	-
<b>PENSIONADOS -titulares</b>	<b>725,806</b>	<b>750,072</b>	<b>780,417</b>	<b>985,437</b>	<b>1,218,560</b>
Pensionados -titulares hombres	386,053	398,960	415,100	524,149	648,146
Pensionados -titulares mujeres	339,753	351,112	365,317	461,288	570,413
<b>GLOBAL TITULARES</b>	<b>2,855,660</b>	<b>2,896,659</b>	<b>2,872,538</b>	<b>3,325,560</b>	<b>3,812,191</b>

Fuente: estimados con el modelo de proyecciones, a partir de información de EsSalud y ENAHO 2003.

Indicadores básicos sobre la cantidad y distribución relativa de asegurados totales, por sexo y edad, se presentan en la Tabla 5.9.

Como se observa, aún en ausencia de cambios en las condiciones de cobertura, se esperaría un aumento en la proporción de asegurados en las edades superiores, reflejando alguna tendencia al envejecimiento de la población asegurada, que como ya mencionamos, implica incrementos en la estructura y nivel de la demanda de servicios, y por lo tanto, en el nivel de costos de EsSalud.

El envejecimiento es un fenómeno muy conocido a nivel internacional, cuyas manifestaciones se empezarán a sentir con más fuerza sobre los costos del sistema de seguridad social de el Perú durante las siguientes décadas. Por ejemplo, solo durante la presente década, la proporción de asegurados de 60 y más años, pasará de 11.6% del total en el año 2003 a 13.6% en el 2015, para un aumento total de 2 puntos porcentuales. Es muy probable que si se cumplen las hipótesis demográficas contenidas en las proyecciones de población, esta tendencia se acelerará.

**Tabla 5.9**  
**Asegurados totales proyectados, por sexo y edad: 2003-2015**

Edad/sexo	2003	2004	2005	2010	2015
<b>Ambos sexos</b>	<b>7,093,535</b>	<b>7,170,416</b>	<b>7,301,781</b>	<b>8,317,058</b>	<b>9,386,810</b>
Hombres	3,416,098	3,451,715	3,513,524	3,975,536	4,458,669
Mujeres	3,677,437	3,718,701	3,788,257	4,341,522	4,928,141
<b>Todas las edades</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
Menos de 15 años	35.2	35.1	34.9	34.4	33.8
15 a 59	53.2	53.2	53.1	52.9	52.6
60 y más años	11.6	11.7	11.9	12.8	13.6
<b>Todas las edades</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
0 a 4	9.2	9.2	9.2	9.0	8.9
5 a 9	11.8	11.8	11.7	11.5	11.4
10 a 14	14.1	14.1	14.0	13.8	13.6
15 a 19	9.3	9.3	9.2	9.1	8.9
20 a 24	3.4	3.4	3.4	3.3	3.2
25 a 29	6.7	6.7	6.6	6.3	6.1
30 a 34	6.6	6.6	6.6	6.4	6.2
35 a 39	7.3	7.3	7.3	7.2	7.1
40 a 44	6.1	6.2	6.2	6.2	6.2
45 a 49	5.4	5.4	5.4	5.5	5.6
50 a 54	4.6	4.7	4.7	5.0	5.2
55 a 59	3.7	3.7	3.8	3.9	4.1
60 a 64	3.3	3.4	3.4	3.5	3.7
65 a 69	2.7	2.8	2.8	3.0	3.2
70 a 74	2.3	2.4	2.4	2.6	2.8
75 y más años	3.2	3.2	3.3	3.6	3.9

Con base en las proyecciones de población, se presentan a continuación un conjunto de indicadores demográficos proyectados. La cobertura global de la PEA, prácticamente no cambiaría durante el horizonte de proyección; la proporción de mujeres desplazaría levemente la de los hombres; la proporción de asegurados titulares mayores de 60 años subiría de manera no despreciable, desde 21.2% en el 2003 a 25% en el 2015.

Tabla 5.10  
Indicadores demográficos proyectados: 2003-2015

Indicador	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cobertura de la PEA (%):	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	15.9	15.9	15.9	15.9	15.9	15.8	15.8
Asalariada	42.8	42.8	42.8	42.8	42.8	42.8	42.8	42.7	42.7	42.7	42.7	42.7	42.7
No asalariada	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
Cobertura Pobl. Nacional (%):	26.0	26.1	26.1	26.5	26.8	27.1	27.4	27.8	28.1	28.4	28.7	29.0	29.4
Hombres	24.9	24.9	25.0	25.3	25.6	25.8	26.1	26.4	26.7	27.0	27.2	27.5	27.8
Mujeres	27.1	27.2	27.3	27.6	28.0	28.4	28.7	29.1	29.5	29.8	30.2	30.6	30.9
Titulares por sexo (%):	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Hombres	66.6	66.6	66.6	66.4	66.2	65.9	65.7	65.5	65.3	65.1	64.9	64.7	64.5
Mujeres	33.4	33.4	33.4	33.6	33.8	34.1	34.3	34.5	34.7	34.9	35.1	35.3	35.5
Titulares por grupo edad (%):	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Menos de 15 años	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
15 a 59	78.3	78.0	77.6	77.3	77.0	76.6	76.3	76.0	75.7	75.4	75.0	74.7	74.4
60 y más	21.2	21.6	21.9	22.2	22.6	22.9	23.2	23.5	23.8	24.1	24.4	24.7	25.0
Asegurados x grupo edad (%):	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Menos de 15 años	35.2	35.1	34.9	34.8	34.7	34.6	34.5	34.4	34.3	34.2	34.1	33.9	33.8
15 a 59	53.2	53.2	53.1	53.1	53.0	53.0	52.9	52.9	52.8	52.8	52.7	52.7	52.6
60 y más	11.6	11.7	11.9	12.1	12.3	12.4	12.6	12.8	12.9	13.1	13.2	13.4	13.6
Dependientes por titular:	1.48	1.48	1.47	1.46	1.45	1.44	1.43	1.42	1.41	1.40	1.39	1.39	1.38
Cónyuges	0.34	0.34	0.34	0.34	0.34	0.34	0.34	0.33	0.33	0.33	0.33	0.33	0.33
Hijos	1.14	1.13	1.13	1.12	1.11	1.10	1.09	1.09	1.08	1.07	1.06	1.06	1.05

En la Tabla 5.10 se ha agregado el índice de dependientes por titular. Su estimación se deriva del procesamiento de la afiliación de la Encuesta Nacional de Hogares, ENAHO, del año 2003, la cual a su vez se ha validado con estimaciones internas de EsSalud. Tal y como lo muestra la proyección, dados los cambios en la fecundidad y en la estructura por edades de la población nacional y asegurada, es de esperar una reducción en la proporción de derechohabientes (asegurados indirectos). Mientras la fecundidad siga bajando y el envejecimiento ganando terreno, este es factor (pocas veces mencionado en la literatura) que actúa a favor de la reducción de costos. Bajo las hipótesis demográficas planteadas, se espera una leve reducción en el índice de cónyuges por titular, de 0.34 a 0.33; y una disminución, menos leve, en el índice de hijos derechohabientes por titular, de 1.14 a 1.05, la que muy probablemente se acentúe a futuro.

Debido a cada escenario genera una enorme cantidad de información intermedia respecto a utilización y costo de servicios de salud, imposible de detallar en este informe por su gran volumen, se ha preparado un resumen de cifras sobre utilización de servicios de salud, el cual aparece en la Tabla 5.11.

**Tabla 5.11**  
Indicadores de utilización de servicios de salud, proyectados: 2003-2015

Indicador	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Consultas por asegurado:	2.3	2.3	2.3	2.3	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4
Hombres	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
Mujeres	2.6	2.6	2.6	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7
Egresos hospital por asegurado:	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06
Hombres	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04
Mujeres	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07
Estancias hosp. x asegurado:	0.31	0.31	0.31	0.32	0.32	0.32	0.32	0.32	0.32	0.33	0.33	0.33	0.33
Hombres	0.29	0.29	0.29	0.30	0.30	0.30	0.30	0.31	0.31	0.31	0.31	0.32	0.32
Mujeres	0.33	0.33	0.33	0.33	0.33	0.34	0.34	0.34	0.34	0.34	0.34	0.34	0.34
Estancia hospitalaria media	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8	5.9	5.9	5.9	5.9	5.9
Hombres	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3
Mujeres	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.1	5.1	5.1
Consultas totales x Aseg. Directo Activo	7.7	7.8	7.8	7.9	7.9	8.0	8.0	8.1	8.2	8.2	8.3	8.3	8.4
Egresos totales x Aseg. Directo Activo	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Estancias totales x Aseg. Dir. Activo	1.0	1.0	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1
Egresos hospit. x consulta	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
Estancias hosp. x consulta	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14
Incapacid. laborales x Aseg. Dir. Activo	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
Días incapacidad x Aseg. Dir. Activo	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6

En el Escenario Base, la tasa de consultas médicas, días estancia y egresos de hospital, tenderían a subir levemente, tanto para hombres como para mujeres. La estancia media hospitalaria (duración media de la hospitalización) experimentaría también un pequeño aumento. El efecto directo de estos cambios es la elevación del costo del programa.

Los resultados de las estimaciones y proyecciones financieras del Escenario Base, con su respectivo costo actuarial, se presentan a continuación, para algunos años seleccionados; estos valores están expresados en términos reales, en nuevos soles constantes del año 2003.

Conviene destacar que las cifras financieras mostradas en estos escenarios, no coinciden exactamente con las generados directamente por los estados financieros de EsSalud (y que aparecen en otras tablas del presente Informe), por dos razones: i) estas cifras son específicas para el consolidado de los seguros Regular y Agrario, y ii) por aspectos metodológicos, la calibración del modelo se centra en el año 2003, y por tratarse de valores calibrados a través de un modelo donde interviene una multitud de parámetros, representan aproximados muy cercanos a las cifras reales.



**Tabla 5.12**  
**Proyecciones financieras Seguro Regular y Agrario, 2003-2015.**  
 (en millones de nuevos soles)

Componente	2003	2004	2005	2010	2015
<b>Ingresos:</b>	<b>2,753.7</b>	<b>2,755.7</b>	<b>2,699.6</b>	<b>3,004.1</b>	<b>3,312.4</b>
Cuotas	2,679.7	2,687.1	2,632.1	2,928.4	3,228.1
Inversiones financieras	38.6	32.9	32.2	35.9	39.5
Otros ingresos	35.5	35.7	35.2	39.8	44.7
<b>Gastos:</b>	<b>2,663.2</b>	<b>2,716.6</b>	<b>2,787.2</b>	<b>3,280.5</b>	<b>3,847.8</b>
Asistencial	1,980.8	2,022.5	2,076.8	2,450.3	2,882.4
Prestaciones económicas	214.6	216.5	220.0	251.5	284.7
Administración	129.2	132.0	135.5	159.9	188.1
Pensiones	338.5	345.7	354.9	418.8	492.6
<b>Resultado de operación</b>	<b>90.5</b>	<b>39.1</b>	<b>-87.6</b>	<b>-276.4</b>	<b>-535.5</b>
Gasto de capital	12.1	12.3	12.6	14.9	17.5
<b>Gasto global</b>	<b>2,675.2</b>	<b>2,728.9</b>	<b>2,799.9</b>	<b>3,295.4</b>	<b>3,865.4</b>
<b>Resultado económico</b>	<b>78.5</b>	<b>26.8</b>	<b>-100.3</b>	<b>-291.3</b>	<b>-553.0</b>
Masa cotizante	36,797.3	37,028.9	36,513.4	41,318.4	46,331.4
Resultado operac / ingresos	3.3%	1.4%	-3.2%	-9.2%	-16.2%
Gasto/ingresos, %	97.1%	99.0%	103.7%	109.7%	116.7%
Costo asistencial	5.38%	5.46%	5.69%	5.93%	6.22%
Costo prestac. Económicas*	0.70%	0.70%	0.73%	0.76%	0.79%
Costo administración	0.35%	0.36%	0.37%	0.39%	0.41%
Costo pensiones	0.92%	0.93%	0.97%	1.01%	1.06%
<b>Costo, % masa cotizante</b>	<b>7.27%</b>	<b>7.37%</b>	<b>7.67%</b>	<b>7.98%</b>	<b>8.34%</b>

Considerando la situación financiera de los Seguros Regular y Agrario (en su componente puro de seguro de salud), conjuntamente se esperaría la generación de un resultado económico anual negativo a partir del 2005, por un valor en nuevos soles del 2003 equivalente a 100.3 millones; déficit que en el Escenario Base se prolonga y se incrementa a lo largo de todo el horizonte de proyección.

Para el año inicial de la estimación, 2003, el costo se estima en 7.27% de la masa salarial; esta estimación resulta de dividir el gasto global de 2,675.2 millones de nuevos soles por el total de salarios e ingresos que conforman la base cotizable, denominado “masa cotizable” y equivalente a 36,797 millones de nuevos soles.

Este costo se compone fundamentalmente de costo asistencial (5.4% de la masa cotizante) y costo de prestaciones económicas (0.7% de la masa cotizante, neta de pagos por riesgos laborales); más una pequeña fracción de costo administrativo (0.35%). Se distingue también el costo de atender la deuda provisional (pensiones); que para los efectos se anota como parte del costo de EsSalud, aunque en realidad se trata de un gasto de transición del sistema de pensiones públicas.

Como se explicó en la sección anterior, la diferencia entre el costo total ajustado de 7.27% y la tasa de cotización nominal del 9% vigente, obedece a la existencia de otros componentes financiados, a saber: (i) la derivación de una fracción de la cotización hacia las EPS para cierto conjunto de empresas adscritas a la EPS; (ii) la cobertura de riesgos laborales (costo de



EsSalud de atender los accidentes y enfermedades profesionales de empresas no cubiertas actualmente por el SCTR), y (iii) la separación del pasivo pensional.

Es importante destacar los resultados de este escenario, en términos de los riesgos implícitos en un escenario basado en el “status quo”, particularmente en lo que tiene que ver con la sostenibilidad de la Institución en el mediano y largo plazo. Con un seguro de salud caracterizado por el incremento secular de los costos, que ya empieza a reflejarse en este escenario, se requerirán, aparte de medidas para racionalizar los costos, incrementos en el financiamiento; estos incrementos en el financiamiento requerirán el voto favorable de los distintos sectores que de manera directa o indirecta participan en el financiamiento de EsSalud.

Un análisis complementario tiene que ver con la comparación de las magnitudes proyectadas en relación con el Producto Bruto Interno (PBI), con el fin de brindar un panorama general del esfuerzo-país en el financiamiento de la seguridad social en salud y su evolución probable futura. A tales efectos, la proyección del PBI considera una tasa de crecimiento anual real del 3%. No se deben interpretar los resultados de este ejercicio como pronósticos, sino como indicadores aproximados del orden de magnitud del fenómeno en el mediano plazo. Los resultados aparecen en la Tabla 5.13.

**5.13**  
**Proyecciones financieras respecto al PBI: 2003-2015.**  
**(en porcentajes del PBI)**

Componente	2003	2004	2005	2010	2015
<b>Masa cotizante</b>	17.35	16.95	16.23	15.84	15.32
<b>Ingresos</b>	1.30	1.26	1.20	1.15	1.10
<b>Gasto corriente:</b>	1.26	1.24	1.24	1.26	1.27
Asistencial	0.93	0.93	0.92	0.94	0.95
Prestaciones económicas	0.10	0.10	0.10	0.10	0.09
Administración	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06
Pensiones	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16
<b>Resultado económico</b>	0.04	0.01	-0.04	-0.11	-0.18

Como se puede observar, este conjunto específico de proyecciones para el Escenario Base, generan una proyección de la masa cotizante como porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI), decreciente a lo largo del tiempo, pasando de 17.3% en el 2003 a 15.3% en el año 2015. La definición de masa cotizante incluye los salarios e ingresos cotizables los asegurados directos activos dependientes, y los ingresos de los pensionistas.

Dados los actuales niveles de cotización, los ingresos pasarían de representar el 1.3% del PBI en el año 2003 a 1.1% en el año final de la proyección. En cuanto al gasto corriente, según las hipótesis adoptadas, éste representa un 1.26% en el 2003, con un ligero aumento para llegar al 1.27% en el año 2015. En consecuencia, el resultado económico crecería durante el periodo considerado.

#### 5.4.4 Resumen de escenarios

En lo que sigue del presente capítulo, se presenta información comparativa y diversos análisis, referentes a los diez escenarios costeados. La Tabla 5.14 resume el concepto de costo total del seguro de salud, exclusivamente para protección de riesgo común.

**Tabla 5.14**  
Resumen de costo total proyectado: todos los escenarios: 2003-2015.  
Solo Seguro de Salud Regular y Agrario

Escenario	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Esc. I -Base	7.3%	7.4%	7.7%	7.7%	7.8%	7.8%	7.9%	8.0%	8.0%	8.1%	8.2%	8.3%	8.3%
Esc. II -Fortalec. Nivel I	7.3%	7.4%	7.5%	7.5%	8.0%	8.3%	8.6%	8.9%	9.0%	9.1%	9.2%	9.3%	9.4%
Esc. III -Mejora gestión hospit.	7.3%	7.3%	7.4%	7.4%	7.5%	7.5%	7.6%	7.6%	7.7%	7.8%	7.8%	7.9%	8.0%
Esc. IV - Aumentar gasto capital	7.3%	7.4%	7.5%	7.7%	8.1%	8.2%	8.3%	8.4%	8.5%	8.6%	8.7%	8.8%	8.9%
Esc. V -Reducir derivación demanda	7.3%	7.4%	7.6%	7.7%	7.9%	8.0%	8.2%	8.3%	8.5%	8.7%	8.8%	9.0%	9.2%
Esc. VI -Aumentar cobertura	7.3%	7.4%	7.5%	7.3%	7.2%	7.1%	7.1%	7.1%	7.1%	7.1%	7.1%	7.2%	7.2%
Esc. VII -Trasladar pago pensiones	7.3%	7.4%	7.5%	6.6%	6.6%	6.7%	6.8%	6.9%	6.9%	7.0%	7.1%	7.2%	7.3%
Esc. VIII -Combinación anteriores	7.3%	7.4%	7.5%	6.6%	7.3%	7.4%	7.6%	7.8%	7.8%	7.9%	7.9%	8.0%	8.1%
Esc. IX -Seguro Agrario	11.9%	12.0%	12.1%	12.1%	12.2%	12.2%	12.3%	12.3%	12.4%	12.5%	12.5%	12.6%	12.6%
Esc. X -Protección pensionistas	9.4%	9.4%	9.5%	9.6%	9.7%	9.8%	9.9%	10.0%	10.1%	10.1%	10.2%	10.3%	10.4%

Nota: el costo global incluye la prima pura por prestaciones en salud y económicas, más el gasto de administración y pasivos pensionales.

Hay dos escenarios en los cuales habría una reducción de los costos totales imputables al seguro de salud, en comparación con los del año inicial: a) el aumento de la cobertura, y b) el traslado del pasivo de pensiones a la ONP.

**Aumento de la cobertura.** Si se aumenta la cobertura en los términos del Escenario VI, el costo total bajaría de 7.3% a 7.1% en el año 2010 y a 7.2% en el 2015; en realidad, un aumento de la cobertura alargaría el periodo de financiamiento a cotización más o menos constante, debido principalmente a que la participación contributiva de más personas no generaría costos incrementales exactamente proporcionales al volumen de afiliación: existe un componente de costos fijos o semivARIABLES, que explica este efecto. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que los parámetros del Escenario Base no consideran ninguna mejora en el gasto de capital (infraestructura y equipamiento), y no asume mejoras en las condiciones de acceso y calidad de servicio, de modo que este escenario puede ser plausible únicamente cuando se le combina con alguno de los restantes escenarios que tienen a mejorar tales elementos.

**Traslado del pasivo de pensiones a la ONP.** Como se puede observar en las proyecciones, este sería un mecanismo mediante el cual se podrían contrarrestar necesidades de financiamiento adicional en el corto y mediano plazo. El costo bajaría de 7.3% a 6.6% entre los años 2003 y 2006, lo que permitiría afrontar los próximos dos lustros con un financiamiento constante, lo cual es un factor sumamente positivo ante la perspectiva de que inevitablemente habrá otros factores que presionen para un aumento “natural” del costo, o bien, será indispensable aplicar medidas críticas para mejorar y sostener el Seguro, que según los escenarios analizados generarían costos incrementales.

En sentido opuesto, otras acciones como la implementación de un primer nivel de atención con enfoque de gestión de riesgo, el fortalecimiento de las inversiones de capital (infraestructura y

equipo), y la reducción de la derivación de demanda hacia otros proveedores (atracción de demanda desalentada de afiliados propios), implicarían aumentos en el nivel de costos por encima del nivel vigente en el año inicial 2003. Se trata de tres medidas de fortalecimiento institucional indispensables para la misma sobrevivencia de EsSalud; su no aplicación colocarían al seguro de salud gestionado por EsSalud en una posición débil, en términos de imagen y aceptación política, de cara a los objetivos de permanencia y desarrollo de la seguridad social.

Una tercera agrupación de los escenarios explorados contempla dos escenarios en los cuales si bien los costos crecerían, su evolución se daría por debajo del Escenario Base: a) mejoras en la gestión hospitalaria, y b) combinación de escenarios. Ambos presentan ganancias en términos de ahorro de costos.

**Mejoras en la gestión hospitalaria.** La introducción de conceptos de gestión clínica en los hospitales, aprovechando la vasta experiencia internacional acumulada en las últimas décadas, podrían impactar no solo la duración de la estancia hospitalaria, que como vimos es relativamente elevada, sino el costo directo de las intervenciones hospitalarias.

**Combinación de varias acciones.** Un elemento sumamente positivo que se deriva del presente análisis, es la conclusión de que pueden lograrse resultados favorables en términos de ahorros de costos, mediante una combinación de acciones. Este conjunto de medidas implicarían que hacia el año 2015, en vez de llegar con un nivel de costos de 8.3%, se alcance un nivel de 8.1%. A excepción del costo incremental que representaría para el Gobierno Central asumir el pasivo pensional (cargado a la ONP), el resto de medidas están bajo control directo de EsSalud. Cabe destacar dos aspectos respecto al pasivo pensional: i) de no trasladarse a la ONP, habría de separar su costo, del costo de administración de EsSalud, así como del gasto público en salud imputable en el esquema de cuentas nacionales en salud; ello en aras de “sincerar” las cuentas de financiamiento público a nivel de país; y ii) si no se traslada el pasivo de pensiones, tarde o temprano habrá que elevar la tasa de cotización, para cubrir el aumento esperado en los costos (aún en un escenario de “subsistencia”).

**Seguro Agrario.** Aunque no se cuenta con una base de información de utilización de servicios suficiente para evaluar en forma plena el financiamiento del Seguro Agrario, la asimilación de las condiciones de frecuentación de servicios del colectivo cubierto a las del Seguro Regular, permite una aproximación adecuada. La base de financiamiento de este colectivo de trabajadores es inferior a la del Seguro Regular por dos razones: tiene una tasa de cotización más baja, y una base salarial más baja. Esto se ve compensados, aunque apenas parcialmente, por un costo capitado comparativamente más bajo que el del colectivo completo del Seguro Regular. Si se buscara su autofinanciamiento, se estima, conservadoramente, que el Seguro Agrario requeriría un ajuste inmediato de la prima o tasa de cotización al 11.9%, con tendencia creciente hasta 12.6%. Atendiendo a los principios de solidaridad, pero también de equidad en el financiamiento, al menos la tasa de cotización habría de ajustarse al 9%, para equipararla a la del Seguro Regular. La no aprobación de una medida en esa línea, solamente generará mayor presión sobre la calidad e imagen de los servicios de EsSalud.

**Aseguramiento de los pensionistas.** La población de pensionistas seguirá creciendo en los próximos años, a un ritmo más fuerte conforme transcurra el envejecimiento. La evolución simulada en este trabajo en el volumen de población pensionada, es conservadora, pero suficiente para reflejar la necesidad de incrementos en el nivel de financiamiento. Como se

puede observar en la Tabla 5.16, el costo capitado de atención de este grupo de población, es significativamente superior que el del resto de asegurados, lo cual está explicado por su fuerte composición de personas de tercera edad. Con el proceso de envejecimiento, el costo medio de atención en salud crecerá fuertemente, agudizando las necesidades de financiamiento adicional.

**Tabla 5.15**  
Prima pura de las prestaciones asistenciales en salud. Todos los escenarios: 2003-2015  
Seguros Regular y Agrario

Escenario	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Esc. I -Base	5.4%	5.5%	5.7%	5.7%	5.8%	5.8%	5.9%	5.9%	6.0%	6.0%	6.1%	6.2%	6.2%
Esc. II -Fortalec. Nivel I	5.4%	5.5%	5.5%	5.6%	6.0%	6.2%	6.5%	6.7%	6.8%	6.9%	6.9%	7.0%	7.1%
Esc. III -Mejora gestión hospit.	5.4%	5.4%	5.5%	5.5%	5.5%	5.6%	5.6%	5.7%	5.7%	5.8%	5.8%	5.9%	5.9%
Esc. IV - Aumentar gasto capital	5.4%	5.5%	5.5%	5.6%	5.7%	5.7%	5.8%	5.8%	5.9%	6.0%	6.1%	6.1%	6.2%
Esc. V -Reducir derivación demanda	5.4%	5.5%	5.6%	5.7%	5.9%	6.0%	6.1%	6.2%	6.4%	6.5%	6.6%	6.8%	6.9%
Esc. VI -Aumentar cobertura	5.4%	5.5%	5.5%	5.4%	5.3%	5.2%	5.2%	5.1%	5.1%	5.1%	5.2%	5.2%	5.2%
Esc. VII -Trasladar pago pensiones	5.4%	5.5%	5.5%	5.6%	5.7%	5.7%	5.8%	5.8%	5.9%	6.0%	6.1%	6.1%	6.2%
Esc. VIII -Combinación anteriores	5.4%	5.5%	5.6%	5.4%	5.7%	5.8%	6.0%	6.1%	6.1%	6.2%	6.2%	6.2%	6.3%
Esc. IX -Seguro Agrario	9.8%	9.9%	9.9%	10.0%	10.0%	10.1%	10.1%	10.2%	10.2%	10.3%	10.3%	10.4%	10.4%
Esc. X -Protección pensionistas	8.6%	8.6%	8.7%	8.8%	8.9%	8.9%	9.0%	9.1%	9.2%	9.3%	9.4%	9.5%	9.5%

En la Tabla 5.15 se muestra la estimación de la prima pura o tasa de cotización (en costo asistencial) de suministrar los servicios de salud, bajo los distintos escenarios. Es destacable la evolución “natural” de aumento que experimentaría el costo asistencial, que explica gran parte del aumento en el costo total del programa.

Por último, la Tabla 5.16 ilustra el valor del costo capitado total del seguro de salud. Destaca, por un lado, el aumento esperado en el gasto anual por asegurado, desde 377.1 nuevos soles en el año 2003, a 411.8 soles en el 2015, para el Escenario Base, para un aumento total del 9% en un lapso de doce años.

**Tabla 5.16**  
Costo per capita anual -por asegurado: 2003-2015.  
Seguros Regular y Agrario (en nuevos soles)

Escenario	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Esc. I -Base	377.1	380.6	383.4	385.8	388.3	390.9	393.5	396.2	399.2	402.2	405.3	408.5	411.8
Esc. II -Fortalec. Nivel I	377.1	380.6	383.4	385.8	410.0	423.4	436.9	450.5	453.4	456.5	459.6	462.8	466.0
Esc. III -Mejora gestión hospit.	377.1	378.5	379.2	379.4	379.6	379.7	379.9	380.1	380.4	380.7	381.0	381.3	381.5
Esc. IV - Aumentar gasto capital	377.1	380.6	383.9	392.8	415.5	418.3	421.1	424.0	427.2	430.5	433.8	437.3	440.8
Esc. V -Reducir derivación demanda	377.1	383.6	389.6	395.2	401.0	407.0	413.2	419.5	426.2	433.1	440.1	447.4	454.8
Esc. VI -Aumentar cobertura	377.1	380.6	383.4	374.1	366.8	361.0	356.5	352.9	350.3	348.3	346.8	345.8	345.2
Esc. VII -Trasladar pago pensiones	377.1	378.9	381.7	335.2	337.3	339.5	341.8	344.1	346.6	349.2	351.9	354.6	357.4
Esc. VIII -Combinación anteriores	377.1	381.5	385.8	336.1	370.0	375.6	382.4	390.0	388.4	387.2	386.6	386.4	386.5
Esc. IX -Seguro Agrario	262.0	264.0	265.7	267.2	268.7	270.2	271.8	273.4	275.2	277.0	278.8	280.6	282.5
Esc. X -Protección pensionistas	524.3	529.0	533.6	538.3	543.0	547.8	552.7	557.6	562.6	567.7	572.9	578.1	583.5

## Capítulo 6. Aplicación de la Parte II, Convenio 102 de OIT

---

### 6.1 Generalidades

El Convenio de OIT número 102 sobre Seguridad Social (de 1952), conocido como “*Norma Mínima de la Seguridad Social*”, precisa el contenido internacional de la seguridad social; comprende las nueve ramas de la seguridad social respecto de las cuales los países miembros de la Organización adquieren compromisos respecto a los niveles básicos de tutela correspondientes a la aplicación de los programas nacionales de seguridad social.

Las nueve ramas de prestaciones comprendidas en el Convenio, comprenden la asistencia médica, prestaciones monetarias por enfermedad, prestaciones de desempleo, prestaciones de vejez, accidentes del trabajo y enfermedad profesional, prestaciones familiares, maternidad, invalidez, y sobrevivientes.

Respecto de estas nueve ramas, en 1961 Perú ratificó el Convenio con la aceptación de las siguientes partes: Parte II (prestaciones de asistencia médica); Parte III (prestaciones monetarias de enfermedad); Parte V (prestaciones de vejez); Parte VIII (prestaciones de maternidad); y Parte IX (prestaciones de invalidez). Con las excepciones temporales que figuran en los artículos 9,d); 12,2; 15,d); 18,2; 27,d); 48,c) y 55,d).

### 6.2 Observaciones de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones, referentes al régimen de asistencia de salud de EsSalud

En virtud de la observación CEACR 2004, 75ª reunión, la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones, emitió observaciones específicas respecto al régimen de asistencia de salud administrado por EsSalud.

A tales efectos, la Comisión tomó nota de las informaciones proporcionadas por el Gobierno en su memoria así como de los documentos adjuntos en anexo a ésta. Así también, tomó nota con



interés de que la OIT ha proporcionado asistencia técnica a las autoridades competentes peruanas con vistas a mejorar la aplicación del Convenio.

Específicamente, respecto a la Parte II (Asistencia médica), artículo 10 del Convenio (en relación con el artículo 8), se solicitó suministrar informaciones sobre la asistencia médica, comprendidas las visitas a domicilio, sin condición de edad. Al respecto, el Gobierno indicó en su memoria que existen diferentes vías a través de las cuales el sistema de Seguro Social de Salud (ESSALUD) proporciona visitas y asistencia a domicilio, entre las cuales figura el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) dirigido a las personas mayores de 70 años y a los menores de 70 con limitaciones físicas. Además del PADOMI, el Gobierno se refirió a los centros asistenciales de atención primaria y secundaria visitas a domicilio para seguimiento de pacientes sin distinción de edad, como una acción sobre la familia de los usuarios con determinado riesgo o para el seguimiento del tratamiento, así como a las visitas a domicilio realizadas por los servicios de los grandes hospitales de nivel terciario. La Comisión tomó nota de estas indicaciones, así como de las informaciones estadísticas relacionadas proporcionadas por el Gobierno. La memoria del Gobierno ha proporcionado informaciones relativas al sistema ESSALUD; sin embargo, se mantiene vigente la solicitud de la Comisión según la cual se solicita al Gobierno que indique, a través de informaciones estadísticas, cuál es la situación respecto a las visitas a domicilio de las personas afiliadas a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS).

Así también, respecto a la Parte II (Asistencia médica), artículo 9, parte III (Prestaciones de enfermedad), artículo 15, y parte VIII (Prestaciones de maternidad), artículo 48, la Comisión ha tomado nota de las informaciones y de las estadísticas proporcionadas por el Gobierno sobre la prestación en el marco de ESSALUD de asistencia y prestaciones en los departamentos de Amazonas, Apurímac, Huancavelica, Huánuco, Madre de Dios, Moquegua y Pasco. No obstante, la Comisión ha tomado nota de la indicación del Gobierno según la cual el sistema de las EPS no ha recibido, en las zonas mencionadas, demandas de afiliación, debido al número reducido de trabajadores formales en estas zonas; y por ende, ha planteado al Gobierno que la mantenga informada sobre todos los cambios que se produzcan a este respecto.

De acuerdo con la observación CEACR 2004, citada, la Comisión tomó nota de las informaciones relativas al número de asalariados protegidos por ESSALUD en los departamentos antes citados así como de la repartición, según su tipo, de los establecimientos de asistencia ESSALUD en estos departamentos. Al respecto, ha solicitado al Gobierno que tenga a bien mantenerla informada sobre las medidas tomadas o previstas con vistas a completar la oferta existente en materia de establecimientos de salud en departamentos, como los de Huancavelica, Madre de Dios y Moquegua, en los que ésta es relativamente menos importante para un número de personas aseguradas en el sistema ESSALUD comparable a los otros departamentos antes mencionados.

## Capítulo 7. Conclusiones y recomendaciones

---

### 7.1 Conclusiones

El ámbito del financiamiento de los seguros de salud guarda complejidades importantes, tanto de orden estructural, como políticas y técnicas. Desde el punto de vista técnico, es de alta importancia estratégica la relación entre el diseño técnico de los programas, su financiamiento y su costo actuarial. Una situación no balanceada en estos tres componentes, constituye un riesgo para la sostenibilidad y el desarrollo de EsSalud; de allí la importancia de realizar valorizaciones actuariales y financieras periódicas, que permitan gestionar ajustes en el financiamiento de los programas. La presente valuación representa un esfuerzo en esa dirección.

EsSalud no posee recursos técnicos actuariales propios, y aunque posee una enorme base de recursos de información, esta es todavía insuficiente para sustentar plenamente y con cierto grado de oportunidad y detalle, algunos de los requerimientos de información que demanda una valuación actuarial. En esta oportunidad, las labores de modelización actuarial han requerido algunas adaptaciones a la realidad de EsSalud, en virtud de dichas limitaciones y de rasgos programáticos particulares y complejos, las que, sin embargo, han podido subsanarse satisfactoriamente. La formación de recursos técnicos en el ámbito actuarial, y la profundización de las iniciativas de fortalecimiento de las bases de información que ya se viene dando en la Entidad, representan dos áreas de trabajo en la agenda institucional de corto y mediano plazo. En el futuro, y en atención a la necesidad de contar con información administrativa, financiera y estadística más detallada, se recomienda ejecutar estudios actuariales más detallados, los cuales podrán mejorar el alcance y la gama de información disponibles.

Las conclusiones generales de este trabajo se organizan en tres apartados, según estén referidas al tema de la cobertura, gestión institucional, o al financiamiento; el ámbito jurídico está abordado de manera transversal a lo largo del estudio y se aborda también de manera transversal como parte de las conclusiones.



### **a) Conclusiones respecto a la cobertura del Seguro de Salud**

Desde la perspectiva del mercado laboral, los retos para el Seguro de Salud que administra EsSalud, tienen doble naturaleza. La primera de ellas tiene que ver con la estructura de este mercado, la cual como se ha denotado en el presente estudio, se caracteriza fundamentalmente por la fuerte presencia de trabajadores no asalariados: aproximadamente tres de cada cinco trabajadores son trabajadores independientes y familiares no remunerados. Esto contrasta con el esquema bismarkiano de financiamiento de este Seguro. La segunda, está asociada al grado de eficiencia con el que opera este mercado para asignar trabajadores a puestos de trabajo. En relación con este aspecto, se determinó que existen resultados mixtos. Entre lo positivo resalta el hecho de que la tasa de desempleo y la duración del desempleo en Perú son bastante bajas en comparación con otros países de la región, lo cual puede representar una oportunidad desde la perspectiva del financiamiento para el Seguro de Salud. Por su parte, la existencia de importantes brechas de desempleo entre diferentes grupos de trabajadores y el alto nivel del sub empleo voluntario constituyen elementos que plantean dificultades. Así por ejemplo, la brecha entre las tasas de desempleo urbano respecto al rural, que es de 20.7 veces, es la más alta de América Latina y supera con creces el promedio regional (4.3 veces). Otras brechas más moderadas pero no menos importantes se presentan entre los hombres jóvenes versus los hombres adultos, entre hombres y mujeres, y entre trabajadores con educación secundaria versus trabajadores con educación primaria. En adición a ello, la tasa de subempleo voluntario, que asciende a 25.3%, prácticamente triplica a la del promedio de la región. Estos indicadores son de suma relevancia con respecto al propósito de efectuar comparaciones internacionales, a efecto de considerar las particularidades del mercado laboral peruano.

Como puede deducirse estos dos elementos (brechas en el desempleo y sub empleo voluntario) constituyen amenazas para el financiamiento del Seguro de Salud, pues son indicativos, por un lado, de que ciertos grupos de trabajadores tienen más dificultades que otros de ser contratados, y por otro, de que se enfrentan dificultades en encontrar trabajos bien remunerados.

**Tendencia de la tasa de cobertura.** Se determinó que en los últimos diez años, la tasa de cobertura del Seguro de Salud respecto a la Población Económicamente Activa, experimentó un importante decrecimiento al pasar de 25.4% en 1994 a 17,0% en el 2003, lo cual implica una disminución de 8,4 puntos porcentuales. Este resultado, que parece guardar relación con el entorno socioeconómico-laboral, debe llamar a la reflexión pues sin duda alguna plantea un desafío a las autoridades de EsSalud en términos de las medidas que a corto plazo deben de adoptarse para revertir la tendencia descrita.

**Alcance de la cobertura de seguros de salud.** Perú se ubica entre los países latinoamericanos cuyo seguro social de salud alcanza niveles de cobertura por debajo del promedio regional. Este trabajo muestra la presencia de altos índices de exclusión que afectan a una porción significativa de la población, y que invitan a fortalecer las políticas públicas y las acciones institucionales tendientes a reducir dicha brecha. En este sentido, se estima que un 17% de la población nacional cuenta con cobertura del Seguro de Salud, un 20,0% con la cobertura del Seguro Integral de Salud, SIS, a cargo del Ministerio de Salud, 0,2 de las Entidades Prestadoras de Salud y un 4,4% con protección de seguros privados y otros. Como resultado de ello, prácticamente tres quintas partes de los habitantes de Perú no tienen acceso a ningún seguro de salud.



Respecto a la cobertura de la PEA, el 17 % de ella está cubierta por el Seguro de Salud de EsSalud. La protección alcanza al 30.7% de los asalariados (72.2% públicos y 23.4% privados), y al 7.3% de los trabajadores no asalariados. De acá se desprende la conclusión de que la causa del por qué dentro del contexto internacional Perú no goza de una buena posición en el nivel de la cobertura del seguro social de salud, descansa en el hecho de no haber logrado una elevada cobertura del sector no asalariado (que conforma actualmente el 58.2% de la PEA), ni de de los trabajadores asalariados (economía formal e informal).

Los índices de cobertura estimados reflejan una estrecha asociación positiva con el tamaño de establecimiento productivo. Entre los establecimientos de menos de 5 empleados la cobertura alcanza un 8.2%, que sube a 8.8% entre los establecimientos de 5 a 10 empleados, a 22.9% para establecimientos de 11 a 19 trabajadores, a 34% para el caso de los de 20 a 49 trabajadores, a 50% entre 50 y 99 trabajadores, 58% para las empresas de 100 a 400 trabajadores y 71% para establecimientos de 500 y más empleados.

El análisis de los índices de cobertura revela también notables diferencias de cobertura según la rama de actividad económica. En promedio, los sectores más desprotegidos por el seguro de salud-EsSalud son los trabajadores de la agricultura, la pesca y de servicio doméstico. Otras dimensiones de análisis como la ubicación geográfica y género aportan resultados interesantes. En ninguna de las regiones la cobertura es elevada; el nivel de máxima cobertura de la fuerza de trabajo lo ocupa Lima Metropolitana (27%), seguida por la región de Costa Centro (24.5%). En virtud de ello, las mayores carencias de protección se concentran en las zonas de difícil acceso como lo son la sierra y la selva. En términos de género, los resultados señalan que no existen diferencias significativas en la cobertura de hombres y mujeres en la fuerza de trabajo, lo que en gran medida está explicado por el patrón de inserción laboral de las mujeres, mucho más orientado hacia actividades productivas que relativamente gozan de mejor cobertura.

Los indicadores disponibles aportan suficiente evidencia para afirmar que la falta de cobertura no es un problema exclusivo de los trabajadores no asalariados ni de la economía informal, sino que incluye en mayor o menor medida, a todos los grupos sociolaborales de la sociedad peruana; pero afecta fundamentalmente a los no asalariados y a los asalariados que laboran en los establecimientos más pequeños. Es decir, sale a relucir la microempresa como un sector problemático en términos de cobertura de la seguridad social. Este problema, no exclusivo de Perú, está explicado por dos grupos de factores: i) aquellos intrínsecos a las características propias de las microempresas, incluyendo el aspecto cultural, y ii) por los limitantes en cuanto al control contributivo sobre las microempresas que es capaz de ejercer la seguridad social en cada país, región o territorio.

Finalmente, desde la perspectiva de los hogares, sólo un 30% de las familias peruanas están cubiertas, parcial o totalmente, por la seguridad social en salud; pero entre las familias más pobres, la proporción de familias cubiertas es sólo 2.3%, mientras que en las más ricas es 69.7%, aproximadamente. Debido al mayor tamaño medio de hogar de las familias más pobres, dichas diferencias se refuerzan cuando se considera la distribución de la cobertura según número de personas cubiertas, en vez considerar el número de hogares. En este análisis familiar, las grandes diferencias en cuanto a cobertura, también afloran cuando se analizan en función de la región, tamaño de establecimiento donde labora el jefe de hogar y género del jefe de hogar.

**Perfil de los titulares activos.** Los titulares activos que cotizan al Seguro de Salud se caracterizan por ser en su mayoría hombres de 35 y 49 años, afiliados a la sub modalidad “*Empleados y Obreros-Seguro Regular*”, habitantes del Departamento de Lima. Aunado a ello, son fundamentalmente asalariados que laboran en instituciones públicas de más de 45 trabajadores, vinculadas a actividades de administración, defensa del país, planes de seguridad social y enseñanza.

**Perfil de los empleadores afiliados.** Los empleadores afiliados al Seguro de Salud de EsSalud constituyen en su gran mayoría establecimientos con menos de cinco trabajadores, dedicados al comercio, la reparación de vehículos automotores, servicio doméstico y a actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler, fundamentalmente. En términos de número de empleadores afiliados al Seguro de Salud, las micro y pequeñas empresas aportan el grueso de la afiliación; pero desde el punto de vista del número de trabajadores afiliados, son las empresas grandes las que aportan la enorme mayoría de la afiliación. Es decir, las microempresas no parecen conformar un sector importante en términos de la proporción de trabajadores afiliados al Seguro de Salud, aunque sí en relación con el número de empleadores afiliados. En efecto, las empresas de 46 y más trabajadores, incluyendo el sector público, aglutinan alrededor del 75.5% de los trabajadores afiliados, pero sólo representan el 3.3% de los empleadores afiliados al Seguro de Salud.

**Importancia relativa dentro del Sistema Nacional de Salud.** El Seguro de Salud de EsSalud ocupa el segundo lugar en importancia en términos de cobertura, dentro del Sistema Nacional de Salud de Perú (26%), pues el Ministerio de Salud absorbe la mayor proporción (59%). El sector privado y las fuerzas armadas y policiales representan el 12% y el 3%; respectivamente. Acá conviene aclarar que el Ministerio de Salud tiene a su cargo el régimen estatal, el cual tiene como objetivo principal otorgar atención integral de salud a la población de escasos recursos que no tiene acceso a otros regímenes o sistemas, pero no toda la población cubierta por el MINSa está en régimen de aseguramiento.

**Los excluidos.** Aunque a nivel de la Población Económicamente Activa todos los grupos presentan, en términos de cobertura del Seguro de Salud, un importante nivel de vulnerabilidad; particularmente lo son en mayor cuantía: i) los trabajadores de la agricultura, la pesca y de servicio doméstico ii) los que poseen una edad entre los 10 a 24 años, iii) los que habitan en la región de Sierra Norte, iv) los no asalariados, y v) los que laboran en establecimientos de 10 o menos trabajadores. En todos estos casos, el nivel de exclusión sobrepasa el 91.2%. Cabe destacar que en el caso de la actividad pesquera, esta solo hasta ahora está siendo incorporada bajo la cobertura de EsSalud.

**Dualismo estructural e incentivos a la afiliación.** El dualismo estructural en el financiamiento y estructura del sector público en salud peruano, favorece la existencia de distorsiones y subsidios cruzados entre los programas de salud basados en la participación contributiva (EsSalud) y los basados en la asistencia social o esquemas de aseguramiento alternos (SIS); además, existe evidencia de que la operación de dos redes de servicios independientes MINSa/EsSalud, no solo dificulta la coordinación del sistema, sino que lo sobredimensiona y lo torna mucho más costoso. Segundo, dicho dualismo estructural parece favorecer a algunos grupos de ingresos medios y altos, quienes aunque no contribuyen al Seguro de Salud de EsSalud, se benefician de la existencia de un sector público en salud relativamente consolidado y extendido en el ámbito urbano, donde por lo tanto, estarían actuando como “*free rider*”,

especialmente en el nivel más especializado y costoso del sector salud. Esto es parte de lo que se ha denominado en este estudio “conducta oportunista”.

***Derivación de demanda e incentivos a la afiliación.*** La falta de incentivos para la utilización de los servicios de EsSalud para el grupo de contribuyentes a EsSalud de ingreso medio y alto, y por tanto, la derivación de su demanda al sector privado y al MINSA como alternativas a las deficiencias de los servicios del Seguro Social, o a los problemas de acceso oportuno, o geográfico, constituye un elemento que no solo frena el crecimiento de la afiliación, sino que genera riesgos para la sostenibilidad financiera misma de los programas contributivos en salud. Esto ha de llamar la atención en el sentido de la necesidad de abrir espacios para que la participación de estos grupos sea más equitativa y promueva su permanencia a largo plazo en calidad de contribuyentes a EsSalud. Una conclusión del análisis actuarial de EsSalud, es que para reducir la derivación de la demanda de servicios de salud hacia otros proveedores, habrá que pensar en incrementos en los niveles de financiamiento para sustentar la demanda insatisfecha que este fenómeno entraña, lo cual habría de combinarse con mejoras en la calidad y la gestión, con el fin de mantener los costos en niveles factibles de financiar.

#### ***b) Conclusiones respecto a la gestión***

El ámbito de la gestión de EsSalud es muy complejo y extenso. Sin haber pretendido un análisis exhaustivo, el cual está fuera del foco del presente trabajo, se concluye que si bien EsSalud viene desarrollando acciones de fortalecimiento, estas habrán de ser complementadas con un mayor financiamiento y con cambios en el enfoque de la gestión y del modelo de atención. En todo caso, ha de quedar claro que las mejoras en la gestión, aunque indispensables, no serán suficientes para llenar las necesidades de financiamiento, actuales y futuras.

***Planes de prestaciones y regímenes de seguros.*** El Seguro de Salud administrado por EsSalud es un programa específico, con un conjunto particular de prestaciones denominado “Plan Mínimo de Atención”, cuya definición está sujeta al reglamento de la ley. En la realidad, se encuentra que El Seguro Social de Salud opera como un conjunto de programas de protección, entre los cuales existe un Seguro de Salud con diversos regímenes de aseguramiento o afiliación (v.g. Regular, Agrario y otros), así como programas específicos de protección ante contingencias alrededor de la renta causadas por enfermedad: subsidios por incapacidad laboral temporal, maternidad, lactancia y sepelio, y protección de riesgos laborales para los trabajadores en empleo de alto riesgo.

El Seguro Agrario, más que un régimen de aseguramiento independiente, opera en la práctica como un esquema de afiliación más barato que el del Seguro Regular, sin diferencias de fondo en el contenido de la cobertura vertical. La fijación de una tasa de cotización inferior para el Seguro Agrario, crea subsidios a nivel de actividad productiva, pero no necesariamente a nivel de solidaridad entre grupos de ingresos; una forma de corregir esto será mediante la equiparación de la tasa de cotización con la del Seguro Regular.

La estrategia de conformar esquemas de subsidio entre conjuntos de actividades económicas, como es el caso del Seguro Agrario, no parece ser el instrumento más adecuado para generar solidaridad y extender la cobertura.

La actual definición del Plan Mínimo del Seguro de Salud, mediante los conceptos de capa simple y capa compleja, no responde adecuadamente a una definición de productos asegurables en salud, y entraña dificultades prácticas de gestión, insalvables; al tiempo que afecta a los distintos actores, incluyendo a los mismos asegurados, EsSalud y las EPS.

A lo anterior hay que agregar que en la práctica el Seguro de Salud no opera bajo el concepto de cobertura de un Plan Mínimo. Siguiendo la tradición del antiguo IPSS, continúa vigente un ambicioso “plan abierto”, que en razón de su diseño, promueve el riesgo moral y en general el oportunismo en el acceso a la protección del aseguramiento en salud. Casos concretos que llaman la atención son las condiciones de acceso a intervenciones complejas y de alto costo, y los tratamientos en el exterior.

En ese sentido, se recomienda una revisión completa de la definición y configuración del Plan Mínimo. Ante los problemas de financiamiento que se detectan en este estudio, EsSalud habrá de plantearse seriamente la necesidad de conformar un verdadero Plan Mínimo, cuyo costo sea sostenible y financiable.

En el caso de EsSalud, los tratamientos de diálisis son un buen ejemplo de productos asegurables donde actualmente impera el oportunismo en el aseguramiento o en el acceso; y una reforma reglamentaria habría de garantizar que existan incentivos adecuados a la contribución para alivianar la carga económica que representa para EsSalud esta forma de *riesgo moral*. Es decir, lejos de proponer una eliminación de los tratamientos de diálisis, el sistema debiera garantizar que el derecho de acceso a los tratamientos altamente costosos se produzca bajo una densidad mínima de aportes pasados, suficiente para garantizar la sostenibilidad económica de EsSalud en términos de su adecuación actuarial.

**Riesgos laborales.** La protección de los riesgos laborales, su organización financiera y mecanismos de financiamiento, es un tema que aún no está resuelto en el sistema de seguridad social de Perú. El SCTR protege y financia solo los trabajadores en actividades de alto riesgo, y deja mezclada la cobertura de riesgos laborales a la mayoría de los trabajadores dentro del Seguro de Salud. A la luz de la necesidad del cumplimiento del Convenio 102 de OIT, se recomienda una separación completa del financiamiento y cobertura, para todos los trabajadores. En resumen, hay necesidad de acciones en dos líneas: i) desde el punto de vista de la gestión, la necesidad de que EsSalud separe y registre completamente el financiamiento y los gastos relativos a riesgos laborales (tanto de accidentes como de enfermedades profesionales) de todos los trabajadores afiliados y no solo los de trabajadores adscritos al SCTR, y ii) la incorporación de cambios jurídicos ante una posible agenda de reformas futuras tendientes a darle compleción al marco jurídico de la seguridad social en función de la Norma Mínima de Seguridad Social (Convenio 102).

**Gestión de ingresos y control contributivo.** Sin desmerecer los importantes progresos de SUNAT en materia de sistemas de información e innovación de procesos (los que por ejemplo han permitido elevar la calidad de la información, a EsSalud contar con información anteriormente no disponible y mejoras recientes en la cantidad de recaudación), la transferencia de las funciones de afiliación, recaudación y control contributivo a manos de la SUNAT, no ha generado todavía resultados sustancialmente diferentes en cuanto al aumento de la cobertura de la fuerza de trabajo, en comparación con los resultados históricos previos a dicha transferencia. La comisión del 2% de la recaudación es relativamente elevada si se juzga en términos del desempeño de los últimos años. Sin embargo, lejos de reducir dicha comisión, se recomienda

revisar sus destinos efectivos y empezar a considerar la formulación de un plan de compromisos en términos de resultados, con metas bien claras. Por ejemplo, comprometer una inversión mínima anual, fijada como porcentaje del presupuesto para financiar una campaña agresiva de medios (radio y televisión), permanente, dirigida al fortalecimiento de derechos de los asegurados y de deberes de los empleadores, representaría un ámbito de acción interesante para introducir necesarios cambios en la cultura de la población frente al tema de la seguridad social. Hay que destacar que SUNAT ha planteado propuestas interesantes, altamente convenientes de analizar, orientadas a cubrir sectores específicos como la microempresa y en genera los grupos de independientes de ingreso medio y bajo.

Un aspecto crítico es que ni EsSalud, ni la SUNAT, disponen de sistemas de información en el ámbito estratégico, que les permitan gestionar el tema de la cobertura; de modo que esta forma una tarea en la agenda estratégica para fortalecer el conocimiento y la capacidad de gestión en el ámbito de la extensión de la cobertura.

**Accreditación y control de acceso.** EsSalud experimenta notables problemas en sus esquemas de acreditación y control e acceso, algunos de los cuales son derivados de problemas en la calidad de la información que recibe de SUNAT; pero otras se originan en las limitaciones de los sistemas de información propios de EsSalud. Las dificultades para aplicar la acreditación y controlar eficazmente el acceso a servicios, para limitarlos a la población asegurada, representa un problema serio, que drena recursos de una magnitud considerable como resultado de un porcentaje significativo de no asegurados que frecuentan los servicios de EsSalud (cuantificado en el presente informe). Algunos de los problemas de acreditación, están en proceso de solución debido a acciones tomadas recientemente; sin embargo, una solución integral demandará un esfuerzo institucional de cierta magnitud, especialmente en el ámbito de tecnologías de información y cultura organizacional.

**Reembolso de servicios.** Un problema que suscita dificultades a EsSalud es el cobro de servicios suministrados a pacientes no asegurados o bien a pacientes asegurados de empleadores morosos. Hay dificultades notorias en la aplicación de los instrumentos vigentes de recuperación de fondos, y una escasa capacidad local para la ejecución del cobro, que se conjugan con carencias en los sistemas de información que soportan los procesos de acreditación, facturación y cobro a pacientes no asegurados o pacientes con empleadores morosos. La relativa centralización de estos procesos, la lentitud en las resoluciones de cobranza, la falta de capacidad en el nivel local (asistencial), los problemas de coordinación con SUNAT, la no adecuación del marco jurídico y los escasos incentivos al nivel local para premiar la “recuperación” de fondos, explican en gran parte el problema. Hasta tanto no se resuelva el tema de los reembolsos, será difícil promover una cultura de compromiso, tanto ante la necesidad del aseguramiento, como frente a la no percepción de riesgo, por parte de los empleadores.

**Locación de servicios.** Las nuevas tendencias de contratación, implican formas para disfrazar la relación de dependencia empleado-empleador y precarizan el empleo, como es el caso del contrato por honorarios profesionales, muy extendidos en el Perú, en el sector privado y público. Si bien hay legislación vigente para contrarrestar este problema, aún no se profundiza su aplicación. En general, la situación de la cobertura refleja que existe una carencia de percepción de riesgo de evasión por parte de las empresas que aplican estas prácticas, pues la legislación vigente no le otorga a SUNAT ni a EsSalud la suficiente fuerza ni instrumentos compulsivos para actuar. Se recomienda darse a la tarea de diseñar y realizar la



implementación de reformas jurídicas en este ámbito, que explica una buena parte del déficit de afiliación contributiva en el seguro de salud, especialmente en los grupos de ingresos más altos.

**Costo de administración central de EsSalud** El gasto “puro” de administración de servicios centrales de EsSalud representa aproximadamente el 3% del gasto global y se ubica en niveles muy razonables. Si a este costo se suma la comisión de recaudación a SUNAT (costo externo, no generado administrativamente por EsSalud), el costo total de administración central ronda el 5% del gasto global, cifra que sigue ubicándose en niveles comparativos razonables respecto a los márgenes normales manejados en seguros de salud. En conjunto, se estima que ambos costos suman en costo/prima un 0.4% de la masa cotizante de EsSalud.

El pago por pasivo de pensiones no representa un gasto de administración, y se recomienda que sea transferido a la ONP en cuanto a su financiamiento, por no corresponder a un gasto en salud, sino a un pasivo originado como parte del costo de transición de la reforma de pensiones.

**Asignación de recursos y gestión presupuestaria.** La forma en que EsSalud opera la distribución de los recursos hacia su red de servicios en salud, sigue un modelo altamente centralista y poco eficaz, que compromete tanto la eficiencia de la función de aseguramiento, como la eficiencia en la gestión de la red de servicios de salud. Es sumamente recomendable la revisión de dicho modelo, con miras a introducir conceptos innovadores como el financiamiento por actividad, por demanda y población, y financiamiento de incentivos a la calidad y logros en salud, aplicables mediante nuevos esquemas de “pago”.

**Modelo de atención en salud.** El análisis conduce a concluir que pese a las tendencias internacionales de cambio, con resultados positivos en otros ámbitos, el modelo de atención en salud de EsSalud continúa siendo de carácter curativo; esto sin menoscabo de la consideración de los esfuerzos incipientes en EsSalud para aplicar un enfoque de gestión de riesgo, los que sin duda han de ser decididamente apoyados. Actualmente las actividades de internamiento hospitalario absorben una gran proporción de recursos, y el primer nivel de atención en salud es débil y requiere fortalecerse. La principal conclusión que se deriva del análisis del modelo de atención en salud de EsSalud, es la necesidad de un cambio en el enfoque del modelo, especialmente en cuanto al primer nivel de atención, con el fin de lograr mayor eficacia y generar economías futuras en el resto de niveles, vía la gestión de los riesgos en salud.

**Gestión de servicios de salud.** Se identificó la elevada estancia hospitalaria promedio, como uno de los grandes problemas de gestión de servicios hospitalarios. El problema genera a EsSalud elevados costos, y se explica por una serie de factores: problemas de programación interna dentro de los hospitales, infección hospitalaria, lentitud de exámenes de laboratorio, falta de cultura hacia la gestión de los costos en el nivel clínico, cancelación de cirugías y complicaciones de pacientes, entre otros. EsSalud podría beneficiarse considerablemente de la adopción de nuevos enfoques en la gestión hospitalaria, por lo que se recomienda avanzar en la introducción de estos nuevos modelos de gestión.

**Derivación de demanda de servicios de salud hacia otros proveedores.** Una proporción de demanda de servicios, nada despreciable (originada en población probablemente insatisfecha o con bajo acceso geográfico o percepción de baja oportunidad), está derivándose hacia otros proveedores de servicios de salud fuera de EsSalud. EsSalud habrá de invertir recursos para

atender esta demanda, con el fin de garantizar su imagen y sostenibilidad en el tiempo. De no lograrlo, no habrá incentivos a la afiliación por parte de los grupos con los que mayoritariamente se podrían obtener recursos para financiar políticas y programas basados en la solidaridad.

**Reservas técnicas.** EsSalud viene cumpliendo en un nivel satisfactorio con los requisitos legales de conformación de la reserva técnica. Dado que sigue un modelo de financiamiento conocido como de reparto, típico de todos los seguros de salud en el mundo, solo requiere una pequeña “reserva de contingencia”. La actual reserva reglamentaria equivalente al 30% del gasto anual, es suficiente para financiar aproximadamente 3.6 meses de operación, y está dentro de límites técnicos razonables. En este informe se han suministrado algunos criterios sencillos para mejorar la programación de reservas y así evitar los leves desajustes.

### ***c) Conclusiones centrales de la valuación actuarial***

Las cotizaciones actuales a EsSalud, del 9% y 4%, para los seguros regular, y agrario y pensionistas, respectivamente, determinan una prima o tasa de cotización efectiva para el Seguro de Salud, promedio del 6.35% de la masa cotizante. Esto una vez que se deducen las transferencias a las EPS, el pasivo pensional y los recursos requeridos para la cobertura de los riesgos laborales.

Esta prima efectiva del 6.35% que recibe el Seguro de Salud (Regular y Agrario, conjuntamente), se distribuye en: 5.38% para prestaciones asistenciales en salud; 0.58% para financiar las prestaciones económicas y 0.35% para la administración del aseguramiento (incluida la comisión pagada a SUNAT).

El costo de gestionar los riesgos laborales, en adición al específico del SCTR, se estima en el 0.57% de la masa cotizante total que maneja el seguro; la separación de este costo es importantísima, en virtud de la necesidad de conformar un seguro separado para todo el conjunto de riesgos laborales.

En un escenario “sin cambios” en la situación actual del Seguro, se generaría un resultado económico negativo (déficit operativo anual) a partir del año 2005, que se incrementaría en el tiempo. El actual costo global del Seguro de Salud de 7.27%, crecería hasta 8.3% en el 2015. Dadas estas perspectivas, EsSalud ha de darse a la tarea de desarrollar acciones tendientes a afrontar un panorama futuro económicamente tenso. Un escenario de inacción, de por sí riesgoso para la sostenibilidad futura del programa, solo podría ser afrontado mediante tres opciones: déficit, incremento de tasas de cotización, fuerte contención de costos, o reducción no planificada de calidad de servicios y de cobertura; o alguna combinación de estas.

Bajo algunos escenarios de cambio, se incrementará el costo del Seguro, como serían los casos de: fortalecimiento del primer nivel de atención, aumento de los gastos de capital o la reducción de la derivación de asegurados a servicios prestados por terceros. Pero en algunos otros escenarios, los costos pueden bajar o al menos mantenerse, como es el caso de mejoras en la gestión hospitalaria, incrementos en la tasa de cobertura, traslado del pasivo de pensiones a la ONP, entre otros.

Es plausible que mediante una política preactiva en los ámbitos arriba indicados, EsSalud pueda lograr reducciones de costos del Seguro de Salud por debajo de los niveles proyectados en un escenario “sin cambios”. En aras de garantizar la sostenibilidad de su Seguro de Salud, es recomendable que EsSalud gestione modificaciones en sus planes estratégicos y adopte una política proactiva en los diversos ámbitos de la gestión mencionados.

## **7.2 Recomendaciones**

A continuación se establecen un conjunto de recomendaciones puntuales, en los ámbitos estratégicos críticos, que se complementan con algunas más específicas establecidas a lo largo del presente Informe.

### **7.2.1 Recomendaciones respecto al financiamiento del Seguro de Salud**

Las recomendaciones derivadas de este informe, referentes al financiamiento, son las siguientes:

- a) Delimitar el contenido del Plan Mínimo de Atención, utilizando una nueva definición de categorías de productos asegurables, con el fin de hacer factible su financiamiento:
  - a. Definir los productos asegurables incluidos en el Plan Mínimo, según manda la ley, cambiando el enfoque de definición de productos y limitándolos a una lista finita (metodología internacional de “lista positiva” y “lista negativa”)
  - b. Redefinir “capa simple” y “capa compleja”, asimilándolos al concepto de niveles de atención (primer nivel y resto), con el fin de simplificar su gestión y hacer operativos dichos conceptos.
  - c. Limitar, normar o eliminar las prestaciones en el exterior
  - d. Establecer condiciones de acreditación diferenciadas para el acceso a prestaciones de alto costo y complejidad, con el fin de reducir el oportunismo en el aseguramiento y promover una oferta más costo/efectiva y acorde con el nivel de financiamiento disponible por EsSalud.
- b) Revisar los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 26790 (de 1997), relativo a “crédito contra las aportaciones” con el fin de clarificar el alcance de los planes de prestaciones y su distribución entre EsSalud y las EPS.
- c) Desarrollar un programa de fortalecimiento institucional, orientado a solventar los principales problemas de gestión analizados en este informe, y con base en sus resultados evaluar la necesidad de incrementar la tasa de financiamiento para el Seguro de Salud.
- d) Definir un programa completamente separado para el financiamiento de los riesgos laborales, aplicable al menos a toda la población asalariada. Esto permitirá al Seguro de Salud liberar recursos actualmente usados en atención de riesgos laborales o bien recibir financiamiento extra por este concepto.



- e) Traspasar el pago del pasivo actuarial a la ONP, con el fin de asociar la tasa de financiamiento a EsSalud exclusivamente a prestaciones en salud. Esto permitirá sincerar el financiamiento a favor de EsSalud.
- f) Incrementar la tasa de cotización del Seguro Agrario, para el sector de trabajadores asalariados, al menos equiparándola con la del Regular en 9%. Esto se podría ejecutar aplicando una gradualidad de dos o tres años en el aumento.
- g) Revisar el esquema de financiamiento de la población pensionada, con el fin de darle sostenibilidad de largo plazo a la cobertura de este importante grupo, en las condiciones más equitativas y solidarias posibles.

### **7.2.2 Recomendaciones para la extensión de la cobertura**

Cualquier estrategia de extensión de la cobertura del Seguro de Salud de EsSalud, requerirá la formulación de un ambicioso plan, que combine un conjunto de líneas de trabajo. Como parte de dicho plan, se proponen las siguientes líneas estratégicas, todas ellas complementarias entre sí:

- a) Establecer mecanismos formales para la coordinación estratégica y programática entre EsSalud y el SIS/MINSA. A futuro, lo ideal sería avanzar hacia la unificación de los mecanismos de financiamiento de ambas instituciones. Las medidas de coordinación comprenderían, al menos:
  - a. La definición conjunta de planes de cobertura (productos asegurables)
  - b. Contenido de paquetes de beneficio y políticas conjuntas de financiamiento
  - c. Eliminación de subsidios cruzados y de los incentivos al oportunismo en la afiliación o uso de servicios de salud por parte de la población no asegurada con capacidad contributiva
  - d. Compra y venta de servicios entre las redes
  - e. Construcción y gestión de una base de datos única de beneficiarios: para la acreditación conjunta o al menos coordinada
- b) Fortalecer el conocimiento y posicionamiento del tema de seguridad social:
  - a. Desarrollar proyectos y actividades para colocar el tema en la agenda social-política del país, a través de la sensibilización de grupos con capacidad de decisión o presión política.
  - b. Desarrollar acciones para generar masa crítica en los ámbitos académicos y científicos, que piense y genere insumos para el fomento político-técnico del tema.
- c) Aumentar la capacidad técnica institucional:
  - a. Desarrollar un programa permanente de capacitación de funcionarios de entidades involucradas, en el tema: SUNAT, EsSalud, Ministerio de Trabajo, Superintendencia de EPS y EPS.
  - b. Desarrollo de un sistema de indicadores de seguridad social en salud, con énfasis en extensión de cobertura y acceso; y fuerte divulgación: web, bibliotecas, revistas especializadas, etc.

- d) Formular un Programa de Extensión de Cobertura, a través de un pacto concertado políticamente con los principales actores y divulgado extensamente:
  - a. Que combine metas y compromisos precisos por parte de SUNAT con los constituyentes tripartitos de la seguridad social, según los siguientes ámbitos: tamaño de establecimiento, rama de actividad y ubicación geográfica
  - b. Con su respectivo Plan de Mejora de la Gestión
  - c. Con su respectivo Plan de Seguimiento y evaluación por parte de los constituyentes tripartitos
  - d. Con actividades periódicas de seguimiento.
- e) Atacar fuertemente el control contributivo en grupos y sectores con alta capacidad contributiva
- f) Aprobar una ley de obligatoriedad del aseguramiento en salud a toda la población activa, incluyendo la población no asalariada: EsSalud, SIS u otros gestores de aseguramiento. Dicha ley obligaría a una extensión gradual del aseguramiento, principalmente entre la actual población no asegurada con capacidad contributiva.
- g) Analizar las opciones para el diseño de un programa de subsidios a la afiliación para la población de bajos ingresos, en conjunto con el SIS/MINSA, con cotizaciones diferenciadas según el nivel de ingreso.
- h) Generar mayores incentivos a la afiliación: mejorar el sistema de acreditación de EsSalud; coordinación de políticas y acciones de EsSalud con el SIS/MINSA
- i) Incrementar la acción compulsiva del sistema, mediante la fijación legal de sanciones más fuertes para empleadores morosos y evasores con la seguridad social
- j) Invertir un porcentaje fijo de los ingresos por cuotas, en presupuesto para mercadeo social, a través de una campaña permanente de creación de valores, por prensa, radio y televisión: a favor del fortalecimiento de derechos y deberes, de trabajadores y empleadores, en torno a la seguridad social. Por ejemplo, se podría destinar un valor anual equivalente al 20% de la comisión pagada a SUNAT en mercadeo social, para el fortalecimiento de deberes y derechos contributivos, por medios masivos como radio, televisión y prensa.
- k) Crear nuevos programas de aseguramiento para la población urbana de baja capacidad contributiva:
  - a. Con costos más bajos y acceso expedito, que aprovechen la cultura de acceso en el sector privado y que represente una alternativa competitiva frente al gasto de bolsillo para la población urbana de ingresos medios y bajos.
  - b. Dividir la composición del Plan Mínimo del Seguro de Salud de EsSalud, en dos productos: i) Básico y ii) Complementario. Ofrecer el Plan Básico a la población no asalariada, a bajo costo (v.g. propuesta de la SUNAT de un plan financiado con s/ 45 por mes), con libre selección de la provisión por parte del afiliado: EsSalud versus proveedor contratado por EsSalud (con prima diferenciada). Con esquema de financiamiento por capitación. El Plan Complementario se podría adquirir con EsSalud con el MINSA, para lo cual se requerirá un cuidadoso estudio.

- l) Coordinar con el MINSA el diseño de un programa conjunto de extensión de cobertura, dirigido a la población rural agrícola tradicional (no agroindustrial).

### **7.2.3 Recomendaciones para mejorar la gestión**

- a) Mejorar los sistemas de registro de producción de servicios de salud, para reflejar toda la producción ligada a riesgos laborales, independientemente de si se trata de actividad de alto riesgo o no. Esto permitirá, clarificar y sincerar el marco de financiamiento de esta protección.
- b) Similarmente, mejorar los sistemas de registro de producción, para reflejar por separado el consumo de servicios del Seguro Agrario y otros tipos de seguros o planes que se establezcan a futuro.
- c) Desarrollar un sistema de indicadores para la toma de decisiones, especializado en el tema de cobertura de seguridad social, a nivel de la SUNAT y en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.
- d) Revisar y mejorar el modelo, procesos y sistemas de acreditación de asegurados, así como los sistemas de facturación de servicios de salud a la población no asegurada.
- e) Modernizar los sistemas de información para la gestión de la acreditación. En general, esta acción requiere de la formulación de un plan estratégico de tecnologías de información que guíe y haga sostenible la informatización de EsSalud en todos los ámbitos.
- f) Revisar y mejorar los procesos y sistemas de registro de facturación y cobranza a pacientes no asegurados, incluyendo su desconcentración del nivel central hacia las cabezas de red.
- g) Conformar un registro automatizado de empleadores morosos, accesible en todos los puntos de la red de servicios
- h) Eliminar el concepto de “caja única” en el cobro de servicios a pacientes de pago directo, y dejar un porcentaje del cobro para su uso en el nivel local (bajo criterios y controles específicos), con el fin de incentivar la mejora en los sistemas locales de cobranza.
- i) Analizar alternativas de convenios para externalizar la cobranza o las labores de gestión de cartera de cobro.
- j) Rediseñar el modelo de asignación de recursos en salud, con el fin de establecer un esquema prospectivo, basado en actividad, demanda y financiamiento de incentivos, con nuevas modalidades de pago.
- k) Avanzar hacia la desconcentración de la gestión y hacia la introducción de mecanismos de asignación prospectiva de recursos, tales como asignación por actividad para hospitales (v.g. GRD) y asignación capítativa para el primer nivel de atención. Se recomienda fortalecer la Sub Gerencia de Asignación de Recursos y apoyar las nuevas políticas en este ámbito.
- l) Incrementar la inversión de recursos en el primer nivel de atención en salud, para rediseñar y fortalecer dicho nivel de atención, avanzando hacia un modelo más orientado a la promoción y la prevención en salud.



- m) Mejorar la gestión hospitalaria, con el fin de bajar la estancia media hospitalaria, a través de medidas como: mejoramiento del desempeño de los laboratorios clínicos, mejoras en la gestión de quirófanos, reducción de la infección hospitalaria, sistemas y control de costos, gestión clínica (orientada a la gestión de procesos clínicos y costos), protocolos y reducción de la tasa de cesáreas, entre otros.
- n) Crear mecanismos alternativos de financiamiento y acceso a servicios, para la población asegurada a EsSalud que deriva su demanda al sector privado (con pago de bolsillo) o hacia el MINSA. Analizar la posibilidad de provisión externalizada de ciertos servicios, para la población asegurada de ingreso medio y alto que desea mayor oportunidad en el acceso.
- o) Con el fin de mejorar la gestión de las inversiones: a) fortalecer los recursos humanos, materiales y tecnológicos de la Sub Gerencia de Inversiones; b) revisar el reglamento de inversiones, con el fin de ajustarlo a nuevos criterios de gestión de riesgos y rentabilidad; y c) promover una reforma jurídica para trasladar las funciones de supervisión de inversiones a una entidad externa especializada en la materia, tal como la Superintendencia de Banca y Seguros.



## **Anexo I: Características programáticas de EsSalud**



## A. Aspectos generales

EsSalud es la institución encargada de administrar los programas de la seguridad social en salud de Perú. Fue creada mediante la Ley 27056 (de 1999) “*Ley de Creación del Seguro Social de Salud*”, sobre la base del antiguo Instituto Peruano de Seguridad Social. Es un organismo público descentralizado con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestaria y contable. Su máxima autoridad, el Consejo Directivo, cuenta con participación tripartita del Estado, los empleadores y los trabajadores.

La Ley 26790 (de 1997) “*Modernización de la Seguridad Social en Salud*”, promulgada en mayo de 1997, introdujo dos importantes reformas a la estructura organizacional del sistema de Seguridad Social de Perú: i) creó las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS), que constituyen entidades privadas que brindan servicios de salud de libre elección a nivel de empresa y cuya actividad está supervisada por la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS), y ii) creó el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo que brinda cobertura por accidente de trabajo y enfermedad profesional a los trabajadores que laboran en empleos calificados como de “alto riesgo”. Estos cambios se complementaron en la Ley 27334 (de 2000), que delegó los procesos de cobro y recaudación a la SUNAT, entidad adscrita al Ministerio de Economía y Finanzas.

De conformidad con tales modificaciones, EsSalud brinda protección a la población a través de la administración de dos programas de seguridad social: el Seguro de Salud, y el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR). Recientemente, se han creado dos planes de aseguramiento de carácter voluntario, dirigidos a los grupos no obligados, denominados Plan Protección Total y Plan Protección Vital.

Al mes de julio del 2004 la población asegurada por EsSalud mediante los diferentes programas, contando cotizantes y derechohabientes, ascendió a 7,181,840 personas. En el siguiente apartado se describen las principales características de los programas que administra EsSalud.

## B. Programas de la seguridad social

La Tabla 3.1 esquematiza las principales características de los programas de salud y riesgos del trabajo, así como las diferentes modalidades de aseguramiento de cada uno de estos programas y los grupos a los que van dirigidas.

Tabla A.1  
Programas del Sistema de Seguridad Social en Perú

Modalidad o naturaleza	Seguro de Salud					Riesgos del Trabajo
	Regular	Agrario	Regímenes Especiales	Potestativos	Latencia	SCTR
<b>Obligatorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empleado</li> <li>• Obrero</li> <li>• Pescador y Procesador Artesanal Independiente</li> <li>• Trabajador del hogar</li> <li>• Construcción civil</li> <li>• Pensionistas</li> </ul>	Dependiente			Desempleados (conservación temporal del derecho)	Dependiente
<b>No Obligatorio</b>		Independiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facultativo Independiente</li> <li>• Continuación Facultativa</li> <li>• Ama de casa</li> <li>• Chofer profesional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Único</li> <li>• EsSalud Independiente</li> <li>• EsSalud Personal</li> <li>• EsSalud Familiar</li> <li>• EsSalud Universitario</li> </ul>		Independiente
<b>Complementario (selectivo)</b>	Entidades Prestadoras de Salud (EPS)					EPS

Fuente: elaboración propia con base en información suministrada por EsSalud.

Se distinguen los programas obligatorios, dirigidos a la población asalariada o dependiente, tanto a través del Seguro Regular como del Agrario; en el caso del SCTR, la protección es obligatoria únicamente para los trabajadores que según las normas reglamentarias están empleados en actividades clasificadas como de “alto riesgo”.

Las EPS se ubican en la categoría de complementarios, aunque en la práctica actúan más en calidad de gestoras de un esquema selectivo dirigido a aquellas empresas cuyo trabajadores seleccionan por mayoría recibir la parte de la “capa simple” de las prestaciones integrales de salud mediante las EPS en vez de recibirlas por medio de EsSalud; en todo caso, las prestaciones de la denominada “capa compleja” las cubre EsSalud.

### B.1 Seguro de Salud

Se trata de un conjunto de programas, denominado Seguro de Salud, que otorga prestaciones de salud, económicas, y sociales a través de centros asistenciales propios y en menor medida



mediante la contratación de servicios de salud. Las prestaciones de salud contemplan: prevención y promoción de la salud, recuperación de la salud, bienestar y promoción social, subsidios por incapacidad temporal, maternidad y lactancia y sepelio. En cumplimiento a leyes vigentes, también se brinda atención a otros segmentos de la población, tales como bomberos, héroes del Cenepa y defensores de la patria, así como a los derechohabientes e hijos mayores de 18 años incapacitados, todo sin ningún financiamiento adicional o copago.

Este Programa tiene la particularidad de estar conformado por cinco modalidades de aseguramiento para grupos de población particular, a saber: i) Regular, ii) Agrario, iii) Regímenes Especiales (vigentes hasta diciembre de 2004), iv) Potestativos y v) Latencia. De estas cinco modalidades de aseguramiento, se derivan diecinueve “*sub modalidades*” cuya naturaleza puede ser de carácter obligatorio, no obligatorio o complementario. Cabe destacar que no se trata precisamente de seguros diferentes, sino de modalidades de afiliación, que solo en algunos casos conllevan a diferencias en los requisitos y prestaciones en salud; así por ejemplo, el denominado Seguro Regular se diferencia del denominado Seguro Agrario, principalmente en la tasa de cotización aportada y en los grupos a los que va dirigida la protección, pero como esquema de seguro, el contenido del riesgo asegurable es exactamente el mismo en una u otra modalidad (de afiliación).

### **B.1.1 Seguro Regular**

Constituye la modalidad de aseguramiento con mayor número de afiliados. Se encuentra subdividida en siete sub modalidades, seis de carácter obligatorio, y una de carácter complementario. Las seis de carácter obligatorio corresponden a las de: i) Empleado, ii) Obrero, iii) Pescador y Procesador Artesanal Independiente, iv) Trabajador del hogar, v) Construcción civil y vi) Pensionistas. La sub modalidad de carácter complementario, corresponde al aseguramiento mediante las Entidades de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS), las cuales como se ha comentado fueron creadas mediante la referida Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. Las EPS brindan prestaciones de servicios de salud a un nivel de “Capa Simple”, mientras que el Seguro Regular de EsSalud comprende la atención integral. En virtud de ello, las personas que deciden afiliarse a una EPS, reciben atenciones de capa compleja únicamente por medio de EsSalud. De ahí el carácter complementario de este Seguro. Por lo tanto, dentro del sistema de seguridad social, son dos los tipos de entidades gestoras las que comparten el mercado: EsSalud (de carácter público) y las EPS (de carácter privado).

### **B.1.2 Seguro Agrario**

Después del Seguro Regular, constituye la segunda modalidad de aseguramiento en cuanto a importancia en el número de afiliados al Seguro Regular. Se encuentra subdividida en dos sub modalidades, una de carácter obligatorio (trabajadores agrarios dependientes) y la otra no obligatoria (trabajadores agrarios independientes). En ambos casos, comprende a los trabajadores que desarrollan actividades de cultivo, crianza, agroindustria, avicultura, acuícola, con excepción de la industria forestal; y comprende al asegurado titular y a su derechohabientes (cónyuge o concubino (a), hijos (as) menores de edad, hijos (as) mayores de edad incapacitados y madre gestante de hijo extramatrimonial). Para el caso del seguro dependiente, los trabajadores deben cumplir una jornada mínima de 4 horas diarias, y no se encuentran comprendidos el personal administrativo que labore en la provincia de Lima y la provincia Constitucional del Callao. Un hecho relevante de este Seguro es que su vigencia vencerá en el año 2010.

### **B.1.3 Regímenes Especiales**

Constituye la tercera modalidad de aseguramiento en cuanto a importancia en el número de afiliados al Seguro Regular, pero en el mediano plazo su importancia tenderá a disminuir hasta agotarse, pues fueron cerrados en diciembre del 2004. Se encuentra subdividida en cuatro sub modalidades: i) Facultativo Independiente, II) Continuator Facultativo, iii) Ama de Casa y/o Madre de Familia y iv) el Chofer Profesional Independiente. Todas ellas fueron de carácter no obligatorio. Comprende al asegurado titular y derechohabientes (cónyuge o concubino (a), hijos (as) menores de edad, hijos (as) mayores de edad incapacitados y madre gestante de hijo extramatrimonial).

### **B.1.4 Seguros Potestativos**

Están dirigidos fundamentalmente a la afiliación de los trabajadores independientes y sectores menos favorecidos de la población económicamente activa. Comprenden cinco modalidades: i) Unico, ii) EsSalud Independiente, iii) EsSalud Universitario, iv) EsSalud Personal, y iv) EsSalud Familiar. Estos dos últimos creados en abril del 2000. Comprende: i) Asegurado titular (sin límite de edad para EsSalud Independiente, hasta 65 años para EsSalud Familiar y Personal), y ii) Derechohabientes (cónyuge o concubino (a), hijos (as) menores de edad, e hijos (as) mayores de edad incapacitados).

### **B.1.5 Latencia**

Se refiere a la condición de los empleados y obreros (y sus derechohabientes) de la modalidad de Seguro Regular que queden cesantes. La protección que se brinda esta modalidad de continuación de derechos va desde un mínimo de dos meses hasta un máximo de un año.

La Tabla 3.2 resume para las sub modalidades descritas, el esquema de financiamiento y su base legal.

**Tabla A.2**  
**Esquemas de contribución y base legal de modalidades de aseguramiento del Seguro Regular**

*Contribución o aporte mensual*

*Base legal*

**Seguro Regular**

**Empleados, obreros y pensionistas**

- **Trabajador activo y socio de cooperativa:** 9% de la remuneración o ingreso mensual. A cargo de la entidad empleadora.
- **Las entidades empleadoras con trabajadores afiliados a EPS pueden aplicar un crédito de hasta el 25% del 9% para el pago a las mismas.**
- **Trabajadores del hogar:** 9% de la remuneración mínima vital como mínimo. A cargo del empleador del trabajador del hogar.
- **Pensionista:** 4% de la pensión a cargo del pensionista.

**Pescador y procesador artesanal pesquero independiente**

Pescador artesanal independiente con embarcación artesanal: 9% del Valor del producto comercializado (VPC) en el punto de desembarque. A cargo del comercializador, armador artesanal y pescador artesanal independiente (4%, 3% y 2% del VPC, respectivamente). No podrá ser inferior al 9% de la remuneración mínima vital. Pescador artesanal independiente sin embarcación y procesador pesquero artesanal independiente: 9% de la remuneración mínima vital. A cargo del asegurado titular.

- Ley N° 26790 (de 1997), Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Decreto Supremo N° 001-98-SA, Precisan otorgamiento de subsidio por lactancia y modifican el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Decreto de Urgencia N° 008-2000, Modifica artículo de la Ley N° 26790 (de 1997), sobre derecho especial de cobertura por desempleo.
- Decreto Supremo N° 004-2000-TR, Modifican artículos del Reglamento de la Ley N° 26790 (de 1997)
- Ley N° 27177 (de 1999), incorpora como afiliados regulares del Seguro Social de Salud a pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes.
- Decreto Supremo N° 002-2000-TR, Reglamento de la Ley N° 27177 (de 1999).

**Seguro Agrario**

**Dependiente**

El 4% de la remuneración mensual. Dicha remuneración no podrá ser inferior a S/. 539.00. A cargo de la entidad empleadora

**Independiente**

El 4% de la remuneración mínima vital. A cargo del asegurado titular.

Ley N° 27360 (de 2000) "Ley que aprueba las normas de promoción del Sector Agrario". Ley N° 27460 (de 2001) "Ley de Promoción y Desarrollo de la Acuicultura". D.S. N° 002-98-AG "Reglamento de la Ley de Promoción del Sector Agrario". D.S. N° 030-2001-PE "Reglamento de la Ley de Promoción y Desarrollo de la Acuicultura". Resolución de Superintendencia N° 007-2003/Sunat. Ley N° 27360 (de 2000) "Ley que aprueba las normas de promoción del Sector Agrario". Ley N° 27460 (de 2001) "Ley de Promoción y Desarrollo de la Acuicultura". D.S. N° 002-98-AG "Reglamento de la Ley de Promoción del Sector Agrario". D.S. N° 030-2001-PE "Reglamento de la Ley de Promoción y Desarrollo de la Acuicultura"

**Regímenes especiales**

Como mínimo el 9% de la remuneración mínima vital. A cargo del asegurado titular. Para las amas de casa existe una tasa de aportación de 5% de la remuneración mínima vital, pero sólo les da derecho a prestaciones de salud.

Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. D.L. N° 22482 (de 1979) Régimen de Prestaciones de Salud "Extienden Seguridad Social a familia de asegurados y trabajadores independientes". Ley N° 24705 (de 1987) "Reconocen a las amas de casa y/o madres de familia la calificación de trabajadores independientes". Ley N° 24827 (1988) "Incorporar al régimen de Prestaciones del IPSS a los choferes profesionales independientes y a los pensionistas de la Ley 16124 (de 1966)". Decreto Supremo N° 014-

**Tabla A.2**  
**Esquemas de contribución y base legal de modalidades de aseguramiento del Seguro Regular**

<i>Contribución o aporte mensual</i>	<i>Base legal</i>
<b><u>Potestativo</u></b>	
<b>Unico</b> <i>Financiamiento de acuerdo a tabla específica</i>	2003-TR, <i>Amplia plazo establecido en la Segunda Disposición Transitoria del Reglamento de la Ley N° 26790 (de 1997)</i>
<b>Indendiente</b> <i>Financiamiento de acuerdo a tabla específica</i>	Ley N° 26790 (de 1997) " <i>Ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud</i> ". D.S. N° 009-97-SA, " <i>Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud</i> ". Acuerdo de Consejo Directivo N° 236-39-EsSalud-2002, <i>que aprueba el Seguro Potestativo Unico</i> Ley N° 26790 (de 1997) " <i>Ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud</i> ". D.S. N° 009-97-SA, " <i>Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud</i> ". Acuerdo de Consejo Directivo N° 133-26-IPSS-98, <i>que aprueba el plan potestativo del "Seguro IPSS Independiente" y autoriza a la Gerencia General a dictar normas modificatorias y/o complementarias.</i> Resolución N° 1116-GG-EsSalud-2000 " <i>Aprueban el Seguro EsSalud Independiente</i> ". Ley N° 26790 (de 1997) " <i>Ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud</i> ". D.S. N° 009-97-SA, " <i>Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud</i> ". Resolución N° 067-PE-EsSalud-2000, <i>que aprueba el expediente técnico del seguro "EsSalud Personal y Familiar"</i> . Resolución N° 326-GG-EsSalud-2000. " <i>Aprueban los Seguros EsSalud Personal y EsSalud Familiar</i> ".
<b>Personal y familiar</b> <i>Financiamiento de acuerdo a tabla específica</i>	

*Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por EsSalud.*

## **B.2 Riesgos del trabajo (trabajo de riesgo)**

El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR), creado mediante la citada Ley 26790 (de 1997) "*Modernización de la Seguridad Social en Salud*", brinda cobertura por accidente de trabajo y enfermedad profesional a los afiliados regulares del Seguro Social de Salud que laboran en ocupaciones consideradas de alto riesgo. La cobertura de las prestaciones en salud se puede obtener tanto a través de EsSalud como por medio de las EPS. La cobertura por accidente laboral abarca toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro laboral por motivo del trabajo, por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre el trabajador o debido al esfuerzo del mismo. La cobertura por enfermedad profesional considera todo estado patológico permanente o temporal que sobreviene al trabajador como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en que se ha visto obligado a trabajar. Las prestaciones de salud que se brindan por medio del SCTR, procuran el cuidado integral de los trabajadores que desarrollan actividades de riesgo y prestan asistencia preventivo promocional en salud ocupacional tanto al trabajador como al empleador. Por su naturaleza, este Seguro comprende sólo al titular.

**Tabla A.3**  
**Características relevantes y base legal Seguro Complementario de Riesgos de Trabajo**

<b>Características</b>	<b>Base legal</b>
<b>Trabajadores dependientes</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Trabajadores de entidades empleadoras que realizan actividades de riesgo, inclusive trabajadores de la actividad pesquera</li><li>• Financiamiento de acuerdo a tabla específica.</li><li>• Prestaciones de salud por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.</li><li>• Asistencia y asesoramiento preventivo promocional en salud ocupacional al empleador y a los asegurados.</li><li>• Atención médica, farmacológica, hospitalaria y quirúrgica, cualquiera que fuere el nivel de complejidad, hasta su total recuperación o declaración de invalidez o muerte.</li><li>• Rehabilitación y readaptación laboral al asegurado invalido bajo este seguro.</li><li>• Aparatos de prótesis y ortopédicos necesarios.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ley N° 26790 (de 1997), Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.</li><li>• Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.</li><li>• D.S.N° 003-98-SA "Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo".</li><li>• Acuerdo de Consejo Directivo N° 133-26-IPSS-98.</li><li>• Acuerdo de Consejo Directivo N° 41-14-EsSalud-99, establece tasas de aportación para el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.</li></ul>
<b>Trabajadores independientes</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Trabajadores independientes que realizan actividades de riesgo.</li><li>• Comprende sólo al asegurado titular</li><li>• Financiamiento de acuerdo a tabla específica.</li><li>• Prestaciones de salud por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.</li><li>• Asistencia y asesoramiento preventivo promocional en salud ocupacional a los asegurados.</li><li>• Atención médica, farmacológica, hospitalaria y quirúrgica, cualquiera que fuere el nivel de complejidad, hasta su total recuperación o declaración de invalidez o muerte.</li><li>• Rehabilitación y readaptación laboral al asegurado invalido bajo este seguro.</li><li>• Aparatos de prótesis y ortopédicos necesarios.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ley N° 26790 (de 1997), Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.</li><li>• Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.</li><li>• D.S.N° 003-98-SA "Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo".</li><li>• Acuerdo de Consejo Directivo N° 133-26-IPSS-98.</li><li>• Acuerdo de Consejo Directivo N° 41-14-EsSalud-99, establece tasas de aportación para el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.</li></ul>



## **Anexo II. Bases estadísticas**

## PARÁMETROS

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tasa bruta participación, hombres	0.528	0.528	0.528	0.532	0.535	0.539	0.542	0.5460	0.549	0.552	0.556	0.559	0.5619
Tasa bruta participación, mujeres	0.446	0.446	0.446	0.453	0.460	0.467	0.474	0.482	0.489	0.496	0.503	0.510	0.5167
Proporción PEA asalariada -hombres	0.414	0.414	0.414	0.414	0.414	0.414	0.414	0.414	0.414	0.414	0.414	0.414	0.4138
Proporción PEA asalariada -mujeres	0.302	0.302	0.302	0.302	0.302	0.302	0.302	0.302	0.302	0.302	0.302	0.302	0.3022
Tasa cobertura PEA-asalariada, hombres	45.98%	45.98%	45.98%	45.98%	45.98%	45.98%	45.98%	45.98%	45.98%	45.98%	45.98%	45.98%	0.4598
Tasa cobertura PEA asalariada, mujeres	37.68%	37.68%	37.68%	37.68%	37.68%	37.68%	37.68%	37.68%	37.68%	37.68%	37.68%	37.68%	0.3768
Tasa cobertura PEA-NOasalariada, hombres	0.89%	0.89%	0.89%	0.89%	0.89%	0.89%	0.89%	0.89%	0.89%	0.89%	0.89%	0.89%	0.0089
Tasa cobertura PEA-NOasalariada, mujeres	0.54%	0.54%	0.54%	0.54%	0.54%	0.54%	0.54%	0.54%	0.54%	0.54%	0.54%	0.54%	0.0054
Razón pensionados titulares/PEA asalariada (%)	15.03%	15.41%	15.79%	16.17%	16.55%	16.93%	17.31%	17.69%	18.08%	18.46%	18.84%	19.22%	0.1960
Distribución de pensionados por sexo													
Hombres	53.19%	53.19%	53.19%	53.19%	53.19%	53.19%	53.19%	53.19%	53.19%	53.19%	53.19%	53.19%	0.5319
Mujeres	46.81%	46.81%	46.81%	46.81%	46.81%	46.81%	46.81%	46.81%	46.81%	46.81%	46.81%	46.81%	0.4681
Distribución por edad -ADA hombres	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
10 a 14	0.004%	0.004%	0.003%	0.003%	0.003%	0.003%	0.003%	0.003%	0.003%	0.002%	0.002%	0.002%	0.002%
15 a 19	1.237%	1.215%	1.193%	1.171%	1.149%	1.127%	1.105%	1.083%	1.062%	1.040%	1.018%	0.996%	0.974%
20 a 24	7.324%	7.257%	7.190%	7.124%	7.057%	6.990%	6.923%	6.856%	6.790%	6.723%	6.656%	6.589%	6.522%
25 a 29	16.290%	16.161%	16.031%	15.902%	15.773%	15.644%	15.515%	15.386%	15.257%	15.128%	14.999%	14.870%	14.741%
30 a 34	15.952%	15.858%	15.765%	15.672%	15.579%	15.485%	15.392%	15.299%	15.206%	15.112%	15.019%	14.926%	14.833%
35 a 39	16.030%	16.011%	15.992%	15.973%	15.954%	15.935%	15.916%	15.897%	15.878%	15.859%	15.840%	15.821%	15.802%
40 a 44	13.869%	13.916%	13.962%	14.008%	14.054%	14.100%	14.146%	14.192%	14.238%	14.285%	14.331%	14.377%	14.423%
45 a 49	10.898%	10.976%	11.055%	11.134%	11.213%	11.292%	11.371%	11.449%	11.528%	11.607%	11.686%	11.765%	11.844%
50 a 54	8.244%	8.357%	8.469%	8.582%	8.695%	8.808%	8.920%	9.033%	9.146%	9.258%	9.371%	9.484%	9.597%
55 a 59	5.854%	5.926%	5.999%	6.071%	6.143%	6.216%	6.288%	6.360%	6.433%	6.505%	6.577%	6.650%	6.722%
60 a 64	2.793%	2.811%	2.829%	2.847%	2.865%	2.882%	2.900%	2.918%	2.936%	2.954%	2.972%	2.990%	3.008%
65 a 69	0.984%	0.985%	0.987%	0.988%	0.989%	0.991%	0.992%	0.993%	0.995%	0.996%	0.997%	0.999%	1.000%
70 a 74	0.392%	0.392%	0.392%	0.392%	0.392%	0.392%	0.392%	0.392%	0.392%	0.392%	0.392%	0.392%	0.392%
75 y más años	0.130%	0.131%	0.132%	0.133%	0.134%	0.135%	0.136%	0.137%	0.137%	0.138%	0.139%	0.140%	0.141%
Distribución por edad -ADA mujeres	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
10 a 14	0.002%	0.002%	0.002%	0.002%	0.002%	0.002%	0.002%	0.002%	0.002%	0.001%	0.001%	0.001%	0.001%
15 a 19	0.977%	0.960%	0.942%	0.924%	0.906%	0.889%	0.871%	0.853%	0.835%	0.817%	0.800%	0.782%	0.764%
20 a 24	7.577%	7.531%	7.485%	7.439%	7.393%	7.347%	7.301%	7.255%	7.209%	7.163%	7.117%	7.071%	7.025%
25 a 29	18.588%	18.430%	18.273%	18.116%	17.958%	17.801%	17.644%	17.486%	17.329%	17.171%	17.014%	16.857%	16.699%
30 a 34	15.935%	15.838%	15.740%	15.642%	15.545%	15.447%	15.350%	15.252%	15.155%	15.057%	14.960%	14.862%	14.765%
35 a 39	17.048%	17.046%	17.043%	17.041%	17.038%	17.035%	17.033%	17.030%	17.028%	17.025%	17.022%	17.020%	17.017%
40 a 44	15.467%	15.535%	15.603%	15.671%	15.738%	15.806%	15.874%	15.942%	16.010%	16.078%	16.146%	16.213%	16.281%
45 a 49	11.818%	11.917%	12.016%	12.115%	12.214%	12.313%	12.412%	12.511%	12.610%	12.709%	12.808%	12.907%	13.006%
50 a 54	6.666%	6.781%	6.897%	7.012%	7.127%	7.242%	7.358%	7.473%	7.588%	7.703%	7.819%	7.934%	8.049%
55 a 59	3.610%	3.663%	3.716%	3.769%	3.823%	3.876%	3.929%	3.982%	4.036%	4.089%	4.142%	4.195%	4.249%
60 a 64	1.402%	1.403%	1.403%	1.404%	1.405%	1.406%	1.406%	1.407%	1.408%	1.409%	1.409%	1.410%	1.411%
65 a 69	0.517%	0.508%	0.500%	0.492%	0.483%	0.475%	0.467%	0.459%	0.450%	0.442%	0.434%	0.425%	0.417%
70 a 74	0.246%	0.242%	0.237%	0.233%	0.228%	0.224%	0.219%	0.215%	0.211%	0.206%	0.202%	0.197%	0.193%
75 y más años	0.146%	0.144%	0.142%	0.140%	0.138%	0.136%	0.135%	0.133%	0.131%	0.129%	0.127%	0.125%	0.123%



## PARÁMETROS

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Distribución por edad -AD pensionados -hombres	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
0 a 4	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%
5 a 9	0.49%	0.49%	0.49%	0.49%	0.49%	0.49%	0.49%	0.49%	0.49%	0.49%	0.49%	0.49%	0.49%
10 a 14	1.04%	1.04%	1.04%	1.04%	1.04%	1.04%	1.04%	1.04%	1.04%	1.04%	1.04%	1.04%	1.04%
15 a 19	1.48%	1.48%	1.48%	1.48%	1.48%	1.48%	1.48%	1.48%	1.48%	1.48%	1.48%	1.48%	1.48%
20 a 24	0.43%	0.43%	0.43%	0.43%	0.43%	0.43%	0.43%	0.43%	0.43%	0.43%	0.43%	0.43%	0.43%
25 a 29	0.17%	0.17%	0.17%	0.17%	0.17%	0.17%	0.17%	0.17%	0.17%	0.17%	0.17%	0.17%	0.17%
30 a 34	0.24%	0.24%	0.24%	0.24%	0.24%	0.24%	0.24%	0.24%	0.24%	0.24%	0.24%	0.24%	0.24%
35 a 39	0.37%	0.37%	0.37%	0.37%	0.37%	0.37%	0.37%	0.37%	0.37%	0.37%	0.37%	0.37%	0.37%
40 a 44	0.55%	0.55%	0.55%	0.55%	0.55%	0.55%	0.55%	0.55%	0.55%	0.55%	0.55%	0.55%	0.55%
45 a 49	0.81%	0.81%	0.81%	0.81%	0.81%	0.81%	0.81%	0.81%	0.81%	0.81%	0.81%	0.81%	0.81%
50 a 54	6.33%	6.33%	6.33%	6.33%	6.33%	6.33%	6.33%	6.33%	6.33%	6.33%	6.33%	6.33%	6.33%
55 a 59	8.91%	8.91%	8.91%	8.91%	8.91%	8.91%	8.91%	8.91%	8.91%	8.91%	8.91%	8.91%	8.91%
60 a 64	13.70%	13.70%	13.70%	13.70%	13.70%	13.70%	13.70%	13.70%	13.70%	13.70%	13.70%	13.70%	13.70%
65 a 69	18.35%	18.35%	18.35%	18.35%	18.35%	18.35%	18.35%	18.35%	18.35%	18.35%	18.35%	18.35%	18.35%
70 a 74	19.05%	19.05%	19.05%	19.05%	19.05%	19.05%	19.05%	19.05%	19.05%	19.05%	19.05%	19.05%	19.05%
75 y más años	27.97%	27.97%	27.97%	27.97%	27.97%	27.97%	27.97%	27.97%	27.97%	27.97%	27.97%	27.97%	27.97%
Distribución por edad AD pensionados -mujeres	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
0 a 4	0.12%	0.12%	0.12%	0.12%	0.12%	0.12%	0.12%	0.12%	0.12%	0.12%	0.12%	0.12%	0.12%
5 a 9	0.57%	0.57%	0.57%	0.57%	0.57%	0.57%	0.57%	0.57%	0.57%	0.57%	0.57%	0.57%	0.57%
10 a 14	1.10%	1.10%	1.10%	1.10%	1.10%	1.10%	1.10%	1.10%	1.10%	1.10%	1.10%	1.10%	1.10%
15 a 19	1.78%	1.78%	1.78%	1.78%	1.78%	1.78%	1.78%	1.78%	1.78%	1.78%	1.78%	1.78%	1.78%
20 a 24	0.63%	0.63%	0.63%	0.63%	0.63%	0.63%	0.63%	0.63%	0.63%	0.63%	0.63%	0.63%	0.63%
25 a 29	0.46%	0.46%	0.46%	0.46%	0.46%	0.46%	0.46%	0.46%	0.46%	0.46%	0.46%	0.46%	0.46%
30 a 34	0.80%	0.80%	0.80%	0.80%	0.80%	0.80%	0.80%	0.80%	0.80%	0.80%	0.80%	0.80%	0.80%
35 a 39	1.19%	1.19%	1.19%	1.19%	1.19%	1.19%	1.19%	1.19%	1.19%	1.19%	1.19%	1.19%	1.19%
40 a 44	2.03%	2.03%	2.03%	2.03%	2.03%	2.03%	2.03%	2.03%	2.03%	2.03%	2.03%	2.03%	2.03%
45 a 49	3.04%	3.04%	3.04%	3.04%	3.04%	3.04%	3.04%	3.04%	3.04%	3.04%	3.04%	3.04%	3.04%
50 a 54	10.16%	10.16%	10.16%	10.16%	10.16%	10.16%	10.16%	10.16%	10.16%	10.16%	10.16%	10.16%	10.16%
55 a 59	12.32%	12.32%	12.32%	12.32%	12.32%	12.32%	12.32%	12.32%	12.32%	12.32%	12.32%	12.32%	12.32%
60 a 64	12.82%	12.82%	12.82%	12.82%	12.82%	12.82%	12.82%	12.82%	12.82%	12.82%	12.82%	12.82%	12.82%
65 a 69	14.48%	14.48%	14.48%	14.48%	14.48%	14.48%	14.48%	14.48%	14.48%	14.48%	14.48%	14.48%	14.48%
70 a 74	14.28%	14.28%	14.28%	14.28%	14.28%	14.28%	14.28%	14.28%	14.28%	14.28%	14.28%	14.28%	14.28%
75 y más años	24.23%	24.23%	24.23%	24.23%	24.23%	24.23%	24.23%	24.23%	24.23%	24.23%	24.23%	24.23%	24.23%
Distribución x sexo hijos -derivados de titulares													
Hombres	49.30%	49.30%	49.30%	49.30%	49.30%	49.30%	49.30%	49.30%	49.30%	49.30%	49.30%	49.30%	49.30%
Mujeres	50.70%	50.70%	50.70%	50.70%	50.70%	50.70%	50.70%	50.70%	50.70%	50.70%	50.70%	50.70%	50.70%
Distribución x edad hijos -derivados de ambos titulares	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
0 a 4	20.08%	20.08%	20.08%	20.08%	20.08%	20.08%	20.08%	20.08%	20.08%	20.08%	20.08%	20.08%	20.08%
5 a 9	25.58%	25.58%	25.58%	25.58%	25.58%	25.58%	25.58%	25.58%	25.58%	25.58%	25.58%	25.58%	25.58%
10 a 14	30.49%	30.49%	30.49%	30.49%	30.49%	30.49%	30.49%	30.49%	30.49%	30.49%	30.49%	30.49%	30.49%
15 a 19	19.11%	19.11%	19.11%	19.11%	19.11%	19.11%	19.11%	19.11%	19.11%	19.11%	19.11%	19.11%	19.11%
20 a 24	1.53%	1.53%	1.53%	1.53%	1.53%	1.53%	1.53%	1.53%	1.53%	1.53%	1.53%	1.53%	1.53%
25 a 29	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%	1.12%
30 a 34	0.76%	0.76%	0.76%	0.76%	0.76%	0.76%	0.76%	0.76%	0.76%	0.76%	0.76%	0.76%	0.76%
35 a 39	0.77%	0.77%	0.77%	0.77%	0.77%	0.77%	0.77%	0.77%	0.77%	0.77%	0.77%	0.77%	0.77%
40 a 44	0.34%	0.34%	0.34%	0.34%	0.34%	0.34%	0.34%	0.34%	0.34%	0.34%	0.34%	0.34%	0.34%
45 a 49	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%	0.11%
50 a 54	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%
55 a 59	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%
60 a 64	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%

## PARÁMETROS

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Distribución por edad cónyuges mujeres	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
20 a 24	3.42%	3.42%	3.42%	3.42%	3.42%	3.42%	3.42%	3.42%	3.42%	3.42%	3.42%	3.42%	3.42%
25 a 29	7.64%	7.64%	7.64%	7.64%	7.64%	7.64%	7.64%	7.64%	7.64%	7.64%	7.64%	7.64%	7.64%
30 a 34	10.59%	10.59%	10.59%	10.59%	10.59%	10.59%	10.59%	10.59%	10.59%	10.59%	10.59%	10.59%	10.59%
35 a 39	14.16%	14.16%	14.16%	14.16%	14.16%	14.16%	14.16%	14.16%	14.16%	14.16%	14.16%	14.16%	14.16%
40 a 44	11.20%	11.20%	11.20%	11.20%	11.20%	11.20%	11.20%	11.20%	11.20%	11.20%	11.20%	11.20%	11.20%
45 a 49	12.88%	12.88%	12.88%	12.88%	12.88%	12.88%	12.88%	12.88%	12.88%	12.88%	12.88%	12.88%	12.88%
50 a 54	10.74%	10.74%	10.74%	10.74%	10.74%	10.74%	10.74%	10.74%	10.74%	10.74%	10.74%	10.74%	10.74%
55 a 59	7.42%	7.42%	7.42%	7.42%	7.42%	7.42%	7.42%	7.42%	7.42%	7.42%	7.42%	7.42%	7.42%
60 a 64	9.18%	9.18%	9.18%	9.18%	9.18%	9.18%	9.18%	9.18%	9.18%	9.18%	9.18%	9.18%	9.18%
65 a 69	5.89%	5.89%	5.89%	5.89%	5.89%	5.89%	5.89%	5.89%	5.89%	5.89%	5.89%	5.89%	5.89%
70 a 74	3.65%	3.65%	3.65%	3.65%	3.65%	3.65%	3.65%	3.65%	3.65%	3.65%	3.65%	3.65%	3.65%
75 y más años	3.22%	3.22%	3.22%	3.22%	3.22%	3.22%	3.22%	3.22%	3.22%	3.22%	3.22%	3.22%	3.22%
Distribución por edad cónyuges hombres	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
20 a 24	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
25 a 29	16.28%	16.28%	16.28%	16.28%	16.28%	16.28%	16.28%	16.28%	16.28%	16.28%	16.28%	16.28%	16.28%
30 a 34	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
35 a 39	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
40 a 44	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
45 a 49	13.36%	13.36%	13.36%	13.36%	13.36%	13.36%	13.36%	13.36%	13.36%	13.36%	13.36%	13.36%	13.36%
50 a 54	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
55 a 59	46.44%	46.44%	46.44%	46.44%	46.44%	46.44%	46.44%	46.44%	46.44%	46.44%	46.44%	46.44%	46.44%
60 a 64	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
65 a 69	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
70 a 74	15.48%	15.48%	15.48%	15.48%	15.48%	15.48%	15.48%	15.48%	15.48%	15.48%	15.48%	15.48%	15.48%
75 y más años	8.43%	8.43%	8.43%	8.43%	8.43%	8.43%	8.43%	8.43%	8.43%	8.43%	8.43%	8.43%	8.43%
Promedio de hijos dependientes por titular hombre -según edad del titular													
20 - 24	2.1197	2.1197	2.1197	2.1197	2.1197	2.1197	2.1197	2.1197	2.1197	2.1197	2.1197	2.1197	2.1197
25 - 29	1.5043	1.5043	1.5043	1.5043	1.5043	1.5043	1.5043	1.5043	1.5043	1.5043	1.5043	1.5043	1.5043
30 - 34	2.1262	2.1262	2.1262	2.1262	2.1262	2.1262	2.1262	2.1262	2.1262	2.1262	2.1262	2.1262	2.1262
35 - 39	1.7354	1.7354	1.7354	1.7354	1.7354	1.7354	1.7354	1.7354	1.7354	1.7354	1.7354	1.7354	1.7354
40 - 44	1.5908	1.5908	1.5908	1.5908	1.5908	1.5908	1.5908	1.5908	1.5908	1.5908	1.5908	1.5908	1.5908
45 - 49	1.1805	1.1805	1.1805	1.1805	1.1805	1.1805	1.1805	1.1805	1.1805	1.1805	1.1805	1.1805	1.1805
50 - 54	0.9205	0.9205	0.9205	0.9205	0.9205	0.9205	0.9205	0.9205	0.9205	0.9205	0.9205	0.9205	0.9205
55 - 59	0.4965	0.4965	0.4965	0.4965	0.4965	0.4965	0.4965	0.4965	0.4965	0.4965	0.4965	0.4965	0.4965
60 - 64	0.3218	0.3218	0.3218	0.3218	0.3218	0.3218	0.3218	0.3218	0.3218	0.3218	0.3218	0.3218	0.3218
65 - 69	0.2073	0.2073	0.2073	0.2073	0.2073	0.2073	0.2073	0.2073	0.2073	0.2073	0.2073	0.2073	0.2073
70 - 74	0.1434	0.1434	0.1434	0.1434	0.1434	0.1434	0.1434	0.1434	0.1434	0.1434	0.1434	0.1434	0.1434
75 y más años	0.0552	0.0552	0.0552	0.0552	0.0552	0.0552	0.0552	0.0552	0.0552	0.0552	0.0552	0.0552	0.0552
Promedio de hijos dependientes por titular mujer													
10 - 14													
20 - 24	2.126226	2.126226	2.126226	2.126226	2.126226	2.126226	2.126226	2.126226	2.126226	2.126226	2.126226	2.126226	2.126226
25 - 29	1.904941	1.904941	1.904941	1.904941	1.904941	1.904941	1.904941	1.904941	1.904941	1.904941	1.904941	1.904941	1.904941
30 - 34	2.255681	2.255681	2.255681	2.255681	2.255681	2.255681	2.255681	2.255681	2.255681	2.255681	2.255681	2.255681	2.255681
35 - 39	1.261945	1.261945	1.261945	1.261945	1.261945	1.261945	1.261945	1.261945	1.261945	1.261945	1.261945	1.261945	1.261945
40 - 44	0.938529	0.938529	0.938529	0.938529	0.938529	0.938529	0.938529	0.938529	0.938529	0.938529	0.938529	0.938529	0.938529
45 - 49	0.921567	0.921567	0.921567	0.921567	0.921567	0.921567	0.921567	0.921567	0.921567	0.921567	0.921567	0.921567	0.921567
50 - 54	0.484109	0.484109	0.484109	0.484109	0.484109	0.484109	0.484109	0.484109	0.484109	0.484109	0.484109	0.484109	0.484109
55 - 59	0.124556	0.124556	0.124556	0.124556	0.124556	0.124556	0.124556	0.124556	0.124556	0.124556	0.124556	0.124556	0.124556
60 - 64	0.148611	0.148611	0.148611	0.148611	0.148611	0.148611	0.148611	0.148611	0.148611	0.148611	0.148611	0.148611	0.148611
65 - 69	0.025877	0.025877	0.025877	0.025877	0.025877	0.025877	0.025877	0.025877	0.025877	0.025877	0.025877	0.025877	0.025877
70 - 74	0.080533	0.080533	0.080533	0.080533	0.080533	0.080533	0.080533	0.080533	0.080533	0.080533	0.080533	0.080533	0.080533
75 y más años	0.011296	0.011296	0.011296	0.011296	0.011296	0.011296	0.011296	0.011296	0.011296	0.011296	0.011296	0.011296	0.011296

## PARÁMETROS

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Promedio de cónyuges dependientes por titular hombre													
20 - 24	0.594584	0.594584	0.594584	0.594584	0.594584	0.594584	0.594584	0.594584	0.594584	0.594584	0.594584	0.594584	0.594584
25 - 29	0.499859	0.499859	0.499859	0.499859	0.499859	0.499859	0.499859	0.499859	0.499859	0.499859	0.499859	0.499859	0.499859
30 - 34	0.680504	0.680504	0.680504	0.680504	0.680504	0.680504	0.680504	0.680504	0.680504	0.680504	0.680504	0.680504	0.680504
35 - 39	0.609214	0.609214	0.609214	0.609214	0.609214	0.609214	0.609214	0.609214	0.609214	0.609214	0.609214	0.609214	0.609214
40 - 44	0.491032	0.491032	0.491032	0.491032	0.491032	0.491032	0.491032	0.491032	0.491032	0.491032	0.491032	0.491032	0.491032
45 - 49	0.555148	0.555148	0.555148	0.555148	0.555148	0.555148	0.555148	0.555148	0.555148	0.555148	0.555148	0.555148	0.555148
50 - 54	0.443461	0.443461	0.443461	0.443461	0.443461	0.443461	0.443461	0.443461	0.443461	0.443461	0.443461	0.443461	0.443461
55 - 59	0.531466	0.531466	0.531466	0.531466	0.531466	0.531466	0.531466	0.531466	0.531466	0.531466	0.531466	0.531466	0.531466
60 - 64	0.539468	0.539468	0.539468	0.539468	0.539468	0.539468	0.539468	0.539468	0.539468	0.539468	0.539468	0.539468	0.539468
65 - 69	0.551976	0.551976	0.551976	0.551976	0.551976	0.551976	0.551976	0.551976	0.551976	0.551976	0.551976	0.551976	0.551976
70 - 74	0.52621	0.52621	0.52621	0.52621	0.52621	0.52621	0.52621	0.52621	0.52621	0.52621	0.52621	0.52621	0.52621
75 y más años	0.469485	0.469485	0.469485	0.469485	0.469485	0.469485	0.469485	0.469485	0.469485	0.469485	0.469485	0.469485	0.469485
Promedio de cónyuges dependientes por titular mujer													
40 - 44	0.0054	0.0054	0.0054	0.0054	0.0054	0.0054	0.0054	0.0054	0.0054	0.0054	0.0054	0.0054	0.0054
45 - 49	0.0013	0.0013	0.0013	0.0013	0.0013	0.0013	0.0013	0.0013	0.0013	0.0013	0.0013	0.0013	0.0013
50 - 54	0.0042	0.0042	0.0042	0.0042	0.0042	0.0042	0.0042	0.0042	0.0042	0.0042	0.0042	0.0042	0.0042
55 - 59	0.0265	0.0265	0.0265	0.0265	0.0265	0.0265	0.0265	0.0265	0.0265	0.0265	0.0265	0.0265	0.0265
60 - 64	0.0072	0.0072	0.0072	0.0072	0.0072	0.0072	0.0072	0.0072	0.0072	0.0072	0.0072	0.0072	0.0072
65 - 69	0.0077	0.0077	0.0077	0.0077	0.0077	0.0077	0.0077	0.0077	0.0077	0.0077	0.0077	0.0077	0.0077
70 - 74	0.0031	0.0031	0.0031	0.0031	0.0031	0.0031	0.0031	0.0031	0.0031	0.0031	0.0031	0.0031	0.0031
75 y más años													
Costo en prima estimado riesgo profesional (solo prestador)	0.0057												
Tasa media cotización efect. ADA, Seg. Regular	0.0803	0.0803	0.0803	0.0803	0.0803	0.0803	0.0803	0.0803	0.0803	0.0803	0.0803	0.0803	0.0803
Tasa cotización, pensionados	0.0400	0.0400	0.0400	0.0400	0.0400	0.0400	0.0400	0.0400	0.0400	0.0400	0.0400	0.0400	0.0400
Tasa media cotización efect. ADA, Seg. Agrario	0.0343	0.0343	0.0343	0.0343	0.0343	0.0343	0.0343	0.0343	0.0343	0.0343	0.0343	0.0343	0.0343
Prop. otros ingresos/masa cotiz.	0.096%	0.096%	0.096%	0.096%	0.096%	0.096%	0.096%	0.096%	0.096%	0.096%	0.096%	0.096%	0.096%
Relación mínima reserva inversiones/ingresos x aportaciones	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%	35%
Rendimiento de inversiones financieras (tasa actuarial)		3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%
Cambio tasa consultas médicas (2015/2003)	1												
Cambio tasa egresos hospitalarios (2015/2003)	1												
Cambio estancia media (2015/2003) -Escenario II	1												
Proporción gasto asistencial incurrido por SCTR + otros RP	10.50%	10.50%	10.50%	10.50%	10.50%	10.50%	10.50%	10.50%	10.50%	10.50%	10.50%	10.50%	10.50%
Gasto Indirecto hospitalización	307.777	309.059	310.342	311.624	312.906	314.189	315.471	316.754	318.036	319.318	320.601	321.883	323.166
Variación gasto ind. hospít. (2015/2003)	0.05												
Costo unitario directo x estancia	420	424	429	433	437	442	446	451	455	460	464	469	474
Variac. anual costo unit. x estancia		0.010	0.010	0.010	0.010	0.010	0.010	0.010	0.010	0.010	0.010	0.010	0.010
Gasto indirecto ambulatorio (consultas)	187.429	188.210	188.991	189.772	190.553	191.333	192.114	192.895	193.676	194.457	195.238	196.019	196.800
Costo unitario directo x consulta	34	35	35	35	36	36	36	37	37	38	38	38	39
Variac. anual costo unit. x consulta		0.010	0.010	0.010	0.010	0.010	0.010	0.010	0.010	0.010	0.010	0.010	0.010
Tasa de incapacidades de enfermedad x titular	0.023	0.023	0.023	0.023	0.023	0.023	0.023	0.023	0.023	0.023	0.023	0.023	0.023
Variación tasa incapac. (2015/2003)	0.000												
% de incapacidades por riesgos profesionales	0.166												
Tasa ajustada incapacidades de riesgo común x titular	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019	0.019
Días promedio incapacidad por enfermedad	26.3	26.3	26.3	26.3	26.3	26.3	26.3	26.3	26.3	26.3	26.3	26.3	26.3
Variac. días x caso incapac. (2015/2003)	0												
Costo medio x día incapacidad (crece seg. salario)	39.9	39.9	39.9	39.9	39.9	39.9	39.9	39.9	39.9	39.9	39.9	39.9	39.9
Tasa de licencias maternidad x titular mujer	0.035	0.035	0.035	0.035	0.035	0.035	0.035	0.035	0.035	0.035	0.035	0.035	0.035
Variación tasa licencias maternid (2015/2003)	0												
Días promedio licencia por maternidad	75.5	75.5	75.5	75.5	75.5	75.5	75.5	75.5	75.5	75.5	75.5	75.5	75.5
Variac. días x caso licencia (2015/2003)	0												
Costo medio x día licencia (crece seg. salario)	37.6	37.6	37.6	37.6	37.6	37.6	37.6	37.6	37.6	37.6	37.6	37.6	37.6
Casos de lactancia por asegurado mujer 15-49	0.052	0.052	0.052	0.052	0.052	0.052	0.052	0.052	0.052	0.052	0.052	0.052	0.052
Variación tasa lactancia (2015/2003)	0												
Monto medio por caso de lactancia	803.1	803.1	803.1	803.1	803.1	803.1	803.1	803.1	803.1	803.1	803.1	803.1	803.1
Casos de ayuda por sepelio x asegurado	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002
Variación tasa ayudas por sepelio (2015/2003)	0												
Monto medio por caso de sepelio	1994.2	1994.2	1994.2	1994.2	1994.2	1994.2	1994.2	1994.2	1994.2	1994.2	1994.2	1994.2	1994.2
Gasto de capital como % de gasto asistencial	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%
Incremento en gasto de capital -ESCENARIO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
% gasto administración / gasto asistencial	0.065	0.065	0.065	0.065	0.065	0.065	0.065	0.065	0.065	0.065	0.065	0.065	0.065
Variac. anual tasa gasto administr.		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
% gasto pensiones / gasto administrativo	2.6195	2.6195	2.6195	2.6195	2.6195	2.6195	2.6195	2.6195	2.6195	2.6195	2.6195	2.6195	2.6195

**Población nacional por sexo y grupo de edad: proyección 2003-2015.**

Sexo y grupo de edad	2003	2005	2010	2015
<b>Hombres</b>	13,733,780	14,051,449	15,049,074	16,043,184
0 a 4 años	1,524,894	1,528,455	1,511,823	1,498,537
5 a 9	1,525,159	1,536,615	1,500,866	1,489,823
10 a 14	1,492,402	1,519,288	1,522,291	1,491,004
15 a 19	1,396,594	1,424,504	1,505,069	1,512,450
20 a 24	1,291,181	1,310,357	1,402,179	1,489,546
25 a 29	1,191,324	1,225,863	1,282,881	1,382,958
30 a 34	1,042,657	1,073,028	1,198,651	1,263,452
35 a 39	911,372	938,134	1,051,323	1,180,504
40 a 44	786,210	818,057	915,804	1,031,577
45 a 49	649,456	675,302	794,768	893,717
50 a 54	529,643	553,379	649,408	768,162
55 a 59	418,422	435,590	523,283	617,900
60 a 64	329,479	339,774	401,672	486,298
65 a 69	257,407	266,663	301,205	359,653
70 a 74	183,216	191,719	222,309	254,640
75 y más años	204,364	214,721	265,542	322,963
<b>Mujeres</b>	13,574,397	13,895,325	14,908,730	15,928,843
0 a 4 años	1,465,680	1,468,853	1,450,500	1,436,824
5 a 9	1,472,826	1,483,231	1,445,665	1,432,621
10 a 14	1,447,085	1,473,338	1,470,722	1,437,622
15 a 19	1,358,086	1,385,447	1,461,465	1,463,281
20 a 24	1,260,191	1,279,333	1,366,825	1,449,965
25 a 29	1,168,614	1,202,687	1,256,175	1,352,434
30 a 34	1,023,169	1,053,423	1,179,687	1,241,392
35 a 39	899,134	926,405	1,036,276	1,166,667
40 a 44	779,090	810,006	909,315	1,022,445
45 a 49	649,788	676,047	793,483	894,681
50 a 54	534,253	558,807	658,411	776,502
55 a 59	426,684	444,512	538,584	638,279
60 a 64	343,113	353,944	421,008	513,919
65 a 69	276,928	286,698	325,388	390,937
70 a 74	206,750	216,173	251,179	289,297
75 y más años	263,008	276,421	344,047	421,977
<b>Total</b>	27,308,177	27,946,774	29,957,804	31,972,027
0 a 4 años	2,990,574	2,997,308	2,962,323	2,935,361
5 a 9	2,997,985	3,019,846	2,946,531	2,922,444
10 a 14	2,939,487	2,992,626	2,993,013	2,928,626
15 a 19	2,754,680	2,809,951	2,966,534	2,975,731
20 a 24	2,551,372	2,589,690	2,769,004	2,939,511
25 a 29	2,359,938	2,428,550	2,539,056	2,735,392
30 a 34	2,065,825	2,126,451	2,378,338	2,504,844
35 a 39	1,810,506	1,864,539	2,087,599	2,347,171
40 a 44	1,565,300	1,628,063	1,825,119	2,054,022
45 a 49	1,299,244	1,351,349	1,588,251	1,788,398
50 a 54	1,063,896	1,112,186	1,307,819	1,544,664
55 a 59	845,105	880,102	1,061,867	1,256,179
60 a 64	672,591	693,718	822,680	1,000,217
65 a 69	534,335	553,361	626,593	750,590
70 a 74	389,966	407,892	473,488	543,937
75 y más años	467,372	491,142	609,589	744,940

FUENTE: Proyecciones de Población por Sexo y Grupo de Edad. CELADE.

Distribución de la población según sexo, condición de seguro y lugar de consulta. Perú: 2003.

Sexo y condición de seguro	Lugar de consulta												
	Puesto de salud MINSAs	Centro de salud MINSAs	Posta, policlínico, ESSALUD	Hospital MINSAs	Hospital del seguro (ESSALUD)	Hospital de las FF.AA. y Policía Nacional	Consultorio médico particular	Clínica particular	Farmacia o botica	Su domicilio	Casa de hiesero, curandero	Otro lugar	No buscó atención
Total	1,793,944	671,977	432,161	591,887	689,475	104,109	466,567	226,265	1,224,316	47,312	74,367	59,324	7,549,086
No asegurado	1,708,790	630,644	38,664	549,130	18,134	99,791	352,010	150,913	1,061,295	39,825	66,949	53,862	6,614,000
Asalariado Aseg.	21,633	14,333	175,138	14,394	300,095	1,767	53,596	33,147	62,499	1,106	1,788	2,907	381,573
No asalariado Aseg	2,988	1,561	23,927	1,528	53,410	0	2,484	3,537	8,411	639	71	1,291	52,920
Familiar Aseg.	60,532	25,439	194,433	26,834	317,836	2,551	58,477	38,668	92,111	5,742	5,559	1,264	500,592
Hombre	780,749	289,926	185,523	246,545	286,765	53,626	186,551	85,947	556,942	13,513	34,703	24,499	3,388,753
No asegurado	737,995	268,452	14,939	229,928	9,179	53,176	135,726	59,937	481,785	10,717	33,127	22,074	2,975,538
Asalariado	14,685	8,698	110,078	9,552	177,761	106	30,267	16,684	43,439	832	1,388	1,925	235,317
No asalariado	2,988	1,122	6,935	933	22,104	0	1,368	1,005	2,976	0	0	0	25,060
Familiar	25,081	11,654	53,571	6,132	77,721	344	19,190	8,321	28,742	1,964	188	500	152,838
Mujer	1,013,195	382,051	246,638	345,342	402,710	50,483	280,016	140,318	667,374	33,799	39,664	34,825	4,160,333
No asegurado	970,795	362,192	23,725	319,202	8,955	46,615	216,284	90,976	579,510	29,108	33,822	31,788	3,638,462
Asalariado	6,948	5,635	65,060	4,842	122,334	1,661	23,329	16,463	19,060	274	400	982	146,256
No asalariado	0	439	16,992	595	31,306	0	1,116	2,532	5,435	639	71	1,291	27,860
Familiar	35,451	13,785	140,862	20,702	240,115	2,207	39,287	30,347	63,369	3,778	5,371	764	347,754

Fuente: Elaboración propia. Con base en los datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2003. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú.

Distribución de la población según sexo y condición de aseguramiento por lugar de hospitalización. Perú: 2003.

Sexo y condición de seguro	Lugar de hospitalización								
	Centro de salud MINSAs	Policlínico de ESSALUD	Hospital MINSAs	Hospital del seguro	Hospital de las FF.AA./Policía Nacional	Consultorio médico particular	Clínica particular	Otro (Posta médica, Centro Médico)	
Total	1,793,945	671,978	432,159	591,887	689,474	104,106	466,568	226,267	
No asegurado	114,482	4,352	529,548	24,463	21,457	5,137	78,921	28,267	
Asalariado Aseg	2,527	12,424	12,754	113,110	0	0	7,106	189	
No asalariado Aseg.	79	1,411	1,541	20,042	273	0	2,488	0	
Familiar Aseg	939	12,619	20,416	114,153	27	34	14,287	402	
Hombre	34,093	12,784	187,032	111,626	8,553	1,802	39,922	6,800	
No asegurado	33,001	953	176,466	11,840	8,281	1,802	32,212	6,800	
Asalariado Aseg	734	6,138	3,974	68,024	0	0	4,049	0	
No asalariado Aseg.	0	848	466	7,235	273	0	317	0	
Familiar Aseg	358	4,846	6,126	24,526	0	0	3,345	0	
Mujer	83,934	18,021	377,227	160,143	13,203	3,369	62,879	22,058	
No asegurado	81,481	3,399	353,082	12,623	13,176	3,335	46,709	21,467	
Asalariado Aseg	1,793	6,286	8,780	45,086	0	0	3,057	189	
No asalariado Aseg.	79	563	1,075	12,807	0	0	2,171	0	
Familiar Aseg	581	7,773	14,290	89,627	27	34	10,942	402	

Fuente: Elaboración propia. Con base en los datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2003. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú.

**Distribución de la población según sexo y grupos quinquenales de edad por lugar de consulta. Perú: 2003.**

Sexo Grupos quinquenales de edad	Lugar de consulta					
	MINSA	ESSALUD	Hospital de las FF.AA. y Policía Nacional	Servicios privados	Otro lugar	No buscó atención
<b>Total</b>	<b>2,465,923</b>	<b>1,713,520</b>	<b>104,106</b>	<b>1,917,152</b>	<b>181,003</b>	<b>7,549,088</b>
0 - 5	557,072	181,623	7,789	169,215	17,979	484,517
5 - 9	406,536	137,591	13,661	151,337	15,820	687,323
10 - 14	280,665	88,750	8,288	146,592	10,329	816,853
15 - 19	183,123	83,750	7,583	175,712	8,068	795,088
20 - 24	130,407	81,149	5,462	185,759	16,645	644,848
25 - 29	153,574	90,035	2,516	159,782	11,147	535,542
30 - 34	130,088	89,544	6,212	156,333	11,081	484,613
35 - 39	127,110	92,117	8,820	135,243	16,365	515,430
40 - 44	92,914	105,245	3,559	127,715	13,929	489,445
45 - 49	83,129	107,214	6,261	118,416	13,084	439,181
50 - 54	78,477	109,603	6,630	91,370	11,662	374,007
55 - 59	63,234	107,110	2,549	73,482	8,969	315,815
60 - 64	48,257	111,437	5,444	61,122	5,086	296,492
65 - 69	42,332	102,621	6,486	51,497	5,311	196,991
70 - 74	34,788	88,343	3,216	44,361	5,430	190,187
75 y más	54,217	137,388	9,630	69,216	10,098	282,756
<b>Hombre</b>	<b>1,070,676</b>	<b>718,835</b>	<b>53,624</b>	<b>829,443</b>	<b>72,717</b>	<b>3,388,754</b>
0 - 5	287,279	92,149	4,155	83,667	8,139	241,354
5 - 9	209,065	68,718	5,554	70,585	5,786	331,289
10 - 14	131,919	35,431	3,785	65,480	4,729	386,293
15 - 19	68,078	30,499	3,002	80,779	2,607	372,146
20 - 24	51,336	24,985	1,854	73,455	6,766	280,124
25 - 29	42,519	26,620	1,230	71,060	4,164	237,511
30 - 34	38,770	38,879	3,816	54,194	5,405	198,175
35 - 39	44,284	32,456	4,380	62,005	5,468	224,327
40 - 44	37,998	33,258	2,850	61,894	7,197	202,442
45 - 49	27,583	49,886	1,298	49,368	3,624	193,953
50 - 54	31,274	39,845	4,690	35,487	2,925	164,929
55 - 59	27,324	41,625	724	29,663	3,158	138,925
60 - 64	18,950	51,032	4,510	26,384	2,645	127,846
65 - 69	18,786	50,875	4,758	25,492	4,210	83,745
70 - 74	14,285	40,486	2,206	16,646	1,699	90,035
75 y más	21,226	62,091	4,812	23,284	4,195	115,660
<b>Mujer</b>	<b>1,395,247</b>	<b>994,685</b>	<b>50,482</b>	<b>1,087,709</b>	<b>108,286</b>	<b>4,160,334</b>
0 - 5	269,793	89,474	3,634	85,548	9,840	243,163
5 - 9	197,471	68,873	8,107	80,752	10,034	356,034
10 - 14	148,746	53,319	4,503	81,112	5,600	430,560
15 - 19	115,045	53,251	4,581	94,933	5,461	422,942
20 - 24	79,071	56,164	3,608	112,304	9,879	364,724
25 - 29	111,055	63,415	1,286	88,722	6,983	298,031
30 - 34	91,318	50,665	2,396	102,139	5,676	286,438
35 - 39	82,826	59,661	4,440	73,238	10,897	291,103
40 - 44	54,916	71,987	709	65,821	6,732	287,003
45 - 49	55,546	57,328	4,963	69,048	9,460	245,228
50 - 54	47,203	69,758	1,940	55,883	8,737	209,078
55 - 59	35,910	65,485	1,825	43,819	5,811	176,890
60 - 64	29,307	60,405	934	34,738	2,441	168,646
65 - 69	23,546	51,746	1,728	26,005	1,101	113,246
70 - 74	20,503	47,857	1,010	27,715	3,731	100,152
75 y más	32,991	75,297	4,818	45,932	5,903	167,096

Fuente: Elaboración propia. Con base en los datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2003.  
Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú.

**Distribución de la población según sexo y grupos quinquenales de edad por lugar de hospitalización. Perú: 2003.**

Sexo Grupos quinquenales de edad	Lugar de hospitalización				
	MINSALUD	ESSALUD	Hospital de las FF.AA./Policía Nacional	Servicio Privado	Otro (Posta médica, Centro Médico)
<b>Total</b>	<b>1793945</b>	<b>1696024</b>	<b>689474</b>	<b>570674</b>	<b>226267</b>
0 - 5	16,886	90394	2,119	10682	4,193
5 - 9	4,833	48706	73	638	808
10 - 14	3,601	29362	1,110	4388	576
15 - 19	12,558	64255	1,340	5115	4,059
20 - 24	18,074	92931	2,425	11971	5,053
25 - 29	17,510	86366	2,117	8757	2,348
30 - 34	12,377	81528	465	12666	4,087
35 - 39	11,490	62695	2,732	8582	1,623
40 - 44	4,502	63967	217	8252	3,059
45 - 49	1,879	35758	1,020	9165	1,595
50 - 54	3,197	37285	2,498	4863	266
55 - 59	3,095	30130	533	2670	639
60 - 64	2,538	29237	127	3089	0
65 - 69	836	30958	0	6714	217
70 - 74	3,358	29825	652	4489	0
75 y más	1,292	53438	4,326	5931	335
<b>Hombre</b>	<b>34,092</b>	<b>311442</b>	<b>8,552</b>	<b>41723</b>	<b>6,800</b>
0 - 5	7,776	50215	944	6859	2,308
5 - 9	3,916	23208	73	638	640
10 - 14	2,267	17184	267	2851	251
15 - 19	3,089	22671	1,141	2855	426
20 - 24	2,946	16099	2,236	4195	344
25 - 29	2,022	14543	696	3339	159
30 - 34	3,043	22075	0	929	266
35 - 39	767	17256	273	975	475
40 - 44	1,450	18601	217	4269	0
45 - 49	1,031	14243	589	1495	1,595
50 - 54	299	13506	1,343	1785	0
55 - 59	1,378	14499	0	611	119
60 - 64	1,060	13736	127	1791	0
65 - 69	192	13422	0	4118	217
70 - 74	2,316	14174	0	2219	0
75 y más	540	26010	646	2794	0
<b>Mujer</b>	<b>83,934</b>	<b>555393</b>	<b>13,202</b>	<b>66249</b>	<b>22,058</b>
0 - 5	9110	40179	1175	3823	1885
5 - 9	917	25498	0	0	168
10 - 14	1334	12178	843	1537	325
15 - 19	9469	41584	199	2260	3633
20 - 24	15128	76832	189	7776	4709
25 - 29	15488	71823	1421	5418	2189
30 - 34	9334	59453	465	11737	3821
35 - 39	10723	45439	2459	7607	1148
40 - 44	3052	45366	0	3983	3059
45 - 49	848	21515	431	7670	0
50 - 54	2898	23779	1155	3078	266
55 - 59	1717	15631	533	2059	520
60 - 64	1478	15501	0	1298	0
65 - 69	644	17536	0	2596	0
70 - 74	1042	15651	652	2270	0
75 y más	752	27428	3680	3137	335

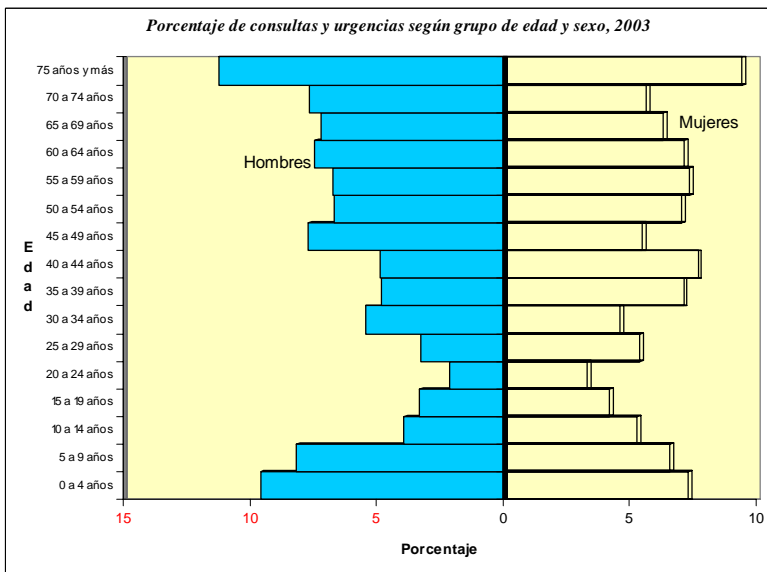
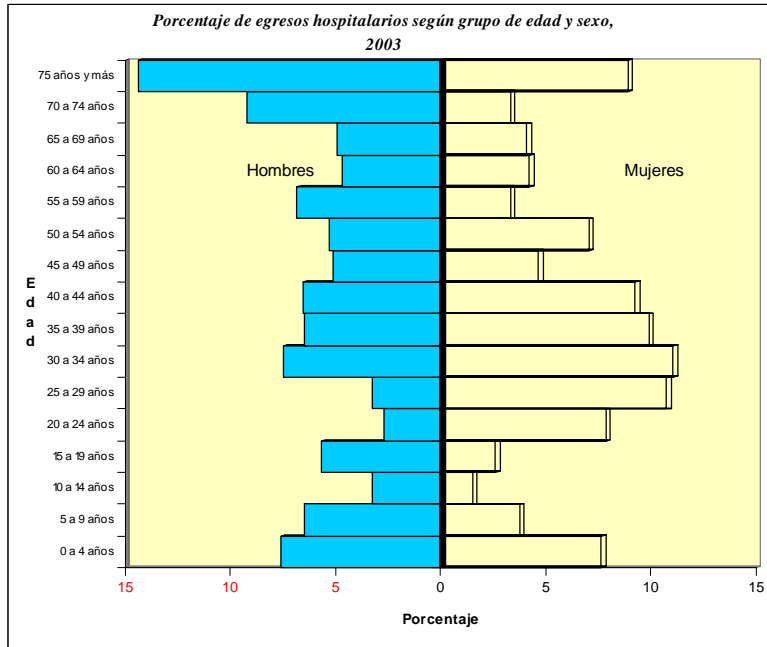
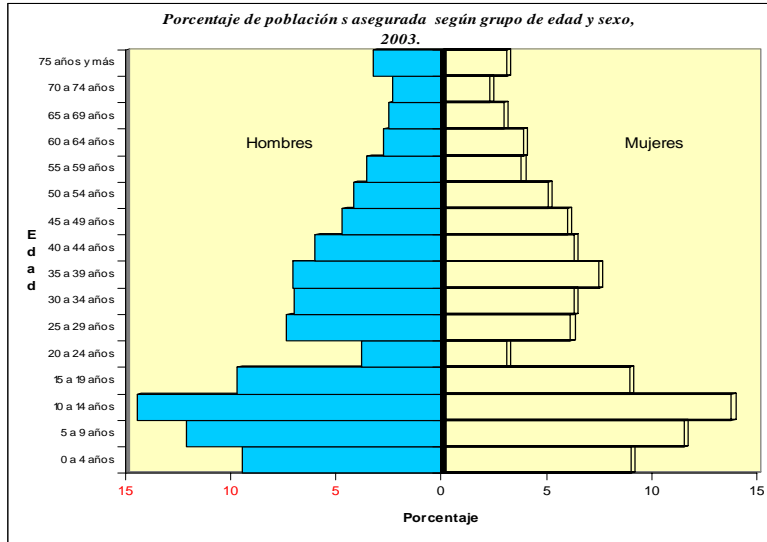
Fuente: Elaboración propia. Con base en los datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2003.  
Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú.



**Índices de utilización de servicios, por sexo y edad: estimado 2003.**

Sexo y edad	Tasa de egresos hospitalarios	Estancia media hospitalaria	Tasa de consultas y urgencias
<b>Hombres</b>	0.42516	7.19542	1.97084
0 a 4 años	0.03232	4.10536	1.99695
5 a 9	0.02152	4.32383	1.32738
10 a 14	0.00913	5.13586	0.53124
15 a 19	0.02373	5.67061	0.67057
20 a 24	0.02870	7.03748	1.09441
25 a 29	0.01772	7.03748	0.88108
30 a 34	0.04297	7.03748	1.52463
35 a 39	0.03681	7.03748	1.34121
40 a 44	0.04419	7.03748	1.60223
45 a 49	0.04402	8.12948	3.24570
50 a 54	0.05132	8.12948	3.15433
55 a 59	0.07825	8.12948	3.76065
60 a 64	0.06926	8.56686	5.38945
65 a 69	0.08039	8.56686	5.71352
70 a 74	0.15915	8.56686	6.46610
75 y más años	0.17936	8.56686	6.87346
<b>Mujeres</b>	0.06637	4.95009	2.62467
0 a 4 años	0.05620	4.03909	2.12389
5 a 9	0.02159	4.52810	1.50042
10 a 14	0.00733	5.25664	1.00785
15 a 19	0.01937	4.19017	1.22696
20 a 24	0.16770	3.33114	2.78478
25 a 29	0.11589	3.33114	2.28935
30 a 34	0.11667	3.33114	1.91734
35 a 39	0.08762	3.33114	2.49364
40 a 44	0.09758	3.33114	3.20804
45 a 49	0.05136	6.41679	2.39782
50 a 54	0.09198	6.41679	3.63787
55 a 59	0.05745	6.41679	5.06169
60 a 64	0.07199	8.21679	4.83971
65 a 69	0.09067	8.21679	5.52467
70 a 74	0.09462	8.21679	6.38627
75 y más años	0.18975	8.21679	7.91485
<b>Ambos sexos</b>	0.05379	5.75906	2.30980
0 a 4 años	0.04443	4.06286	2.06131
5 a 9	0.02155	4.42755	1.41511
10 a 14	0.00821	5.19045	0.77278
15 a 19	0.02155	5.00685	0.94812
20 a 24	0.09380	3.93416	1.88603
25 a 29	0.06437	3.86669	1.55023
30 a 34	0.07922	4.35290	1.71777
35 a 39	0.06392	4.32673	1.95604
40 a 44	0.07255	4.38950	2.45516
45 a 49	0.04828	7.07150	2.75334
50 a 54	0.07443	6.92651	3.42917
55 a 59	0.06704	7.33776	4.46237
60 a 64	0.07092	8.35121	5.05585
65 a 69	0.08620	8.35877	5.60680
70 a 74	0.12570	8.43027	6.42472
75 y más años	0.18466	8.38336	7.40469

Fuente: elaborado a partir de estadísticas de producción de EsSalud y ENAHO 2003.



**Población asegurada titular, por tipo de seguro**  
**Enero - diciembre 2003**

Tipo de Seguro	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
<b>SEGURO REGULAR</b>	<b>2,618,903</b>	<b>2,618,298</b>	<b>2,623,834</b>	<b>2,632,306</b>	<b>2,638,836</b>	<b>2,643,931</b>	<b>2,649,688</b>	<b>2,654,020</b>	<b>2,660,542</b>	<b>2,667,863</b>	<b>2,673,571</b>	<b>2,678,062</b>
.Empleados	1,340,427	1,340,446	1,342,437	1,344,392	1,346,740	1,348,470	1,350,200	1,351,930	1,353,660	1,355,390	1,357,120	1,358,850
.Obreros	440,948	440,948	441,619	442,290	443,097	443,677	444,256	444,836	445,415	445,995	446,574	447,154
.Trabajador Portuario	2,898	3,042	2,387	2,620	2,842	2,834	2,825	2,817	2,808	2,799	2,790	2,781
.Pescador y Procesador Artesanal Independiente	260	266	277	290	299	302	321	289	297	299	298	292
.Trabajador del Hogar	38,166	38,181	38,196	38,569	38,943	39,099	39,255	39,411	39,567	39,723	39,879	40,035
.Construcción Civil	76,897	76,602	78,229	81,368	82,281	83,750	85,218	86,686	88,154	89,623	91,091	92,559
.Pensionistas	719,306	718,813	720,689	722,777	724,634	725,800	727,613	728,052	730,640	734,036	735,819	736,391
. D.L. 19990	383,929	382,934	383,385	384,214	384,998	385,554	386,400	385,921	386,833	388,369	389,583	389,583
. D.L. 18846	11,970	11,965	11,970	11,984	12,028	12,036	12,042	12,101	12,210	12,341	12,341	12,341
. D.L. 20530	281,625	282,188	282,751	283,314	283,877	284,440	285,003	285,566	286,129	286,693	287,256	287,819
. D.L. 20530 - EsSalud	15,643	15,648	15,664	15,671	15,666	15,676	15,702	15,749	15,758	15,766	15,773	15,781
.Sistema Privado de Pensiones - SPP	26,139	26,078	26,919	27,594	28,065	28,094	28,466	28,715	29,710	30,866	30,866	30,866
<b>SEGURO DE SALUD AGRARIO</b>	<b>96,145</b>	<b>97,001</b>	<b>97,978</b>	<b>97,885</b>	<b>98,741</b>	<b>99,597</b>	<b>100,453</b>	<b>101,309</b>	<b>102,165</b>	<b>103,021</b>	<b>103,877</b>	<b>104,733</b>
Dependiente	69,308	69,925	70,630	70,563	71,180	71,797	72,414	73,031	73,648	74,265	74,882	75,499
Independiente	26,837	27,076	27,349	27,323	27,562	27,801	28,040	28,279	28,517	28,756	28,995	29,234
<b>REGIMENES ESPECIALES</b>	<b>83,631</b>	<b>83,582</b>	<b>82,626</b>	<b>82,470</b>	<b>81,497</b>	<b>81,149</b>	<b>80,883</b>	<b>80,616</b>	<b>80,351</b>	<b>80,088</b>	<b>79,820</b>	<b>79,555</b>
. Facultativo Independiente	33,165	33,170	32,907	32,921	32,712	32,599	32,568	32,536	32,505	32,474	32,443	32,412
. Continuación Facultativa	35,129	35,081	34,566	34,445	34,125	34,060	33,995	33,930	33,863	33,799	33,732	33,663
. Ama de Casa	11,568	11,569	11,435	11,399	11,036	10,903	10,769	10,636	10,503	10,370	10,237	10,104
. Chofer Profesional	3,769	3,762	3,718	3,705	3,623	3,587	3,551	3,515	3,480	3,445	3,409	3,376
<b>SCTR</b>	<b>240,926</b>	<b>229,174</b>	<b>231,777</b>	<b>231,583</b>	<b>243,320</b>	<b>207,593</b>	<b>258,424</b>	<b>274,751</b>	<b>239,976</b>	<b>247,559</b>	<b>250,234</b>	<b>246,948</b>
Dependiente	240,654	228,983	231,634	231,357	243,105	207,154	258,021	274,576	239,647	247,323	249,837	246,723
Independiente	272	191	143	226	215	439	403	175	329	236	397	225
<b>SEGUROS POTESTATIVOS</b>	<b>108,113</b>	<b>102,595</b>	<b>100,296</b>	<b>99,066</b>	<b>103,102</b>	<b>101,012</b>	<b>103,125</b>	<b>102,662</b>	<b>107,283</b>	<b>103,555</b>	<b>104,867</b>	<b>101,378</b>
SEGURO POTESTATIVO UNICO	176	1,884	3,948	6,478	9,819	13,257	16,070	18,448	19,517	20,131	20,139	20,139
SEGURO INDEPENDIENTE	4,890	4,750	4,644	4,519	4,648	4,340	4,286	4,107	4,255	3,977	4,014	3,750
ESSALUD PERSONAL Y FAMILIAR	103,223	97,669	93,768	90,599	91,976	86,853	85,582	82,485	84,580	80,061	80,722	77,489
Esencial	2,658	2,484	2,332	2,210	2,173	1,968	1,920	1,837	1,911	1,780	1,773	1,632
Ampliado	5,180	4,835	4,597	4,443	4,559	4,223	4,127	3,976	4,094	3,784	3,825	3,603
Completo	95,385	90,350	86,839	83,946	85,244	80,662	79,535	76,672	78,575	74,497	75,124	72,254
<b>LATENCIA</b>	<b>30,403</b>	<b>30,506</b>	<b>30,816</b>	<b>30,759</b>	<b>30,890</b>	<b>30,976</b>	<b>31,060</b>	<b>31,144</b>	<b>31,228</b>	<b>31,311</b>	<b>31,395</b>	<b>31,479</b>
<b>TOTAL POBLACION ASEGURADA</b>	<b>2,937,467</b>	<b>2,932,173</b>	<b>2,935,693</b>	<b>2,942,712</b>	<b>2,953,281</b>	<b>2,957,105</b>	<b>2,965,612</b>	<b>2,969,927</b>	<b>2,981,898</b>	<b>2,986,075</b>	<b>2,993,927</b>	<b>2,995,432</b>

Fuente: Gerencia Central de Seguros, ESSALUD. Elaboración: GDA - Oficina de Apoyo a la Gestión.

**Resumen de afiliación, titulares por seguro y categoría ocupacional: enero-diciembre 2003.**

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
<b>SEGURO REGULAR</b>	<b>1,929,740</b>	<b>1,929,725</b>	<b>1,933,683</b>	<b>1,939,998</b>	<b>1,944,793</b>	<b>1,949,108</b>	<b>1,952,814</b>	<b>1,956,823</b>	<b>1,960,832</b>	<b>1,964,840</b>	<b>1,968,849</b>	<b>1,972,858</b>
ADA asalariados	1,929,740	1,929,725	1,933,683	1,939,998	1,944,793	1,948,805	1,952,814	1,956,823	1,960,832	1,964,840	1,968,849	1,972,858
ADA No asalariados	260	266	277	290	299	302	321	289	297	299	298	292
<b>SEGURO AGRARIO</b>	<b>96,145</b>	<b>97,001</b>	<b>97,978</b>	<b>97,885</b>	<b>98,741</b>	<b>99,597</b>	<b>100,453</b>	<b>101,309</b>	<b>102,165</b>	<b>103,021</b>	<b>103,877</b>	<b>104,733</b>
ADA Asalariados	69,308	69,925	70,630	70,563	71,180	71,797	72,414	73,031	73,648	74,265	74,882	75,499
ADA No asalariados	26,837	27,076	27,349	27,323	27,562	27,801	28,040	28,279	28,517	28,756	28,995	29,234
<b>REGIMENES ESPECIALES</b>	<b>83,631</b>	<b>83,582</b>	<b>82,626</b>	<b>82,470</b>	<b>81,497</b>	<b>81,149</b>	<b>80,883</b>	<b>80,616</b>	<b>80,351</b>	<b>80,088</b>	<b>79,820</b>	<b>79,555</b>
ADA Asalariados	50,466	50,413	49,719	49,549	48,785	48,550	48,315	48,080	47,846	47,614	47,378	47,144
ADA No asalariados	33,165	33,170	32,907	32,921	32,712	32,599	32,568	32,536	32,505	32,474	32,443	32,412
<b>SEGUROS POTESTATIVOS</b>	<b>108,113</b>	<b>102,595</b>	<b>100,296</b>	<b>99,066</b>	<b>103,102</b>	<b>101,012</b>	<b>103,125</b>	<b>102,662</b>	<b>107,283</b>	<b>103,555</b>	<b>104,867</b>	<b>101,378</b>
ADA Asalariados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ADA No asalariados	108,113	102,595	100,296	99,066	103,102	101,012	103,125	102,662	107,283	103,555	104,867	101,378
<b>TOTAL ADA asalariados</b>	<b>2,049,513</b>	<b>2,050,063</b>	<b>2,054,032</b>	<b>2,060,110</b>	<b>2,064,758</b>	<b>2,069,152</b>	<b>2,073,543</b>	<b>2,077,934</b>	<b>2,082,325</b>	<b>2,086,719</b>	<b>2,091,109</b>	<b>2,095,500</b>
<b>TOTAL ADA NO asalariados</b>	<b>60,262</b>	<b>60,512</b>	<b>60,533</b>	<b>60,534</b>	<b>60,572</b>	<b>60,702</b>	<b>60,928</b>	<b>61,104</b>	<b>61,320</b>	<b>61,529</b>	<b>61,736</b>	<b>61,938</b>
<b>ADA GLOBAL</b>	<b>2,109,775</b>	<b>2,110,575</b>	<b>2,114,565</b>	<b>2,120,643</b>	<b>2,125,330</b>	<b>2,129,854</b>	<b>2,134,471</b>	<b>2,139,038</b>	<b>2,143,645</b>	<b>2,148,248</b>	<b>2,152,845</b>	<b>2,157,438</b>
<b>PENSIONISTAS</b>	<b>719,306</b>	<b>718,813</b>	<b>720,689</b>	<b>722,777</b>	<b>724,634</b>	<b>725,800</b>	<b>727,613</b>	<b>728,052</b>	<b>730,640</b>	<b>734,036</b>	<b>735,819</b>	<b>736,391</b>
<b>TITULARES GLOBAL</b>	<b>2,937,195</b>	<b>2,931,982</b>	<b>2,935,550</b>	<b>2,942,487</b>	<b>2,953,066</b>	<b>2,956,666</b>	<b>2,965,209</b>	<b>2,969,752</b>	<b>2,981,569</b>	<b>2,985,839</b>	<b>2,993,531</b>	<b>2,995,207</b>

Fuente: Elaborado con base en datos de la Gerencia Central de Seguros.

**Resumen de titulares activos y pensionados, Agrario y Regular. 2003.**

Grupo de edad	Asegurados directos activos			Asegurados titulares pensionistas		
	Hombre	Mujer	Ambos sexos	Hombre	Mujer	Ambos sexos
<b>Total</b>	<b>1,282,574</b>	<b>738,696</b>	<b>2,021,270</b>	<b>403,865</b>	<b>355,429</b>	<b>759,294</b>
0-17 años	74	39	113	11,874	11,836	23,710
18-24	109,771	63,173	172,944	2,452	3,049	5,501
25-34	413,519	255,020	668,539	1,637	4,453	6,090
35-49	523,259	327,488	850,747	7,031	22,277	29,308
50-59	180,815	75,907	256,722	61,545	79,927	141,472
60-64	35,819	10,356	46,175	55,320	45,565	100,885
65-74	17,645	5,636	23,281	151,034	102,198	253,232
75 y más	1,672	1,077	2,749	112,972	86,124	199,096
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
0-17 años	0.0	0.0	0.0	2.9	3.3	3.1
18-24	8.6	8.6	8.6	0.6	0.9	0.7
25-34	32.2	34.5	33.1	0.4	1.3	0.8
35-49	40.8	44.3	42.1	1.7	6.3	3.9
50-59	14.1	10.3	12.7	15.2	22.5	18.6
60-64	2.8	1.4	2.3	13.7	12.8	13.3
65-74	1.4	0.8	1.2	37.4	28.8	33.4
75 y más	0.1	0.1	0.1	28.0	24.2	26.2

Fuente: procesado a partir de la base de datos de afiliación de EsSalud, noviembre 2003.

**Resumen mensual de prestaciones en salud, 2003.**

VARIABLE	Total	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Consultas Médicas	13,113,411	1,161,835	1,090,671	1,100,356	1,074,737	1,055,280	1,106,459	1,088,292	1,060,794	1,194,098	984,564	1,156,152	1,040,173
Consultantes de consulta externa	3,432,743	876,784	492,187	365,271	276,396	228,610	215,484	187,044	179,406	185,869	142,462	158,256	124,974
Sesiones Odontológicas	2,225,045	198,524	194,713	194,205	179,055	180,079	193,504	186,917	181,086	203,056	158,528	189,830	165,548
Trabajos Odontológicos	4,917,574	450,294	429,472	431,897	395,418	399,490	428,293	411,353	397,521	449,594	345,762	418,465	360,015
Consultantes al servicio de odontología	843,420	128,666	91,136	82,694	71,897	68,760	69,161	64,574	58,716	62,748	47,583	54,112	43,373
Egresos	381,530	31,455	30,841	33,672	29,528	32,835	31,369	32,560	32,123	32,409	31,438	31,776	31,524
Estancias	2,197,256	179,389	174,081	187,167	173,145	186,697	181,146	187,704	181,277	187,686	187,112	184,310	187,542
Pacientes Días	2,084,894	175,637	165,097	182,549	165,272	177,124	171,668	176,097	177,432	176,026	176,011	175,466	166,515
Días Cama Disponibles	2,467,439	209,113	190,281	210,263	202,381	209,301	201,857	210,021	209,527	203,214	209,883	202,978	208,620
Partos	65,006	5,183	5,043	5,681	5,571	5,581	5,249	5,526	5,400	5,816	5,473	5,095	5,388
Partos complicados	26,237	2,085	1,964	2,253	2,247	2,203	2,109	2,258	2,262	2,383	2,250	2,037	2,186
Cesáreas	21,240	1,715	1,640	1,838	1,840	1,750	1,729	1,821	1,826	1,950	1,776	1,615	1,740
Nacimientos	65,792	5,256	5,099	5,759	5,613	5,653	5,311	5,581	5,439	5,877	5,533	5,225	5,446
Nacidos vivos	65,277	5,225	5,062	5,710	5,579	5,619	5,259	5,542	5,391	5,829	5,489	5,178	5,394
Atenciones de emergencia	3,271,225	281,329	271,700	285,848	275,821	271,008	249,003	267,769	260,253	251,797	278,577	278,356	299,764
Prioridad I	33,311	2,817	2,714	2,834	2,634	2,732	2,832	2,828	2,688	2,687	2,865	2,802	2,878
Prioridad II	616,860	55,277	50,835	53,901	50,493	49,253	47,182	48,810	48,437	49,746	52,623	54,220	56,083
Prioridad III	1,985,051	167,435	161,433	172,327	162,973	163,879	150,505	159,094	155,435	152,997	174,686	175,602	188,685
Prioridad IV	636,003	55,800	56,718	56,786	59,721	55,144	48,484	57,037	53,693	46,367	48,403	45,732	52,118
Intervenciones quirúrgicas	241,435	20,898	21,185	20,959	16,748	20,690	21,153	21,034	20,410	21,649	18,500	20,032	18,177
Cirugía mayor de alta complejidad	12,950	1,127	1,081	1,099	764	1,192	1,270	1,153	1,089	1,185	1,009	988	993
Cirugía mayor de Mediana complejidad	50,127	4,340	4,385	4,250	3,202	4,355	4,569	4,446	4,374	4,523	3,853	4,144	3,686
Cirugía mayor de Baja complejidad	116,964	10,024	10,079	10,285	8,435	9,994	9,974	10,339	9,851	10,331	9,200	9,650	8,802
Cirugía menor de alto requerimiento	54,030	4,696	4,951	4,685	3,851	4,547	4,766	4,482	4,492	4,889	3,929	4,635	4,107
Cirugía menor de bajo requerimiento	7,364	711	689	640	496	602	574	614	604	721	509	615	589
Recetas despachadas	50,373,657	4,120,634	4,007,980	4,233,201	4,053,579	4,134,346	4,229,839	4,223,396	4,178,620	4,537,364	4,073,363	4,441,088	4,140,247
Análisis de laboratorio	20,789,079	1,805,619	1,793,742	1,792,869	1,673,733	1,671,565	1,771,234	1,758,866	1,737,645	1,821,866	1,559,861	1,780,492	1,621,587
Exámenes Radiológicos	1,532,298	132,182	126,342	131,451	122,622	124,833	128,575	128,333	125,848	137,211	119,908	135,245	119,748
Placas Radiológicas	2,378,358	198,890	197,005	204,832	194,010	194,997	197,490	198,805	195,846	213,690	186,886	208,966	186,941
Recetas despachadas x consulta Externa	29,074,566	2,390,091	2,298,792	2,390,254	2,375,640	2,357,854	2,450,726	2,450,922	2,397,708	2,697,652	2,271,280	2,608,857	2,384,790
Análisis de laboratorio x consulta externa	9,771,200	878,559	877,461	856,412	810,648	787,627	836,813	819,316	790,874	850,577	688,153	834,780	739,980
Exámenes Radiológicos x consulta externa	833,336	74,610	70,094	71,391	67,464	67,664	70,318	69,045	67,786	76,139	61,334	75,214	62,277
Placas Radiológicas x consulta externa	1,329,015	113,921	110,604	111,978	108,544	109,602	111,492	111,546	109,941	122,479	98,758	118,966	101,184

Fuente: Oficina Central de Planificación y Desarrollo, Gerencia de Planeamiento Corporativo -Sub Gerencia de Información Gerencial.

**EXPEDIENTES PROCESADOS, DÍAS Y MONTOS DE LOS SUBSIDIOS OTORGADOS, POR RÉGIMENES Y MODALIDAD DE PAGO, SEGÚN TIPO DE SUBSIDIO**  
Enero / diciembre 2003

TIPO DE SUBSIDIO	TOTAL			LEY Nº 26790 1/			D.LEG. Nº 885 2/		
	TOTAL	PAGO DIRECTO	PAGO POR REEMBOLSO	TOTAL	PAGO DIRECTO	PAGO POR REEMBOLSO	TOTAL	PAGO DIRECTO	PAGO POR REEMBOLSO
<b>TOTAL PRESTACIONES ECONOMICAS</b>									
EXPEDIENTES PROCESADOS	175 160	105 752	69 408	169 299	102 292	67 007	5 861	3 460	2 401
DÍAS SUBSIDIADOS	3 150 550	177 066	2 973 484	3 067 323	167 722	2 899 601	83 227	9 344	73 883
MONTOS SUBSIDIADOS	223 126 739	104 660 380	118 466 359	218 145 661	101 434 316	116 711 345	4 981 078	3 226 064	1 755 014
<b>INCAPACIDAD TEMPORAL 3/</b>									
EXPEDIENTES PROCESADOS	49 045	3 206	45 839	46 898	3 061	43 837	2 147	145	2 002
DÍAS SUBSIDIADOS	1 291 251	110 423	1 180 828	1 243 448	106 164	1 137 284	47 803	4 259	43 544
MONTOS SUBSIDIADOS 4/	51 470 325	1 986 778	49 483 547	50 251 185	1 928 558	48 322 627	1 219 140	58 220	1 160 920
<b>MATERNIDAD</b>									
EXPEDIENTES PROCESADOS	24 633	1 064	23 569	24 166	996	23 170	467	68	399
DÍAS SUBSIDIADOS	1 859 299	66 643	1 792 656	1 823 875	61 558	1 762 317	35 424	5 085	30 339
MONTOS SUBSIDIADOS 4/	69 840 022	857 210	68 982 812	69 176 433	787 715	68 388 718	663 589	69 495	594 094
<b>LACTANCIA</b>									
EXPEDIENTES PROCESADOS	84 425	84 425	-	81 536	81 536	-	2 889	2 889	-
MONTOS SUBSIDIADOS 4/	67 800 924	67 800 924	-	65 431 944	65 431 944	-	2 368 980	2 368 980	-
<b>ASEGURADA TITULAR</b>									
EXPEDIENTES PROCESADOS	31 418	31 418	-	30 883	30 883	-	535	535	-
MONTOS SUBSIDIADOS 4/	24 336 045	24 336 045	-	23 897 345	23 897 345	-	438 700	438 700	-
<b>ASEGURADA CÓNYUGE</b>									
EXPEDIENTES PROCESADOS	53 007	53 007	-	50 653	50 653	-	2 354	2 354	-
MONTOS SUBSIDIADOS 4/	43 464 879	43 464 879	-	41 534 599	41 534 599	-	1 930 280	1 930 280	-
<b>SEPELIO</b>									
EXPEDIENTES PROCESADOS	17 057	17 057	-	16 699	16 699	-	358	358	-
MONTOS SUBSIDIADOS 4/	34 015 468	34 015 468	-	33 286 099	33 286 099	-	729 369	729 369	-

1/ Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

2/ Seguro de Salud para los trabajadores de la actividad agraria.

3/ Comprende los riesgos de enfermedad y accidentes comunes, accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

4/ Montos emitidos en Nuevos Soles.

FUENTE: Sub Gerencia de Prestaciones Económicas, Gerencia de Prestaciones Sociales y Económicas- Gerencia de División de Prestaciones

**Resumen de prestaciones económicas, 2003.**

Tipo de prestación	Casos	Días	Monto	Días por caso	Monto por día	Monto por caso
Incapacidad temporal por enfermedad	49,045	1,291,251	51,470,325	26.3	39.9	1,049
Subsidios por maternidad	24,633	1,859,299	69,840,022	75.5	37.6	2,835
Lactancia	84,425	-	67,800,924	-	-	803
Sepelio	17,057	-	34,015,468	-	-	1,994
<b>Total</b>	<b>175,160</b>	<b>3,150,550</b>	<b>223,126,739</b>	<b>18.0</b>	<b>70.8</b>	<b>1,274</b>

EsSalud: Resumen de ingresos, según fuente: 2002-2003.

Fuente de ingresos	2002		2003	
	Monto	%	Monto	%
<b>INGRESOS POR APORTACIONES</b>	<b>2,687,759,249</b>	<b>98.2</b>	<b>2,858,326,500</b>	<b>98.7</b>
<b>Seguro de Salud ESSALUD</b>	<b>2,615,181,978</b>	<b>95.6</b>	<b>2,797,411,425</b>	<b>96.6</b>
Regular (incluye fraccionamiento)	2,593,638,122	94.8	2,773,051,730	95.7
Agrario	21,543,856	0.8	24,359,695	0.8
<b>Potestativo</b>	<b>72,577,271</b>	<b>2.7</b>	<b>60,915,075</b>	<b>2.1</b>
Independiente	5,669,848	0.2	5,079,588	0.2
Personal y familiar	65,312,634	2.4	49,665,273	1.7
Potestativo único			6,154,771	
Universitario	1,594,789	0.1	15,443	0.0
<b>INGRESOS FINANCIEROS</b>	<b>48,581,054</b>	<b>1.8</b>	<b>38,558,760</b>	<b>1.3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2,736,340,303</b>	<b>100.0</b>	<b>2,896,885,260</b>	<b>100.0</b>

**EsSalud. Ingresos del Seguro de Salud Regular y Agrario: 2002-2003**  
(Nuevos soles corrientes)

Año/mes	SEGURO REGULAR			
	SALUD	FRACCIONA-MIENTO	AGRARIO	TOTAL
<b>2003</b>				
<b>TOTAL</b>	<b>2,742,037,381</b>	<b>31,014,349</b>	<b>24,359,695</b>	<b>2,797,411,425</b>
ENERO	302,563,356	1,748,006	2,652,995	306,964,357
FEBRERO	215,926,866	2,527,663	1,805,666	220,260,195
MARZO	205,464,505	3,646,785	1,633,144	210,744,434
ABRIL	197,275,975	1,606,684	1,948,611	200,831,270
MAYO	213,906,736	2,673,150	1,729,391	218,309,276
JUNIO	206,732,169	2,445,583	1,798,087	210,975,839
JULIO	198,806,814	2,630,607	1,814,484	203,251,905
AGOSTO	328,735,927	2,196,937	2,272,653	333,205,517
SETIEMBRE	218,083,441	2,704,743	1,999,725	222,787,909
OCTUBRE	210,749,675	2,177,158	2,046,494	214,973,328
NOVIEMBRE	208,986,061	1,788,638	2,179,323	212,954,022
DICIEMBRE	234,805,856	4,868,395	2,479,122	242,153,373
<b>2002</b>				
<b>TOTAL</b>	<b>2,561,758,960</b>	<b>31,879,161</b>	<b>21,543,856</b>	<b>2,615,181,978</b>
ENERO	252,259,686	1,283,898	2,182,217	255,725,801
FEBRERO	196,876,160	1,989,998	1,714,891	200,581,049
MARZO	192,694,517	1,645,917	1,448,926	195,789,360
ABRIL	196,873,790	1,438,679	1,529,546	199,842,015
MAYO	197,196,625	1,086,385	1,545,064	199,828,074
JUNIO	200,466,954	2,226,076	1,631,197	204,324,227
JULIO	198,392,402	3,400,081	1,692,246	203,484,729
AGOSTO	304,335,724	2,852,568	2,200,011	309,388,303
SETIEMBRE	217,430,417	6,263,692	1,933,179	225,627,288
OCTUBRE	196,476,033	2,998,778	1,889,290	201,364,101
NOVIEMBRE	201,720,742	2,716,599	1,857,729	206,295,070
DICIEMBRE	207,035,911	3,976,490	1,919,560	212,931,960

Fuente : Estadística de Recaudación de SUNAT (Formatos EPRO7R09, EPRO7R10)

Elaboración : GDA - OFICINA DE APOYO A LA GESTIÓN

**Evaluación financiera**  
**Flujo de Caja: ejercicio 2003**  
**(en nuevos soles, a diciembre)**

RUBROS	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre (*)	TOTAL
<b>Ingresos de operación</b>	<b>325,049,032</b>	<b>232,609,705</b>	<b>222,568,984</b>	<b>213,659,812</b>	<b>233,161,826</b>	<b>222,045,675</b>	<b>214,218,207</b>	<b>344,639,123</b>	<b>232,705,984</b>	<b>226,187,989</b>	<b>222,108,205</b>	<b>259,127,875</b>	<b>2,948,082,416</b>
Aportaciones (1)	311,516,689	224,769,383	215,410,629	205,899,260	222,504,568	214,934,220	208,110,042	336,201,107	226,144,949	218,917,826	215,874,713	246,420,773	2,846,704,160
Ingresos financieros de Tesorería(2)	451,941	503,481	210,266	172,291	194,247	181,760	165,869	208,345	330,423	217,928	205,605	220,189	3,662,344
Otros (3)	13,080,402	7,336,841	6,948,088	7,588,261	10,463,011	6,929,695	5,942,296	8,229,671	6,230,612	7,052,236	6,027,887	12,486,912	98,315,912
<b>Egresos de operación</b>	<b>287,133,034</b>	<b>220,717,603</b>	<b>350,550,224</b>	<b>227,526,644</b>	<b>212,486,320</b>	<b>214,475,651</b>	<b>285,077,900</b>	<b>229,460,262</b>	<b>206,335,681</b>	<b>209,997,796</b>	<b>202,869,739</b>	<b>319,494,145</b>	<b>2,966,124,999</b>
Compra de bienes y servicios	81,900,092	70,925,740	75,272,878	83,716,030	74,595,908	80,200,587	76,199,608	75,513,886	67,407,759	66,926,855	41,682,515	89,686,411	884,028,269
Gastos de personal (4)	115,781,934	80,896,482	206,511,216	64,400,886	65,585,193	63,288,763	117,557,236	68,660,806	66,595,002	69,642,402	81,069,169	123,828,811	1,123,817,899
D.L. 20530 - planilla cesantes	18,582,057	18,516,120	19,428,850	18,856,080	19,695,296	19,813,935	38,735,012	21,447,482	18,849,317	21,909,334	28,100,894	43,275,567	287,209,944
<b>Tributos</b>	<b>42,834,070</b>	<b>24,951,642</b>	<b>23,683,632</b>	<b>36,295,663</b>	<b>24,285,063</b>	<b>23,947,149</b>	<b>23,401,606</b>	<b>38,277,082</b>	<b>25,305,233</b>	<b>24,343,962</b>	<b>26,705,507</b>	<b>32,585,982</b>	<b>346,616,591</b>
Por cuenta propia (5)	15,243,432	9,834,020	9,310,985	9,122,227	9,240,644	9,073,352	9,148,212	9,892,029	9,735,921	9,662,471	8,058,967	9,021,961	117,344,221
Por cuenta de terceros (6)	27,590,638	15,117,622	14,372,647	27,173,436	15,044,419	14,873,797	14,253,394	28,385,053	15,569,312	14,681,491	18,646,540	23,564,021	229,272,370
Gastos diversos de gestión (7)	16,871,311	19,238,932	19,293,565	17,695,343	22,712,246	20,704,224	17,947,012	19,266,314	18,865,323	22,167,602	19,375,776	16,209,307	230,346,956
Gastos financieros (8)	17,872	36,305	16,967	13,105	21,837	41,463	46,029	32,502	41,448	51,392	49,566	66,694	435,180
Transferencia a ONP D.L. 18846	4,170,383	3,993,691	4,569,272	4,299,935	4,524,841	4,768,973	8,643,171	5,127,282	7,380,380	3,844,231	3,986,302	11,359,214	66,667,675
Otros (9)	6,975,315	2,158,691	1,773,844	2,249,602	1,065,936	1,710,556	2,548,226	1,134,908	1,891,219	1,112,018	1,900,009	2,482,159	27,002,485
<b>Saldo operativo</b>	<b>37,915,998</b>	<b>11,892,102</b>	<b>(127,981,241)</b>	<b>(13,866,832)</b>	<b>20,675,506</b>	<b>7,570,024</b>	<b>(70,859,693)</b>	<b>115,178,861</b>	<b>26,370,302</b>	<b>16,190,194</b>	<b>19,238,466</b>	<b>(60,366,270)</b>	<b>(18,042,583)</b>
<b>Ingresos financieros SGIF</b>	<b>4,696,950</b>	<b>1,222,141</b>	<b>6,154,027</b>	<b>3,741,389</b>	<b>2,232,947</b>	<b>2,929,691</b>	<b>2,889,469</b>	<b>2,672,830</b>	<b>952,655</b>	<b>2,402,039</b>	<b>2,200,453</b>	<b>3,933,626</b>	<b>36,028,216</b>
<b>Gastos de capital</b>	<b>761,654</b>	<b>1,315,241</b>	<b>677,606</b>	<b>1,675,201</b>	<b>2,661,764</b>	<b>1,331,091</b>	<b>1,955,564</b>	<b>1,706,556</b>	<b>1,714,028</b>	<b>550,508</b>	<b>332,120</b>	<b>186,989</b>	<b>14,868,321</b>
Proyectos de inversión	433,702	817,874	120,631	799,852	1,106,995	114,994	259,972	299,970	395,762	234,455	92,893	177,677	4,854,776
Gastos de capital no ligados a proyectos	327,952	497,367	556,975	875,349	1,554,769	1,216,097	1,695,592	1,406,586	1,318,266	316,053	239,227	9,312	10,013,544
<b>Saldo económico</b>	<b>41,851,294</b>	<b>11,799,003</b>	<b>(122,504,819)</b>	<b>(11,800,645)</b>	<b>20,246,690</b>	<b>9,168,624</b>	<b>(69,925,787)</b>	<b>116,145,135</b>	<b>25,608,929</b>	<b>18,041,724</b>	<b>21,106,799</b>	<b>(56,619,633)</b>	<b>3,117,313</b>
<b>Financiamiento Interno</b>	<b>(21,338,380)</b>	<b>(13,193,000)</b>	<b>23,300,000</b>	<b>(870,000)</b>	<b>-</b>	<b>(7,300,000)</b>	<b>55,411,485</b>	<b>(3,600,000)</b>	<b>(44,049,544)</b>	<b>(16,912,290)</b>	<b>(35,928,000)</b>	<b>90,000,000</b>	<b>25,520,271</b>
Transf. de SGIF (10)	-	-	26,000,000	-	-	-	60,411,485	1,000,000	486,174	64,175,540	40,482,015	95,520,650	288,075,864
Transf. a SGIF (11)	21,338,380	13,193,000	2,700,000	870,000	-	7,300,000	5,000,000	4,600,000	44,535,718	81,087,830	76,410,015	5,520,650	262,555,593
<b>Reinversión ingresos financieros</b>	<b>4,696,950</b>	<b>1,222,141</b>	<b>6,154,027</b>	<b>3,741,389</b>	<b>2,232,947</b>	<b>2,929,691</b>	<b>2,889,469</b>	<b>2,672,830</b>	<b>952,655</b>	<b>2,402,039</b>	<b>2,200,453</b>	<b>3,933,626</b>	<b>36,028,216</b>
<b>SALDO NETO DE CAJA</b>	<b>15,815,964</b>	<b>(2,616,138)</b>	<b>(105,358,846)</b>	<b>(16,412,033)</b>	<b>18,013,743</b>	<b>(1,061,067)</b>	<b>(17,403,772)</b>	<b>109,872,305</b>	<b>(19,393,270)</b>	<b>(1,272,604)</b>	<b>(17,021,654)</b>	<b>29,446,741</b>	<b>(7,390,633)</b>
<b>SALDO INICIAL DE CAJA</b>	<b>199,484,098</b>	<b>215,300,062</b>	<b>212,683,924</b>	<b>107,325,077</b>	<b>90,913,044</b>	<b>108,926,787</b>	<b>107,865,720</b>	<b>90,461,948</b>	<b>200,334,253</b>	<b>180,940,983</b>	<b>179,668,379</b>	<b>162,646,725</b>	<b>199,484,098</b>
<b>SALDO FINAL DE CAJA (12)</b>	<b>215,300,062</b>	<b>212,683,924</b>	<b>107,325,077</b>	<b>90,913,044</b>	<b>108,926,787</b>	<b>107,865,720</b>	<b>90,461,948</b>	<b>200,334,253</b>	<b>180,940,983</b>	<b>179,668,379</b>	<b>162,646,725</b>	<b>192,093,465</b>	<b>192,093,465</b>
<b>SALDO CUENTAS PAGADORAS (13)</b>	<b>42,550,326</b>	<b>42,123,921</b>	<b>28,379,024</b>	<b>39,833,337</b>	<b>35,729,907</b>	<b>39,262,744</b>	<b>39,255,371</b>	<b>44,336,730</b>	<b>39,598,619</b>	<b>43,607,086</b>	<b>16,297,729</b>	<b>41,358,024</b>	<b>41,358,024</b>
<b>SALDOS OTROS FONDOS (14)</b>	<b>16,930,069</b>	<b>7,783,259</b>	<b>9,100,792</b>	<b>8,455,115</b>	<b>14,088,708</b>	<b>11,008,699</b>	<b>9,588,428</b>	<b>12,044,981</b>	<b>16,544,851</b>	<b>16,245,653</b>	<b>21,982,993</b>	<b>28,790,302</b>	<b>28,790,302</b>
<b>SALDO FINAL SALUD TESORERIA (15)</b>	<b>155,819,667</b>	<b>162,776,743</b>	<b>69,845,261</b>	<b>42,624,592</b>	<b>59,108,172</b>	<b>57,594,277</b>	<b>41,618,148</b>	<b>143,952,541</b>	<b>124,797,513</b>	<b>119,815,640</b>	<b>124,366,002</b>	<b>121,945,140</b>	<b>121,945,140</b>
<b>SALDO CAJA INVERSIONES FINANCIERAS</b>	<b>47,507,795</b>	<b>6,078,180</b>	<b>16,800,593</b>	<b>9,864,057</b>	<b>31,162,516</b>	<b>44,563,692</b>	<b>2,902,803</b>	<b>601,396</b>	<b>8,124,715</b>	<b>17,120,633</b>	<b>759,029</b>	<b>2,910,085</b>	<b>2,910,085</b>
<b>SALDO FINAL CAJA INSTITUCIONAL</b>	<b>262,807,857</b>	<b>218,762,104</b>	<b>124,125,670</b>	<b>100,777,101</b>	<b>140,089,303</b>	<b>152,429,412</b>	<b>93,364,751</b>	<b>200,935,649</b>	<b>189,065,698</b>	<b>196,789,012</b>	<b>163,405,754</b>	<b>195,003,550</b>	<b>195,003,550</b>

(1) Aportaciones : Recaudación neta del 2% (Comisión Sunat).

(2) Ingresos Financieros: No se Incluye los In

(3) Otros Ingresos: Venta de no asegurados, venta de bases, anulación de cheques.

(4) En el mes de diciembre se incluye S/. 97.5 a cuenta de la nivelación derivada del Escalafón Institucional, correspondiente a los meses de oct-dic.

(5) Tributos por cuenta propia: Comprende el pago del IGV, Impuesto extraordinario de solidaridad, essalud vida, SCTR y aportaciones de ESSALUD.

(6) Tributos por cuenta de terceros: correspondientes a las retenciones de las planillas de cesantes, planilla de activos y AFP.

(7) Gastos diversos de gestión: subsidios, seguro por Essalud Vida, viáticos, entre otros.

(8) Gastos Financieros: comisiones por transferencias vía BCR, portes y mantenimiento cobrados por las entidades bancarias.

(9) Otros: Devoluciones a SUNAT, pago ley del artista.

(10) Transf. de Sub Gerencia de Inversiones: Corresponde a los fondos de la reserva de libre disponibilidad que transfiere la Sub Gerencia de Inv. Financieras para cubrir gastos operativos.

(11) Transf. a Sub Gerencia de Inversiones: Corresponde a los excedentes que mantiene la Sub Gerencia de Tesorería que son transferidos a la Sub Gerencia de Inv. Financieras para su rentabilización.

(12) Saldo Final de Caja : Incluye todas las cuentas de la Sub Gerencia de Tesorería

(13) Saldos cuentas pagadoras: Incluye las cuentas de Sede Central y ODCs

(14) Otros Fondos : Incluye las cuentas de Fraccionamiento, D.L. 20530, Agrario, Acc. De Trabajo, Multas, Ley del Artista

(15) Saldo Disponible - Fondo Salud: Corresponde a las cuentas de Ingresos y Transferencias ( libre disponibilidad)

**EsSalud: resumen de gasto de la red de servicios por nivel de atención, 2003.**

Nivel de atención	Remuneraciones	Bienes	Servicios	TOTAL
NIVEL IV	520,565,743	365,529,109	100,866,414	<b>986,961,266</b>
NIVEL III	168,728,855	56,945,970	38,939,196	<b>264,614,022</b>
NIVEL II	184,914,936	47,704,776	37,432,334	<b>270,052,046</b>
NIVEL I	138,626,365	29,921,698	27,504,719	<b>196,052,783</b>
POLICLÍNICOS	92,989,249	22,941,868	16,418,233	<b>132,349,350</b>
CENTRO MÉDICO	27,864,172	6,189,791	5,573,787	<b>39,627,749</b>
POSTA MÉDICA	31,526,766	8,139,709	10,145,435	<b>49,811,910</b>
INCOR	12,708,895	15,342,378	5,023,068	<b>33,074,342</b>
HEMODIALISIS	7,249,788	13,809,707	30,517,861	<b>51,577,355</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1,185,174,768</b>	<b>566,525,007</b>	<b>272,421,048</b>	<b>2,024,120,823</b>

**Gasto de la red de servicios por nivel de atención (en porcentaje): 2003.**

Nivel de atención	Remuneraciones	Bienes	Servicios	TOTAL
Nivel IV	43.9%	64.5%	37.0%	48.8%
Nivel III	14.2%	10.1%	14.3%	13.1%
Nivel II	15.6%	8.4%	13.7%	13.3%
Nivel I	11.7%	5.3%	10.1%	9.7%
Policlínicos	7.8%	4.0%	6.0%	6.5%
Centro médico	2.4%	1.1%	2.0%	2.0%
Posta médica	2.7%	1.4%	3.7%	2.5%
INCOR	1.1%	2.7%	1.8%	1.6%
Centros Hemodiálisis	0.6%	2.4%	11.2%	2.5%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>



**EsSalud: cuentas globales de gastos, por naturaleza. 2003.**

Naturaleza del gasto	Monto	Porcentaje
<b>Gasto asistencial ESSALUD:</b>	<b>2,213,208,946</b>	<b>74.8</b>
Gasto asistencial directo -redes salud	2,154,808,946	72.8
Gasto asistencial serv. Contratados	58,400,000	2.0
<b>Prestaciones económicas:</b>	<b>223,126,739</b>	<b>7.5</b>
Riesgo común	219,178,029	7.4
Riesgo laboral	3,948,710	0.1
<b>Gastos administ. General -central:</b>	<b>144,400,933</b>	<b>4.9</b>
Gastos generales	86,040,000	2.9
Comisión SUNAT	58,360,933	2.0
<b>Gasto previsional -PENSIONES</b>	<b>378,263,675</b>	<b>12.8</b>
Transferencia a ONP D.L. 18846	66,667,675	2.3
Pensiones D.L. 20530	311,596,000	10.5
<b>GASTO operativo GLOBAL</b>	<b>2,959,000,293</b>	<b>100.0</b>

Fuente: elaborado con base en datos de EsSalud, Subgerencia de Presupuesto.



### **Anexo III. Detalle de resultados según escenarios**

## ESCENARIO I (base). Situación constante al 2003

Proyecciones financieras Seguro Regular y Agrario, 2003-2013.  
(en millones de nuevos soles)

Componente	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Ingresos:</b>	<b>2,753.7</b>	<b>2,755.7</b>	<b>2,699.6</b>	<b>2,757.4</b>	<b>2,816.8</b>	<b>2,877.6</b>	<b>2,940.0</b>	<b>3,004.1</b>	<b>3,062.7</b>	<b>3,122.7</b>	<b>3,184.3</b>	<b>3,247.5</b>	<b>3,312.4</b>
Cuotas	2,679.7	2,687.1	2,632.1	2,688.4	2,746.1	2,805.3	2,866.1	2,928.4	2,985.4	3,043.8	3,103.7	3,165.1	3,228.1
Inversiones financieras	38.6	32.9	32.2	32.9	33.6	34.4	35.1	35.9	36.6	37.3	38.0	38.8	39.5
Otros ingresos	35.5	35.7	35.2	36.1	37.0	37.9	38.8	39.8	40.7	41.7	42.6	43.6	44.7
<b>Gastos:</b>	<b>2,663.2</b>	<b>2,716.6</b>	<b>2,787.2</b>	<b>2,878.1</b>	<b>2,972.7</b>	<b>3,071.2</b>	<b>3,173.7</b>	<b>3,280.5</b>	<b>3,385.3</b>	<b>3,494.2</b>	<b>3,607.4</b>	<b>3,725.3</b>	<b>3,847.8</b>
Asistencial	1,980.8	2,022.5	2,076.8	2,145.5	2,217.0	2,291.6	2,369.3	2,450.3	2,530.0	2,612.9	2,699.1	2,788.9	2,882.4
Prestaciones económicas	214.6	216.5	220.0	226.0	232.1	238.4	244.9	251.5	257.8	264.3	270.9	277.7	284.7
Administración	129.2	132.0	135.5	140.0	144.7	149.5	154.6	159.9	165.1	170.5	176.1	182.0	188.1
Pensiones	338.5	345.7	354.9	366.7	378.9	391.7	404.9	418.8	432.4	446.6	461.3	476.7	492.6
<b>Resultado de operación</b>	<b>90.5</b>	<b>39.1</b>	<b>-87.6</b>	<b>-120.7</b>	<b>-156.0</b>	<b>-193.6</b>	<b>-233.7</b>	<b>-276.4</b>	<b>-322.6</b>	<b>-371.4</b>	<b>-423.1</b>	<b>-477.7</b>	<b>-535.5</b>
Gasto de capital	12.1	12.3	12.6	13.1	13.5	13.9	14.4	14.9	15.4	15.9	16.4	17.0	17.5
<b>Gasto global</b>	<b>2,675.2</b>	<b>2,728.9</b>	<b>2,799.9</b>	<b>2,891.2</b>	<b>2,986.2</b>	<b>3,085.1</b>	<b>3,188.2</b>	<b>3,295.4</b>	<b>3,400.7</b>	<b>3,510.1</b>	<b>3,623.9</b>	<b>3,742.2</b>	<b>3,865.4</b>
<b>Resultado económico</b>	<b>78.5</b>	<b>26.8</b>	<b>-100.3</b>	<b>-133.7</b>	<b>-169.5</b>	<b>-207.5</b>	<b>-248.1</b>	<b>-291.3</b>	<b>-338.0</b>	<b>-387.3</b>	<b>-439.5</b>	<b>-494.7</b>	<b>-553.0</b>
Masa cotizante	36,797.3	37,028.9	36,513.4	37,420.6	38,353.8	39,313.8	40,301.7	41,318.4	42,265.7	43,239.6	44,241.2	45,271.5	46,331.4
Resultado operac / ingresos	3.3%	1.4%	-3.2%	-4.4%	-5.5%	-6.7%	-7.9%	-9.2%	-10.5%	-11.9%	-13.3%	-14.7%	-16.2%
Gasto/ingresos, %	97.1%	99.0%	103.7%	104.9%	106.0%	107.2%	108.4%	109.7%	111.0%	112.4%	113.8%	115.2%	116.7%
Costo asistencial	5.38%	5.46%	5.69%	5.73%	5.78%	5.83%	5.88%	5.93%	5.99%	6.04%	6.10%	6.16%	6.22%
Costo prestac. Económicas*	0.70%	0.70%	0.73%	0.74%	0.75%	0.75%	0.76%	0.76%	0.77%	0.77%	0.78%	0.78%	0.79%
Costo administración	0.35%	0.36%	0.37%	0.37%	0.38%	0.38%	0.38%	0.39%	0.39%	0.39%	0.40%	0.40%	0.41%
Costo pensiones	0.92%	0.93%	0.97%	0.98%	0.99%	1.00%	1.00%	1.01%	1.02%	1.03%	1.04%	1.05%	1.06%
<b>Costo, % masa cotizante</b>	<b>7.3%</b>	<b>7.4%</b>	<b>7.7%</b>	<b>7.7%</b>	<b>7.8%</b>	<b>7.8%</b>	<b>7.9%</b>	<b>8.0%</b>	<b>8.0%</b>	<b>8.1%</b>	<b>8.2%</b>	<b>8.3%</b>	<b>8.3%</b>
Gasto por asegurado	377.1	380.6	383.4	385.8	388.3	390.9	393.5	396.2	399.2	402.2	405.3	408.5	411.8
Ingreso por asegurado	388.2	384.3	369.7	368.0	366.3	364.6	362.9	361.2	359.5	357.8	356.2	354.5	352.9

## ESCENARIO II. Fortalecer el primer nivel de atención

Proyecciones financieras Seguro Regular y Agrario, 2003-2013.  
(en millones de nuevos soles)

Componente	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Ingresos:</b>	<b>2,753.7</b>	<b>2,755.7</b>	<b>2,783.9</b>	<b>2,835.1</b>	<b>2,887.4</b>	<b>2,940.9</b>	<b>2,995.6</b>	<b>3,051.5</b>	<b>3,101.4</b>	<b>3,152.4</b>	<b>3,204.5</b>	<b>3,257.8</b>	<b>3,312.4</b>
Cuotas	2,679.7	2,687.1	2,714.4	2,764.2	2,815.1	2,867.1	2,920.3	2,974.7	3,023.2	3,072.7	3,123.4	3,175.2	3,228.1
Inversiones financieras	38.6	32.9	33.3	33.9	34.5	35.1	35.8	36.4	37.0	37.6	38.3	38.9	39.5
Otros ingresos	35.5	35.7	36.2	37.0	37.8	38.6	39.5	40.4	41.2	42.0	42.9	43.8	44.7
<b>Gastos:</b>	<b>2,663.2</b>	<b>2,716.6</b>	<b>2,787.2</b>	<b>2,878.1</b>	<b>3,138.7</b>	<b>3,326.8</b>	<b>3,523.6</b>	<b>3,729.4</b>	<b>3,845.1</b>	<b>3,965.2</b>	<b>4,090.0</b>	<b>4,219.7</b>	<b>4,354.5</b>
Asistencial	1,980.8	2,022.5	2,076.8	2,145.5	2,351.4	2,498.4	2,652.3	2,813.5	2,902.0	2,993.9	3,089.5	3,188.9	3,292.3
Prestaciones económicas	214.6	216.5	220.0	226.0	232.1	238.4	244.9	251.5	257.8	264.3	270.9	277.7	284.7
Administración	129.2	132.0	135.5	140.0	153.4	163.0	173.1	183.6	189.3	195.3	201.6	208.1	214.8
Pensiones	338.5	345.7	354.9	366.7	401.9	427.0	453.3	480.9	496.0	511.7	528.0	545.0	562.7
<b>Resultado de operación</b>	<b>90.5</b>	<b>39.1</b>	<b>-3.4</b>	<b>-43.1</b>	<b>-251.4</b>	<b>-385.9</b>	<b>-528.0</b>	<b>-678.0</b>	<b>-743.7</b>	<b>-812.8</b>	<b>-885.5</b>	<b>-961.9</b>	<b>-1,042.1</b>
Gasto de capital	12.1	12.3	12.6	13.1	14.3	15.2	16.1	17.1	17.7	18.2	18.8	19.4	20.0
<b>Gasto global</b>	<b>2,675.2</b>	<b>2,728.9</b>	<b>2,799.9</b>	<b>2,891.2</b>	<b>3,153.1</b>	<b>3,342.0</b>	<b>3,539.7</b>	<b>3,746.6</b>	<b>3,862.7</b>	<b>3,983.4</b>	<b>4,108.8</b>	<b>4,239.1</b>	<b>4,374.5</b>
<b>Resultado económico</b>	<b>78.5</b>	<b>26.8</b>	<b>-16.0</b>	<b>-56.1</b>	<b>-265.7</b>	<b>-401.1</b>	<b>-544.2</b>	<b>-695.1</b>	<b>-761.4</b>	<b>-831.0</b>	<b>-904.3</b>	<b>-981.3</b>	<b>-1,062.2</b>
Masa cotizante	36,797.3	37,028.9	37,538.0	38,364.4	39,212.5	40,083.0	40,976.7	41,894.4	42,736.4	43,600.3	44,487.0	45,397.0	46,331.4
Resultado operac / ingresos	3.3%	1.4%	-0.1%	-1.5%	-8.7%	-13.1%	-17.6%	-22.2%	-24.0%	-25.8%	-27.6%	-29.5%	-31.5%
Gasto/ingresos, %	97.1%	99.0%	100.6%	102.0%	109.2%	113.6%	118.2%	122.8%	124.5%	126.4%	128.2%	130.1%	132.1%
Costo asistencial	5.38%	5.46%	5.53%	5.59%	6.00%	6.23%	6.47%	6.72%	6.79%	6.87%	6.94%	7.02%	7.11%
Costo prestac. Económicas*	0.70%	0.70%	0.71%	0.72%	0.73%	0.73%	0.74%	0.75%	0.76%	0.76%	0.77%	0.78%	0.79%
Costo administración	0.35%	0.36%	0.36%	0.36%	0.39%	0.41%	0.42%	0.44%	0.44%	0.45%	0.45%	0.46%	0.46%
Costo pensiones	0.92%	0.93%	0.95%	0.96%	1.02%	1.07%	1.11%	1.15%	1.16%	1.17%	1.19%	1.20%	1.21%
<b>Costo, % masa cotizante</b>	<b>7.3%</b>	<b>7.4%</b>	<b>7.5%</b>	<b>7.5%</b>	<b>8.0%</b>	<b>8.3%</b>	<b>8.6%</b>	<b>8.9%</b>	<b>9.0%</b>	<b>9.1%</b>	<b>9.2%</b>	<b>9.3%</b>	<b>9.4%</b>
Gasto por asegurado	377.1	380.6	383.4	385.8	410.0	423.4	436.9	450.5	453.4	456.5	459.6	462.8	466.0
Ingreso por asegurado	388.2	384.3	381.3	378.4	375.5	372.6	369.7	366.9	364.1	361.2	358.4	355.7	352.9

### ESCENARIO III. Mejorar la gestión hospitalaria

Proyecciones financieras Seguro Regular y Agrario, 2003-2013.  
(en millones de nuevos soles)

Componente	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Ingresos:</b>	<b>2,753.7</b>	<b>2,754.6</b>	<b>2,780.4</b>	<b>2,828.0</b>	<b>2,875.4</b>	<b>2,922.5</b>	<b>2,969.4</b>	<b>3,016.1</b>	<b>3,055.2</b>	<b>3,093.8</b>	<b>3,131.8</b>	<b>3,169.3</b>	<b>3,206.2</b>
Cuotas	2,679.7	2,686.0	2,711.0	2,757.3	2,803.4	2,849.2	2,894.8	2,940.1	2,978.1	3,015.6	3,052.5	3,088.9	3,124.7
Inversiones financieras	38.6	32.9	33.2	33.8	34.3	34.9	35.5	36.0	36.5	36.9	37.4	37.8	38.3
Otros ingresos	35.5	35.7	36.1	36.9	37.6	38.4	39.2	39.9	40.6	41.2	41.9	42.6	43.2
<b>Gastos:</b>	<b>2,663.2</b>	<b>2,701.9</b>	<b>2,756.6</b>	<b>2,830.1</b>	<b>2,905.8</b>	<b>2,983.7</b>	<b>3,064.0</b>	<b>3,146.7</b>	<b>3,225.8</b>	<b>3,307.1</b>	<b>3,390.7</b>	<b>3,476.7</b>	<b>3,565.1</b>
Asistencial	1,980.8	2,010.7	2,052.2	2,107.1	2,163.7	2,222.1	2,282.3	2,344.5	2,404.1	2,465.5	2,528.8	2,593.9	2,661.1
Prestaciones económicas	214.6	216.4	219.7	225.4	231.1	236.9	242.7	248.6	254.0	259.3	264.7	270.1	275.6
Administración	129.2	131.2	133.9	137.5	141.2	145.0	148.9	153.0	156.9	160.9	165.0	169.2	173.6
Pensiones	338.5	343.6	350.8	360.1	369.8	379.8	390.1	400.7	410.9	421.4	432.2	443.3	454.8
<b>Resultado de operación</b>	<b>90.5</b>	<b>52.7</b>	<b>23.7</b>	<b>-2.1</b>	<b>-30.4</b>	<b>-61.2</b>	<b>-94.6</b>	<b>-130.7</b>	<b>-170.6</b>	<b>-213.4</b>	<b>-258.9</b>	<b>-307.3</b>	<b>-358.8</b>
Gasto de capital	12.1	12.2	12.5	12.8	13.2	13.5	13.9	14.3	14.6	15.0	15.4	15.8	16.2
<b>Gasto global</b>	<b>2,675.2</b>	<b>2,714.1</b>	<b>2,769.1</b>	<b>2,842.9</b>	<b>2,919.0</b>	<b>2,997.3</b>	<b>3,077.9</b>	<b>3,161.0</b>	<b>3,240.5</b>	<b>3,322.1</b>	<b>3,406.1</b>	<b>3,492.5</b>	<b>3,581.3</b>
<b>Resultado económico</b>	<b>78.5</b>	<b>40.4</b>	<b>11.3</b>	<b>-15.0</b>	<b>-43.6</b>	<b>-74.7</b>	<b>-108.5</b>	<b>-144.9</b>	<b>-185.3</b>	<b>-228.4</b>	<b>-274.3</b>	<b>-323.1</b>	<b>-375.0</b>
Masa cotizante	36,797.3	37,013.5	37,491.0	38,268.5	39,049.4	39,833.1	40,619.4	41,407.9	42,099.4	42,789.4	43,477.6	44,163.7	44,847.3
Resultado operac / ingresos	3.3%	1.9%	0.9%	-0.1%	-1.1%	-2.1%	-3.2%	-4.3%	-5.6%	-6.9%	-8.3%	-9.7%	-11.2%
Gasto/ingresos, %	97.1%	98.5%	99.6%	100.5%	101.5%	102.6%	103.7%	104.8%	106.1%	107.4%	108.8%	110.2%	111.7%
Costo asistencial	5.38%	5.43%	5.47%	5.51%	5.54%	5.58%	5.62%	5.66%	5.71%	5.76%	5.82%	5.87%	5.93%
Costo prestac. Económicas*	0.70%	0.70%	0.71%	0.72%	0.73%	0.73%	0.74%	0.75%	0.76%	0.76%	0.77%	0.78%	0.79%
Costo administración	0.35%	0.35%	0.36%	0.36%	0.36%	0.36%	0.37%	0.37%	0.37%	0.38%	0.38%	0.38%	0.39%
Costo pensiones	0.92%	0.93%	0.94%	0.94%	0.95%	0.95%	0.96%	0.97%	0.98%	0.98%	0.99%	1.00%	1.01%
<b>Costo, % masa cotizante</b>	<b>7.3%</b>	<b>7.3%</b>	<b>7.4%</b>	<b>7.4%</b>	<b>7.5%</b>	<b>7.5%</b>	<b>7.6%</b>	<b>7.6%</b>	<b>7.7%</b>	<b>7.8%</b>	<b>7.8%</b>	<b>7.9%</b>	<b>8.0%</b>
Gasto por asegurado	377.1	378.5	379.2	379.4	379.6	379.7	379.9	380.1	380.4	380.7	381.0	381.3	381.5
Ingreso por asegurado	388.2	384.2	380.8	377.4	373.9	370.3	366.5	362.6	358.6	354.5	350.3	346.0	341.6

### ESCENARIO IV. Aumentar el gasto de capital

Proyecciones financieras Seguro Regular y Agrario, 2003-2013.  
(en millones de nuevos soles)

Componente	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Ingresos:</b>	<b>2,753.7</b>	<b>2,755.7</b>	<b>2,783.9</b>	<b>2,835.1</b>	<b>2,887.4</b>	<b>2,940.9</b>	<b>2,995.6</b>	<b>3,051.5</b>	<b>3,101.4</b>	<b>3,152.4</b>	<b>3,204.5</b>	<b>3,257.8</b>	<b>3,312.4</b>
Cuotas	2,679.7	2,687.1	2,714.4	2,764.2	2,815.1	2,867.1	2,920.3	2,974.7	3,023.2	3,072.7	3,123.4	3,175.2	3,228.1
Inversiones financieras	38.6	32.9	33.3	33.9	34.5	35.1	35.8	36.4	37.0	37.6	38.3	38.9	39.5
Otros ingresos	35.5	35.7	36.2	37.0	37.8	38.6	39.5	40.4	41.2	42.0	42.9	43.8	44.7
<b>Gastos:</b>	<b>2,663.2</b>	<b>2,716.6</b>	<b>2,787.2</b>	<b>2,878.1</b>	<b>2,972.7</b>	<b>3,071.2</b>	<b>3,173.7</b>	<b>3,280.5</b>	<b>3,385.3</b>	<b>3,494.2</b>	<b>3,607.4</b>	<b>3,725.3</b>	<b>3,847.8</b>
Asistencial	1,980.8	2,022.5	2,076.8	2,145.5	2,217.0	2,291.6	2,369.3	2,450.3	2,530.0	2,612.9	2,699.1	2,788.9	2,882.4
Prestaciones económicas	214.6	216.5	220.0	226.0	232.1	238.4	244.9	251.5	257.8	264.3	270.9	277.7	284.7
Administración	129.2	132.0	135.5	140.0	144.7	149.5	154.6	159.9	165.1	170.5	176.1	182.0	188.1
Pensiones	338.5	345.7	354.9	366.7	378.9	391.7	404.9	418.8	432.4	446.6	461.3	476.7	492.6
<b>Resultado de operación</b>	<b>90.5</b>	<b>39.1</b>	<b>-3.4</b>	<b>-43.1</b>	<b>-85.3</b>	<b>-130.3</b>	<b>-178.2</b>	<b>-229.0</b>	<b>-283.9</b>	<b>-341.8</b>	<b>-402.9</b>	<b>-467.4</b>	<b>-535.5</b>
Gasto de capital	12.1	12.3	15.8	65.3	222.7	230.2	238.0	246.1	254.1	262.4	271.1	280.1	289.5
<b>Gasto global</b>	<b>2,675.2</b>	<b>2,728.9</b>	<b>2,803.0</b>	<b>2,943.4</b>	<b>3,195.4</b>	<b>3,301.4</b>	<b>3,411.7</b>	<b>3,526.6</b>	<b>3,639.4</b>	<b>3,756.6</b>	<b>3,878.5</b>	<b>4,005.4</b>	<b>4,137.3</b>
<b>Resultado económico</b>	<b>78.5</b>	<b>26.8</b>	<b>-19.2</b>	<b>-108.4</b>	<b>-308.0</b>	<b>-360.5</b>	<b>-416.1</b>	<b>-475.1</b>	<b>-538.0</b>	<b>-604.2</b>	<b>-674.0</b>	<b>-747.5</b>	<b>-825.0</b>
Masa cotizante	36,797.3	37,028.9	37,538.0	38,364.4	39,212.5	40,083.0	40,976.7	41,894.4	42,736.4	43,600.3	44,487.0	45,397.0	46,331.4
Resultado operac / ingresos	3.3%	1.4%	-0.1%	-1.5%	-3.0%	-4.4%	-5.9%	-7.5%	-9.2%	-10.8%	-12.6%	-14.3%	-16.2%
Gasto/ingresos, %	97.1%	99.0%	100.7%	103.8%	110.7%	112.3%	113.9%	115.6%	117.3%	119.2%	121.0%	122.9%	124.9%
Costo asistencial	5.38%	5.46%	5.53%	5.59%	5.65%	5.72%	5.78%	5.85%	5.92%	5.99%	6.07%	6.14%	6.22%
Costo prestac. Económicas*	0.70%	0.70%	0.71%	0.72%	0.73%	0.73%	0.74%	0.75%	0.76%	0.76%	0.77%	0.78%	0.79%
Costo administración	0.35%	0.36%	0.36%	0.36%	0.37%	0.37%	0.38%	0.38%	0.39%	0.39%	0.40%	0.40%	0.41%
Costo pensiones	0.92%	0.93%	0.95%	0.96%	0.97%	0.98%	0.99%	1.00%	1.01%	1.02%	1.04%	1.05%	1.06%
<b>Costo, % masa cotizante</b>	<b>7.3%</b>	<b>7.4%</b>	<b>7.5%</b>	<b>7.7%</b>	<b>8.1%</b>	<b>8.2%</b>	<b>8.3%</b>	<b>8.4%</b>	<b>8.5%</b>	<b>8.6%</b>	<b>8.7%</b>	<b>8.8%</b>	<b>8.9%</b>
Gasto por asegurado	377.1	380.6	383.9	392.8	415.5	418.3	421.1	424.0	427.2	430.5	433.8	437.3	440.8
Ingreso por asegurado	388.2	384.3	381.3	378.4	375.5	372.6	369.7	366.9	364.1	361.2	358.4	355.7	352.9

## ESCENARIO V. Reducir la derivación de demanda hacia otros proveedores

Proyecciones financieras Seguro Regular y Agrario, 2003-2013.  
(en millones de nuevos soles)

Componente	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Ingresos:</b>	<b>2,753.7</b>	<b>2,755.7</b>	<b>2,783.9</b>	<b>2,835.1</b>	<b>2,887.4</b>	<b>2,940.9</b>	<b>2,995.6</b>	<b>3,051.5</b>	<b>3,101.4</b>	<b>3,152.4</b>	<b>3,204.5</b>	<b>3,257.8</b>	<b>3,312.4</b>
Cuotas	2,679.7	2,687.1	2,714.4	2,764.2	2,815.1	2,867.1	2,920.3	2,974.7	3,023.2	3,072.7	3,123.4	3,175.2	3,228.1
Inversiones financieras	38.6	32.9	33.3	33.9	34.5	35.1	35.8	36.4	37.0	37.6	38.3	38.9	39.5
Otros ingresos	35.5	35.7	36.2	37.0	37.8	38.6	39.5	40.4	41.2	42.0	42.9	43.8	44.7
<b>Gastos:</b>	<b>2,663.2</b>	<b>2,738.3</b>	<b>2,832.0</b>	<b>2,948.1</b>	<b>3,070.0</b>	<b>3,197.9</b>	<b>3,332.2</b>	<b>3,473.1</b>	<b>3,614.2</b>	<b>3,762.0</b>	<b>3,916.9</b>	<b>4,079.2</b>	<b>4,249.5</b>
Asistencial	1,980.8	2,040.0	2,113.0	2,202.1	2,295.7	2,394.1	2,497.5	2,606.2	2,715.2	2,829.5	2,949.5	3,075.3	3,207.3
Prestaciones económicas	214.6	216.5	220.0	226.0	232.1	238.4	244.9	251.5	257.8	264.3	270.9	277.7	284.7
Administración	129.2	133.1	137.9	143.7	149.8	156.2	162.9	170.0	177.2	184.6	192.4	200.6	209.3
Pensiones	338.5	348.7	361.1	376.4	392.4	409.2	426.9	445.4	464.1	483.6	504.1	525.6	548.2
<b>Resultado de operación</b>	<b>90.5</b>	<b>17.4</b>	<b>-48.2</b>	<b>-113.1</b>	<b>-182.6</b>	<b>-257.0</b>	<b>-336.6</b>	<b>-421.7</b>	<b>-512.8</b>	<b>-609.6</b>	<b>-712.3</b>	<b>-821.4</b>	<b>-937.1</b>
Gasto de capital	12.1	12.4	12.9	13.4	14.0	14.6	15.2	15.9	16.5	17.2	18.0	18.7	19.5
<b>Gasto global</b>	<b>2,675.2</b>	<b>2,750.7</b>	<b>2,844.9</b>	<b>2,961.5</b>	<b>3,083.9</b>	<b>3,212.5</b>	<b>3,347.4</b>	<b>3,489.0</b>	<b>3,630.7</b>	<b>3,779.2</b>	<b>3,934.8</b>	<b>4,098.0</b>	<b>4,269.0</b>
<b>Resultado económico</b>	<b>78.5</b>	<b>5.0</b>	<b>-61.0</b>	<b>-126.5</b>	<b>-196.6</b>	<b>-271.6</b>	<b>-351.8</b>	<b>-437.5</b>	<b>-529.3</b>	<b>-626.8</b>	<b>-730.3</b>	<b>-840.1</b>	<b>-956.6</b>
Masa cotizante	36,797.3	37,028.9	37,538.0	38,364.4	39,212.5	40,083.0	40,976.7	41,894.4	42,736.4	43,600.3	44,487.0	45,397.0	46,331.4
Resultado operac / ingresos	3.3%	0.6%	-1.7%	-4.0%	-6.3%	-8.7%	-11.2%	-13.8%	-16.5%	-19.3%	-22.2%	-25.2%	-28.3%
Gasto/ingresos, %	97.1%	99.8%	102.2%	104.5%	106.8%	109.2%	111.7%	114.3%	117.1%	119.9%	122.8%	125.8%	128.9%
Costo asistencial	5.38%	5.51%	5.63%	5.74%	5.85%	5.97%	6.09%	6.22%	6.35%	6.49%	6.63%	6.77%	6.92%
Costo prestac. Económicas*	0.70%	0.70%	0.71%	0.72%	0.73%	0.73%	0.74%	0.75%	0.76%	0.76%	0.77%	0.78%	0.79%
Costo administración	0.35%	0.36%	0.37%	0.37%	0.38%	0.39%	0.40%	0.41%	0.41%	0.42%	0.43%	0.44%	0.45%
Costo pensiones	0.92%	0.94%	0.96%	0.98%	1.00%	1.02%	1.04%	1.06%	1.09%	1.11%	1.13%	1.16%	1.18%
<b>Costo, % masa cotizante</b>	<b>7.3%</b>	<b>7.4%</b>	<b>7.6%</b>	<b>7.7%</b>	<b>7.9%</b>	<b>8.0%</b>	<b>8.2%</b>	<b>8.3%</b>	<b>8.5%</b>	<b>8.7%</b>	<b>8.8%</b>	<b>9.0%</b>	<b>9.2%</b>
Gasto por asegurado	377.1	383.6	389.6	395.2	401.0	407.0	413.2	419.5	426.2	433.1	440.1	447.4	454.8
Ingreso por asegurado	388.2	384.3	381.3	378.4	375.5	372.6	369.7	366.9	364.1	361.2	358.4	355.7	352.9

## ESCENARIO VI. Aumentar la cobertura

Proyecciones financieras Seguro Regular y Agrario, 2003-2013.  
(en millones de nuevos soles)

Componente	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Ingresos:</b>	<b>2,753.7</b>	<b>2,754.6</b>	<b>2,780.4</b>	<b>3,129.6</b>	<b>3,487.5</b>	<b>3,854.0</b>	<b>4,228.7</b>	<b>4,611.4</b>	<b>4,990.2</b>	<b>5,374.7</b>	<b>5,764.6</b>	<b>6,159.6</b>	<b>6,559.2</b>
Cuotas	2,679.7	2,686.0	2,711.0	3,051.7	3,400.9	3,758.4	4,124.0	4,497.3	4,866.8	5,241.9	5,622.2	6,007.4	6,397.2
Inversiones financieras	38.6	32.9	33.2	37.4	41.7	46.0	50.5	55.1	59.6	64.2	68.9	73.6	78.4
Otros ingresos	35.5	35.7	36.1	40.5	44.9	49.5	54.2	59.0	63.8	68.6	73.5	78.5	83.6
<b>Gastos:</b>	<b>2,663.2</b>	<b>2,716.5</b>	<b>2,787.0</b>	<b>3,058.0</b>	<b>3,344.6</b>	<b>3,647.6</b>	<b>3,967.6</b>	<b>4,305.7</b>	<b>4,653.1</b>	<b>5,018.7</b>	<b>5,403.2</b>	<b>5,807.7</b>	<b>6,232.9</b>
Asistencial	1,980.8	2,022.5	2,076.8	2,267.6	2,469.8	2,683.9	2,910.6	3,150.5	3,397.6	3,658.2	3,933.0	4,222.7	4,528.1
Prestaciones económicas	214.6	216.4	219.7	254.9	291.6	329.9	369.7	411.2	453.2	496.6	541.5	587.8	635.5
Administración	129.2	132.0	135.5	147.9	161.1	175.1	189.9	205.6	221.7	238.7	256.6	275.5	295.4
Pensiones	338.5	345.7	354.9	387.6	422.1	458.7	497.5	538.5	580.7	625.2	672.2	721.7	773.9
<b>Resultado de operación</b>	<b>90.5</b>	<b>38.0</b>	<b>-6.6</b>	<b>71.6</b>	<b>142.9</b>	<b>206.4</b>	<b>261.0</b>	<b>305.7</b>	<b>337.1</b>	<b>356.0</b>	<b>361.4</b>	<b>351.9</b>	<b>326.3</b>
Gasto de capital	12.1	12.3	12.6	13.8	15.0	16.3	17.7	19.2	20.7	22.3	23.9	25.7	27.6
<b>Gasto global</b>	<b>2,675.2</b>	<b>2,728.9</b>	<b>2,799.6</b>	<b>3,071.8</b>	<b>3,359.7</b>	<b>3,663.9</b>	<b>3,985.4</b>	<b>4,324.8</b>	<b>4,673.8</b>	<b>5,041.0</b>	<b>5,427.2</b>	<b>5,833.4</b>	<b>6,260.5</b>
<b>Resultado económico</b>	<b>78.5</b>	<b>25.7</b>	<b>-19.2</b>	<b>57.8</b>	<b>127.9</b>	<b>190.1</b>	<b>243.3</b>	<b>286.6</b>	<b>316.4</b>	<b>333.8</b>	<b>337.4</b>	<b>326.2</b>	<b>298.7</b>
Masa cotizante	36,797.3	37,013.5	37,491.0	41,991.6	46,615.2	51,359.6	56,222.7	61,201.8	66,139.7	71,165.5	76,275.6	81,466.3	86,733.9
Resultado operac / ingresos	3.3%	1.4%	-0.2%	2.3%	4.1%	5.4%	6.2%	6.6%	6.8%	6.6%	6.3%	5.7%	5.0%
Gasto/ingresos, %	97.1%	99.1%	100.7%	98.2%	96.3%	95.1%	94.2%	93.8%	93.7%	93.8%	94.1%	94.7%	95.4%
Costo asistencial	5.38%	5.46%	5.54%	5.40%	5.30%	5.23%	5.18%	5.15%	5.14%	5.14%	5.16%	5.18%	5.22%
Costo prestac. Económicas*	0.70%	0.70%	0.71%	0.73%	0.74%	0.75%	0.76%	0.78%	0.79%	0.80%	0.81%	0.82%	0.83%
Costo administración	0.35%	0.36%	0.36%	0.35%	0.35%	0.34%	0.34%	0.34%	0.34%	0.34%	0.34%	0.34%	0.34%
Costo pensiones	0.92%	0.93%	0.95%	0.92%	0.91%	0.89%	0.88%	0.88%	0.88%	0.88%	0.88%	0.89%	0.89%
<b>Costo, % masa cotizante</b>	<b>7.3%</b>	<b>7.4%</b>	<b>7.5%</b>	<b>7.3%</b>	<b>7.2%</b>	<b>7.1%</b>	<b>7.1%</b>	<b>7.1%</b>	<b>7.1%</b>	<b>7.1%</b>	<b>7.1%</b>	<b>7.2%</b>	<b>7.2%</b>
Gasto por asegurado	377.1	380.6	383.4	374.1	366.8	361.0	356.5	352.9	350.3	348.3	346.8	345.8	345.2
Ingreso por asegurado	388.2	384.2	380.8	381.1	380.8	379.8	378.3	376.3	374.0	371.4	368.4	365.2	361.7

## ESCENARIO VII. Trasladar el financiamiento del pasivo actuarial a la ONP

Proyecciones financieras Seguro Regular y Agrario, 2003-2013.  
(en millones de nuevos soles)

Componente	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Ingresos:</b>	<b>2,753.7</b>	<b>2,755.7</b>	<b>2,783.9</b>	<b>2,835.1</b>	<b>2,887.4</b>	<b>2,940.9</b>	<b>2,995.6</b>	<b>3,051.5</b>	<b>3,101.4</b>	<b>3,152.4</b>	<b>3,204.5</b>	<b>3,257.8</b>	<b>3,312.4</b>
Cuotas	2,679.7	2,687.1	2,714.4	2,764.2	2,815.1	2,867.1	2,920.3	2,974.7	3,023.2	3,072.7	3,123.4	3,175.2	3,228.1
Inversiones financieras	38.6	32.9	33.3	33.9	34.5	35.1	35.8	36.4	37.0	37.6	38.3	38.9	39.5
Otros ingresos	35.5	35.7	36.2	37.0	37.8	38.6	39.5	40.4	41.2	42.0	42.9	43.8	44.7
<b>Gastos:</b>	<b>2,663.2</b>	<b>2,716.6</b>	<b>2,787.2</b>	<b>2,511.4</b>	<b>2,593.8</b>	<b>2,679.5</b>	<b>2,768.8</b>	<b>2,861.7</b>	<b>2,952.9</b>	<b>3,047.6</b>	<b>3,146.1</b>	<b>3,248.6</b>	<b>3,355.2</b>
Asistencial	1,980.8	2,022.5	2,076.8	2,145.5	2,217.0	2,291.6	2,369.3	2,450.3	2,530.0	2,612.9	2,699.1	2,788.9	2,882.4
Prestaciones económicas	214.6	216.5	220.0	226.0	232.1	238.4	244.9	251.5	257.8	264.3	270.9	277.7	284.7
Administración	129.2	132.0	135.5	140.0	144.7	149.5	154.6	159.9	165.1	170.5	176.1	182.0	188.1
Pensiones	338.5	345.7	354.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Resultado de operación</b>	<b>90.5</b>	<b>39.1</b>	<b>-3.4</b>	<b>323.6</b>	<b>293.6</b>	<b>261.3</b>	<b>226.8</b>	<b>189.8</b>	<b>148.5</b>	<b>104.8</b>	<b>58.4</b>	<b>9.3</b>	<b>-42.8</b>
Gasto de capital	12.1	12.3	12.6	13.1	13.5	13.9	14.4	14.9	15.4	15.9	16.4	17.0	17.5
<b>Gasto global</b>	<b>2,675.2</b>	<b>2,728.9</b>	<b>2,799.9</b>	<b>2,524.5</b>	<b>2,607.3</b>	<b>2,693.5</b>	<b>2,783.2</b>	<b>2,876.6</b>	<b>2,968.3</b>	<b>3,063.5</b>	<b>3,162.6</b>	<b>3,265.6</b>	<b>3,372.7</b>
<b>Resultado económico</b>	<b>78.5</b>	<b>26.8</b>	<b>-16.0</b>	<b>310.6</b>	<b>280.1</b>	<b>247.4</b>	<b>212.4</b>	<b>174.8</b>	<b>133.1</b>	<b>88.9</b>	<b>42.0</b>	<b>-7.7</b>	<b>-60.4</b>
Masa cotizante	36,797.3	37,028.9	37,538.0	38,364.4	39,212.5	40,083.0	40,976.7	41,894.4	42,736.4	43,600.3	44,487.0	45,397.0	46,331.4
Resultado operac / ingresos	3.3%	1.4%	-0.1%	11.4%	10.2%	8.9%	7.6%	6.2%	4.8%	3.3%	1.8%	0.3%	-1.3%
Gasto/ingresos, %	97.1%	99.0%	100.6%	89.0%	90.3%	91.6%	92.9%	94.3%	95.7%	97.2%	98.7%	100.2%	101.8%
Costo asistencial	5.38%	5.46%	5.53%	5.59%	5.65%	5.72%	5.78%	5.85%	5.92%	5.99%	6.07%	6.14%	6.22%
Costo prestac. Económicas*	0.70%	0.70%	0.71%	0.72%	0.73%	0.73%	0.74%	0.75%	0.76%	0.76%	0.77%	0.78%	0.79%
Costo administración	0.35%	0.36%	0.36%	0.36%	0.37%	0.37%	0.38%	0.38%	0.39%	0.39%	0.40%	0.40%	0.41%
Costo pensiones	0.92%	0.93%	0.95%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
<b>Costo, % masa cotizante</b>	<b>7.3%</b>	<b>7.4%</b>	<b>7.5%</b>	<b>6.6%</b>	<b>6.6%</b>	<b>6.7%</b>	<b>6.8%</b>	<b>6.9%</b>	<b>6.9%</b>	<b>7.0%</b>	<b>7.1%</b>	<b>7.2%</b>	<b>7.3%</b>
Gasto por asegurado	377.1	378.9	381.7	335.2	337.3	339.5	341.8	344.1	346.6	349.2	351.9	354.6	357.4
Ingreso por asegurado	388.2	384.3	381.3	378.4	375.5	372.6	369.7	366.9	364.1	361.2	358.4	355.7	352.9

## ESCENARIO VIII. Combinación de resto de escenarios (excepto agrario)

Proyecciones financieras Seguro Regular y Agrario, 2003-2013.  
(en millones de nuevos soles)

Componente	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Ingresos:</b>	<b>2,753.7</b>	<b>2,754.6</b>	<b>2,780.4</b>	<b>3,129.6</b>	<b>3,487.5</b>	<b>3,854.0</b>	<b>4,228.7</b>	<b>4,611.4</b>	<b>4,990.2</b>	<b>5,374.7</b>	<b>5,764.6</b>	<b>6,159.6</b>	<b>6,559.2</b>
Cuotas	2,679.7	2,686.0	2,711.0	3,051.7	3,400.9	3,758.4	4,124.0	4,497.3	4,866.8	5,241.9	5,622.2	6,007.4	6,397.2
Inversiones financieras	38.6	32.9	33.2	37.4	41.7	46.0	50.5	55.1	59.6	64.2	68.9	73.6	78.4
Otros ingresos	35.5	35.7	36.1	40.5	44.9	49.5	54.2	59.0	63.8	68.6	73.5	78.5	83.6
<b>Gastos:</b>	<b>2,663.2</b>	<b>2,723.4</b>	<b>2,800.9</b>	<b>2,690.4</b>	<b>3,122.2</b>	<b>3,512.1</b>	<b>3,938.3</b>	<b>4,403.1</b>	<b>4,774.1</b>	<b>5,164.4</b>	<b>5,575.0</b>	<b>6,006.7</b>	<b>6,460.4</b>
Asistencial	1,980.8	2,028.1	2,088.1	2,286.3	2,657.2	2,987.3	3,350.1	3,747.4	4,056.3	4,381.9	4,725.2	5,087.0	5,468.1
Prestaciones económicas	214.6	216.4	219.7	254.9	291.6	329.9	369.7	411.2	453.2	496.6	541.5	587.8	635.5
Administración	129.2	132.3	136.2	149.2	173.4	194.9	218.6	244.5	264.7	285.9	308.3	331.9	356.8
Pensiones	338.5	346.6	356.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Resultado de operación</b>	<b>90.5</b>	<b>31.1</b>	<b>-20.5</b>	<b>439.2</b>	<b>365.3</b>	<b>341.9</b>	<b>290.3</b>	<b>208.3</b>	<b>216.1</b>	<b>210.3</b>	<b>189.6</b>	<b>152.9</b>	<b>98.8</b>
Gasto de capital	12.1	12.3	15.9	69.6	266.9	300.0	336.5	376.4	407.4	440.1	474.6	510.9	549.2
<b>Gasto global</b>	<b>2,675.2</b>	<b>2,735.8</b>	<b>2,816.8</b>	<b>2,760.0</b>	<b>3,389.1</b>	<b>3,812.1</b>	<b>4,274.8</b>	<b>4,779.5</b>	<b>5,181.5</b>	<b>5,604.6</b>	<b>6,049.6</b>	<b>6,517.6</b>	<b>7,009.6</b>
<b>Resultado económico</b>	<b>78.5</b>	<b>18.8</b>	<b>-36.4</b>	<b>369.6</b>	<b>98.4</b>	<b>41.9</b>	<b>-46.1</b>	<b>-168.1</b>	<b>-191.3</b>	<b>-229.8</b>	<b>-285.0</b>	<b>-358.0</b>	<b>-450.4</b>
Masa cotizante	36,797.3	37,013.5	37,491.0	41,991.6	46,615.2	51,359.6	56,222.7	61,201.8	66,139.7	71,165.5	76,275.6	81,466.3	86,733.9
Resultado operac / ingresos	3.3%	1.1%	-0.7%	14.0%	10.5%	8.9%	6.9%	4.5%	4.3%	3.9%	3.3%	2.5%	1.5%
Gasto/ingresos, %	97.1%	99.3%	101.3%	88.2%	97.2%	98.9%	101.1%	103.6%	103.8%	104.3%	104.9%	105.8%	106.9%
Costo asistencial	5.38%	5.48%	5.57%	5.44%	5.70%	5.82%	5.96%	6.12%	6.13%	6.16%	6.19%	6.24%	6.30%
Costo prestac. Económicas*	0.70%	0.70%	0.71%	0.73%	0.74%	0.75%	0.76%	0.78%	0.79%	0.80%	0.81%	0.82%	0.83%
Costo administración	0.35%	0.36%	0.36%	0.36%	0.37%	0.38%	0.39%	0.40%	0.40%	0.40%	0.40%	0.41%	0.41%
Costo pensiones	0.92%	0.94%	0.95%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
<b>Costo, % masa cotizante</b>	<b>7.3%</b>	<b>7.4%</b>	<b>7.5%</b>	<b>6.6%</b>	<b>7.3%</b>	<b>7.4%</b>	<b>7.6%</b>	<b>7.8%</b>	<b>7.8%</b>	<b>7.9%</b>	<b>7.9%</b>	<b>8.0%</b>	<b>8.1%</b>
Gasto por asegurado	377.1	381.5	385.8	336.1	370.0	375.6	382.4	390.0	388.4	387.2	386.6	386.4	386.5
Ingreso por asegurado	388.2	384.2	380.8	381.1	380.8	379.8	378.3	376.3	374.0	371.4	368.4	365.2	361.7

## ESCENARIO IX. Seguro Agrario

Proyecciones financieras Seguro Regular y Agrario, 2003-2013.  
(en millones de nuevos soles)

Componente	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Ingresos:</b>	<b>21.9</b>	<b>22.1</b>	<b>22.4</b>	<b>22.9</b>	<b>23.4</b>	<b>24.0</b>	<b>24.5</b>	<b>25.1</b>	<b>25.7</b>	<b>26.2</b>	<b>26.8</b>	<b>27.3</b>	<b>27.9</b>
Cuotas	21.3	21.5	21.8	22.3	22.8	23.4	23.9	24.5	25.0	25.5	26.1	26.6	27.2
Inversiones financieras	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4
Otros ingresos	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
<b>Gastos:</b>	<b>73.8</b>	<b>74.9</b>	<b>76.4</b>	<b>78.5</b>	<b>80.7</b>	<b>82.9</b>	<b>85.2</b>	<b>87.6</b>	<b>89.9</b>	<b>92.3</b>	<b>94.7</b>	<b>97.3</b>	<b>99.9</b>
Asistencial	60.9	61.8	63.1	64.9	66.7	68.5	70.5	72.5	74.4	76.4	78.4	80.6	82.8
Prestaciones económicas	9.0	9.1	9.2	9.4	9.7	9.9	10.2	10.4	10.7	10.9	11.2	11.4	11.7
Administración	4.0	4.0	4.1	4.2	4.4	4.5	4.6	4.7	4.9	5.0	5.1	5.3	5.4
Pensiones	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Resultado de operación</b>	<b>-51.9</b>	<b>-52.8</b>	<b>-54.1</b>	<b>-55.6</b>	<b>-57.2</b>	<b>-58.9</b>	<b>-60.7</b>	<b>-62.5</b>	<b>-64.2</b>	<b>-66.1</b>	<b>-68.0</b>	<b>-69.9</b>	<b>-71.9</b>
Gasto de capital	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
<b>Gasto global</b>	<b>74.2</b>	<b>75.3</b>	<b>76.8</b>	<b>78.9</b>	<b>81.1</b>	<b>83.3</b>	<b>85.7</b>	<b>88.1</b>	<b>90.4</b>	<b>92.7</b>	<b>95.2</b>	<b>97.7</b>	<b>100.4</b>
<b>Resultado económico</b>	<b>-52.3</b>	<b>-53.2</b>	<b>-54.4</b>	<b>-56.0</b>	<b>-57.6</b>	<b>-59.3</b>	<b>-61.1</b>	<b>-62.9</b>	<b>-64.7</b>	<b>-66.5</b>	<b>-68.4</b>	<b>-70.4</b>	<b>-72.4</b>
Masa cotizante	621.4	626.3	635.9	650.6	665.7	681.2	697.2	713.6	728.8	744.3	760.3	776.7	793.6
Resultado operac / ingresos	-237.4%	-239.6%	-241.4%	-242.8%	-244.2%	-245.7%	-247.2%	-248.7%	-250.4%	-252.1%	-253.9%	-255.6%	-257.4%
Gasto/ingresos, %	339.1%	341.3%	343.1%	344.5%	346.0%	347.4%	348.9%	350.5%	352.2%	353.9%	355.6%	357.4%	359.3%
Costo asistencial	9.79%	9.87%	9.93%	9.97%	10.02%	10.06%	10.11%	10.16%	10.21%	10.26%	10.32%	10.37%	10.43%
Costo prestac. Económicas*	1.45%	1.45%	1.45%	1.45%	1.45%	1.45%	1.46%	1.46%	1.46%	1.46%	1.47%	1.47%	1.47%
Costo administración	0.64%	0.64%	0.65%	0.65%	0.65%	0.66%	0.66%	0.66%	0.67%	0.67%	0.67%	0.68%	0.68%
Costo pensiones	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
<b>Costo, % masa cotizante</b>	<b>11.9%</b>	<b>12.0%</b>	<b>12.1%</b>	<b>12.1%</b>	<b>12.2%</b>	<b>12.2%</b>	<b>12.3%</b>	<b>12.3%</b>	<b>12.4%</b>	<b>12.5%</b>	<b>12.5%</b>	<b>12.6%</b>	<b>12.6%</b>
Gasto corriente por asegurado	262.0	264.0	265.7	267.2	268.7	270.2	271.8	273.4	275.2	277.0	278.8	280.6	282.5
Ingreso por asegurado	77.3	77.3	77.4	77.5	77.7	77.8	77.9	78.0	78.1	78.3	78.4	78.5	78.6

## ESCENARIO X. Cobertura población de pensionistas

Proyecciones financieras Seguro Regular y Agrario, 2003-2013.  
(en millones de nuevos soles)

Componente	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Ingresos:</b>	<b>251.2</b>	<b>259.6</b>	<b>270.1</b>	<b>283.2</b>	<b>296.9</b>	<b>311.0</b>	<b>325.8</b>	<b>341.0</b>	<b>356.0</b>	<b>371.6</b>	<b>387.7</b>	<b>404.4</b>	<b>421.7</b>
Cuotas	244.7	252.9	263.1	275.9	289.2	303.0	317.4	332.2	346.9	362.0	377.7	394.0	410.8
Inversiones financieras	3.4	3.5	3.6	3.8	4.0	4.2	4.4	4.6	4.8	5.0	5.2	5.4	5.7
Otros ingresos	3.1	3.2	3.3	3.5	3.7	3.8	4.0	4.2	4.4	4.6	4.8	5.0	5.2
<b>Gastos:</b>	<b>569.7</b>	<b>594.1</b>	<b>623.5</b>	<b>659.6</b>	<b>697.4</b>	<b>737.2</b>	<b>778.9</b>	<b>822.7</b>	<b>866.7</b>	<b>912.7</b>	<b>961.0</b>	<b>1,011.5</b>	<b>1,064.5</b>
Asistencial	523.3	545.7	572.9	606.2	641.1	677.7	716.2	756.6	797.2	839.8	884.3	931.0	979.9
Prestaciones económicas	12.3	12.7	13.2	13.9	14.5	15.2	15.9	16.7	17.4	18.2	19.0	19.8	20.6
Administración	34.1	35.6	37.4	39.6	41.8	44.2	46.7	49.4	52.0	54.8	57.7	60.7	63.9
Pensiones	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Resultado de operación</b>	<b>-318.6</b>	<b>-334.5</b>	<b>-353.5</b>	<b>-376.4</b>	<b>-400.6</b>	<b>-426.1</b>	<b>-453.1</b>	<b>-481.7</b>	<b>-510.6</b>	<b>-541.1</b>	<b>-573.3</b>	<b>-607.1</b>	<b>-642.8</b>
Gasto de capital	3.2	3.3	3.5	3.7	3.9	4.1	4.4	4.6	4.9	5.1	5.4	5.7	6.0
<b>Gasto global</b>	<b>572.9</b>	<b>597.4</b>	<b>627.0</b>	<b>663.3</b>	<b>701.3</b>	<b>741.3</b>	<b>783.2</b>	<b>827.3</b>	<b>871.5</b>	<b>917.8</b>	<b>966.4</b>	<b>1,017.2</b>	<b>1,070.4</b>
<b>Resultado económico</b>	<b>-321.8</b>	<b>-337.8</b>	<b>-356.9</b>	<b>-380.0</b>	<b>-404.5</b>	<b>-430.3</b>	<b>-457.5</b>	<b>-486.3</b>	<b>-515.5</b>	<b>-546.2</b>	<b>-578.7</b>	<b>-612.8</b>	<b>-648.7</b>
Masa cotizante	6,117.4	6,321.9	6,577.7	6,898.0	7,230.5	7,575.6	7,933.8	8,305.7	8,671.5	9,050.4	9,442.8	9,849.4	10,270.6
Resultado operac / ingresos	-126.8%	-128.9%	-130.9%	-132.9%	-134.9%	-137.0%	-139.1%	-141.2%	-143.4%	-145.6%	-147.9%	-150.1%	-152.4%
Gasto/ingresos, %	228.1%	230.1%	232.2%	234.2%	236.2%	238.3%	240.4%	242.6%	244.8%	247.0%	249.2%	251.5%	253.8%
Costo asistencial	8.55%	8.63%	8.71%	8.79%	8.87%	8.95%	9.03%	9.11%	9.19%	9.28%	9.37%	9.45%	9.54%
Costo prestac. Económicas*	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Costo administración	0.56%	0.56%	0.57%	0.57%	0.58%	0.58%	0.59%	0.59%	0.60%	0.61%	0.61%	0.62%	0.62%
Costo pensiones	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
<b>Costo, % masa cotizante</b>	<b>9.4%</b>	<b>9.4%</b>	<b>9.5%</b>	<b>9.6%</b>	<b>9.7%</b>	<b>9.8%</b>	<b>9.9%</b>	<b>10.0%</b>	<b>10.1%</b>	<b>10.1%</b>	<b>10.2%</b>	<b>10.3%</b>	<b>10.4%</b>
Gasto por asegurado	524.3	529.0	533.6	538.3	543.0	547.8	552.7	557.6	562.6	567.7	572.9	578.1	583.5
Ingreso por asegurado	229.9	229.9	229.9	229.9	229.9	229.9	229.9	229.9	229.9	229.9	229.9	229.9	229.9

## Resultados: proyecciones de ingresos

### ESCENARIO I (base). Situación constante al 2003

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ingreso medio anual -Seg. Regular	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8
Pensión promedio anual -pensionistas	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4
Ingreso medio anual -Seg. Agrario	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2
Masa Cotizable Seg. Regular:	36,175,901.9	36,343,156.1	35,756,864.7	36,584,496.0	37,434,697.7	38,308,242.7	39,205,931.4	40,128,592.6	40,980,853.9	41,856,103.4	42,755,140.0	43,678,791.2	44,627,914.7
Asegurado Directos Activos	30,058,484.7	30,021,208.3	29,179,156.0	29,686,491.1	30,204,230.6	30,732,672.0	31,272,119.8	31,822,885.5	32,309,343.1	32,805,722.4	33,312,315.4	33,829,421.1	34,357,345.5
Pensionados	6,117,417.1	6,321,947.8	6,577,708.7	6,898,004.9	7,230,467.1	7,575,570.7	7,933,811.6	8,305,707.1	8,671,510.8	9,050,381.1	9,442,824.6	9,849,370.1	10,270,569.2
Masa Cotizable Seg. Agrario	621,427.7	685,728.8	756,567.4	836,119.4	919,078.0	1,005,581.2	1,095,773.0	1,189,803.9	1,284,811.2	1,383,527.4	1,486,100.2	1,592,684.1	1,703,440.5
MASA COTIZANTE TOTAL	36,797,329.6	37,028,884.9	36,513,432.1	37,420,615.4	38,353,775.8	39,313,823.9	40,301,704.4	41,318,396.5	42,265,665.1	43,239,630.8	44,241,240.2	45,271,475.3	46,331,355.2
Ingresos por cuotas -Seguro Regular	2,658,393.0	2,663,580.9	2,606,194.6	2,659,745.4	2,714,618.4	2,770,856.4	2,828,503.7	2,887,606.0	2,941,300.7	2,996,314.8	3,052,691.9	3,110,477.3	3,169,717.6
Asegurado Directos Activos	2,413,696.3	2,410,703.0	2,343,086.2	2,383,825.2	2,425,399.7	2,467,833.6	2,511,151.2	2,555,377.7	2,594,440.2	2,634,299.5	2,674,978.9	2,716,502.5	2,758,894.8
Pensionados	244,696.7	252,877.9	263,108.3	275,920.2	289,218.7	303,022.8	317,352.5	332,228.3	346,860.4	362,015.2	377,713.0	393,974.8	410,822.8
Ingresos por cuotas -Seguro Agrario	21,315.0	23,520.5	25,950.3	28,678.9	31,524.4	34,491.4	37,585.0	40,810.3	44,069.0	47,455.0	50,973.2	54,629.1	58,428.0
INGRESOS GLOBALES X CUOTAS (2003=100)	2,679,708.0	2,687,101.4	2,632,144.8	2,688,424.3	2,746,142.8	2,805,347.8	2,866,088.7	2,928,416.3	2,985,369.7	3,043,769.7	3,103,665.1	3,165,106.4	3,228,145.6
Saldo medio anual inversiones financieras	976,316.0	940,485.5	921,250.7	940,948.5	961,150.0	981,871.7	1,003,131.0	1,024,945.7	1,044,879.4	1,065,319.4	1,086,282.8	1,107,787.2	1,129,851.0
Ingresos por inversiones financieras	38,558.8	32,917.0	32,243.8	32,933.2	33,640.2	34,365.5	35,109.6	35,873.1	36,570.8	37,286.2	38,019.9	38,772.6	39,544.8
Otros ingresos	35,470.3	35,693.5	35,196.6	36,071.1	36,970.6	37,896.0	38,848.2	39,828.3	40,741.4	41,680.2	42,645.7	43,638.8	44,660.4
<b>INGRESOS GLOBALES -REGULAR+AGRARIO</b>	<b>2,753,737.0</b>	<b>2,755,711.9</b>	<b>2,699,585.2</b>	<b>2,757,428.6</b>	<b>2,816,753.6</b>	<b>2,877,609.3</b>	<b>2,940,046.5</b>	<b>3,004,117.6</b>	<b>3,062,681.9</b>	<b>3,122,736.1</b>	<b>3,184,330.7</b>	<b>3,247,517.7</b>	<b>3,312,350.8</b>

### ESCENARIO II. Fortalecer el primer nivel de atención

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ingreso medio anual -Seg. Regular	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8
Pensión promedio anual -pensionistas	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4
Ingreso medio anual -Seg. Agrario	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2
Masa Cotizable Seg. Regular:	36,175,901.9	36,343,156.1	36,781,390.9	37,528,266.7	38,293,421.5	39,077,445.2	39,880,946.9	40,704,554.8	41,451,580.2	42,216,818.3	43,000,869.8	43,804,355.0	44,627,914.7
Asegurado Directos Activos	30,058,484.7	30,021,208.3	30,203,682.2	30,630,261.7	31,062,954.3	31,501,874.5	31,947,135.3	32,398,847.7	32,780,069.4	33,166,437.2	33,558,045.2	33,954,984.9	34,357,345.5
Pensionados	6,117,417.1	6,321,947.8	6,577,708.7	6,898,004.9	7,230,467.1	7,575,570.7	7,933,811.6	8,305,707.1	8,671,510.8	9,050,381.1	9,442,824.6	9,849,370.1	10,270,569.2
Masa Cotizable Seg. Agrario	621,427.7	685,728.8	756,567.4	836,119.4	919,078.0	1,005,581.2	1,095,773.0	1,189,803.9	1,284,811.2	1,383,527.4	1,486,100.2	1,592,684.1	1,703,440.5
MASA COTIZANTE TOTAL	36,797,329.6	37,028,884.9	37,537,958.3	38,364,386.1	39,212,499.5	40,083,026.4	40,976,719.9	41,894,358.8	42,736,391.4	43,600,345.6	44,486,970.0	45,397,039.1	46,331,355.2
Ingresos por cuotas -Seguro Regular	2,658,393.0	2,663,580.9	2,688,464.0	2,735,530.2	2,783,573.9	2,832,623.4	2,882,707.4	2,933,855.8	2,979,100.0	3,025,280.2	3,072,424.0	3,120,560.1	3,169,717.6
Asegurado Directos Activos	2,413,696.3	2,410,703.0	2,425,355.7	2,459,610.0	2,494,355.2	2,529,600.5	2,565,355.0	2,601,627.5	2,632,239.6	2,663,264.9	2,694,711.0	2,726,585.3	2,758,894.8
Pensionados	244,696.7	252,877.9	263,108.3	275,920.2	289,218.7	303,022.8	317,352.5	332,228.3	346,860.4	362,015.2	377,713.0	393,974.8	410,822.8
Ingresos por cuotas -Seguro Agrario	21,315.0	23,520.5	25,950.3	28,678.9	31,524.4	34,491.4	37,585.0	40,810.3	44,069.0	47,455.0	50,973.2	54,629.1	58,428.0
INGRESOS GLOBALES X CUOTAS (2003=100)	2,679,708.0	2,687,101.4	2,714,414.3	2,764,209.1	2,815,098.3	2,867,114.8	2,920,292.4	2,974,666.0	3,023,169.0	3,072,735.1	3,123,397.2	3,175,189.2	3,228,145.6
Saldo medio anual inversiones financieras	976,316.0	940,485.5	950,045.0	967,473.2	985,284.4	1,003,490.2	1,022,102.4	1,041,133.1	1,058,109.2	1,075,457.3	1,093,189.0	1,111,316.2	1,129,851.0
Ingresos por inversiones financieras	38,558.8	32,917.0	33,251.6	33,861.6	34,485.0	35,122.2	35,773.6	36,439.7	37,033.8	37,641.0	38,261.6	38,896.1	39,544.8
Otros ingresos	35,470.3	35,693.5	36,184.2	36,980.8	37,798.3	38,637.5	39,498.9	40,383.5	41,195.1	42,027.9	42,882.6	43,759.8	44,660.4
<b>INGRESOS GLOBALES -REGULAR+AGRARIO</b>	<b>2,753,737.0</b>	<b>2,755,711.9</b>	<b>2,783,850.0</b>	<b>2,835,051.5</b>	<b>2,887,381.6</b>	<b>2,940,874.4</b>	<b>2,995,564.9</b>	<b>3,051,489.2</b>	<b>3,101,398.0</b>	<b>3,152,404.1</b>	<b>3,204,541.4</b>	<b>3,257,845.0</b>	<b>3,312,350.8</b>



**ESCENARIO III. Mejorar la gestión hospitalaria**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ingreso medio anual -Seg. Regular	14.8	14.8	14.8	14.8	14.7	14.7	14.7	14.6	14.6	14.5	14.5	14.4	14.3
Pensión promedio anual -pensionistas	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.3	8.3	8.3	8.2	8.2	8.2
Ingreso medio anual -Seg. Agrario	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.1	6.1	6.1	6.1	6.0
Masa Cotizable Seg. Regular:	36,175,901.9	36,328,013.1	36,735,426.9	37,434,517.7	38,134,098.1	38,833,787.2	39,533,198.2	40,231,938.1	40,833,722.2	41,431,600.6	42,025,231.3	42,614,271.7	43,198,379.4
Asegurado Directos Activos	30,058,484.7	30,008,699.4	30,165,938.1	30,553,744.6	30,933,714.0	31,305,452.2	31,668,566.8	32,022,667.8	32,291,464.9	32,549,553.4	32,796,653.1	33,032,490.8	33,256,800.3
Pensionados	6,117,417.1	6,319,313.7	6,569,488.8	6,880,773.1	7,200,384.1	7,528,335.1	7,864,631.4	8,209,270.3	8,542,257.3	8,882,047.2	9,228,578.2	9,581,780.9	9,941,579.1
Masa Cotizable Seg. Agrario	621,427.7	685,443.0	755,621.9	834,030.7	915,254.1	999,311.1	1,086,218.2	1,175,989.2	1,265,660.4	1,357,794.3	1,452,382.3	1,549,413.8	1,648,875.4
MASA COTIZANTE TOTAL	36,797,329.6	37,013,456.2	37,491,048.8	38,268,548.4	39,049,352.2	39,833,098.4	40,619,416.4	41,407,927.4	42,099,382.6	42,789,394.9	43,477,613.6	44,163,685.5	44,847,254.8
Ingresos por cuotas -Seguro Regular	2,658,393.0	2,662,471.1	2,685,104.4	2,728,696.6	2,771,992.6	2,814,961.2	2,857,571.2	2,899,791.0	2,934,694.9	2,969,011.0	3,002,714.4	3,035,780.2	3,068,184.2
Asegurado Directos Activos	2,413,696.3	2,409,698.6	2,422,324.8	2,453,465.7	2,483,977.2	2,513,827.8	2,542,985.9	2,571,420.2	2,593,004.6	2,613,729.1	2,633,571.2	2,652,509.0	2,670,521.1
Pensionados	244,696.7	252,772.5	262,779.6	275,230.9	288,015.4	301,133.4	314,585.3	328,370.8	341,690.3	355,281.9	369,143.1	383,271.2	397,663.2
Ingresos por cuotas -Seguro Agrario	21,315.0	23,510.7	25,917.8	28,607.3	31,393.2	34,276.4	37,257.3	40,336.4	43,412.2	46,572.3	49,816.7	53,144.9	56,556.4
INGRESOS GLOBALES X CUOTAS (2003=100)	2,679,708.0	2,685,981.8	2,711,022.2	2,757,303.9	2,803,385.8	2,849,237.6	2,894,828.5	2,940,127.5	2,978,107.1	3,015,583.4	3,052,531.1	3,088,925.1	3,124,740.7
Saldo medio anual inversiones financieras	976,316.0	940,093.6	948,857.8	965,056.4	981,185.0	997,233.2	1,013,190.0	1,029,044.6	1,042,337.5	1,055,454.2	1,068,385.9	1,081,123.8	1,093,659.2
Ingresos por inversiones financieras	38,558.8	32,903.3	33,210.0	33,777.0	34,341.5	34,903.2	35,461.6	36,016.6	36,481.8	36,940.9	37,393.5	37,839.3	38,278.1
Otros ingresos	35,470.3	35,678.6	36,139.0	36,888.4	37,641.1	38,396.5	39,154.5	39,914.6	40,581.1	41,246.2	41,909.6	42,570.9	43,229.9
<b>INGRESOS GLOBALES -REGULAR+AGRARIO</b>	<b>2,753,737.0</b>	<b>2,754,563.7</b>	<b>2,780,371.2</b>	<b>2,827,969.3</b>	<b>2,875,368.3</b>	<b>2,922,537.3</b>	<b>2,969,444.6</b>	<b>3,016,058.6</b>	<b>3,055,170.0</b>	<b>3,093,770.5</b>	<b>3,131,834.2</b>	<b>3,169,335.4</b>	<b>3,206,248.6</b>

**ESCENARIO IV. Aumentar el gasto de capital**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ingreso medio anual -Seg. Regular	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8
Pensión promedio anual -pensionistas	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4
Ingreso medio anual -Seg. Agrario	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2
Masa Cotizable Seg. Regular:	36,175,901.9	36,343,156.1	36,781,390.9	37,528,266.7	38,293,421.5	39,077,445.2	39,880,946.9	40,704,554.8	41,451,580.2	42,216,818.3	43,000,869.8	43,804,355.0	44,627,914.7
Asegurado Directos Activos	30,058,484.7	30,021,208.3	30,203,682.2	30,630,261.7	31,062,954.3	31,501,874.5	31,947,135.3	32,398,847.7	32,780,069.4	33,166,437.2	33,558,045.2	33,954,984.9	34,357,345.5
Pensionados	6,117,417.1	6,321,947.8	6,577,708.7	6,898,004.9	7,230,467.1	7,575,570.7	7,933,811.6	8,305,707.1	8,671,510.8	9,050,381.1	9,442,824.6	9,849,370.1	10,270,569.2
Masa Cotizable Seg. Agrario	621,427.7	685,728.8	756,567.4	836,119.4	919,078.0	1,005,581.2	1,095,773.0	1,189,803.9	1,284,811.2	1,383,527.4	1,486,100.2	1,592,684.1	1,703,440.5
MASA COTIZANTE TOTAL	36,797,329.6	37,028,884.9	37,537,958.3	38,364,386.1	39,212,499.5	40,083,026.4	40,976,719.9	41,894,358.8	42,736,391.4	43,600,345.6	44,486,970.0	45,397,039.1	46,331,355.2
Ingresos por cuotas -Seguro Regular	2,658,393.0	2,663,580.9	2,688,464.0	2,735,530.2	2,783,573.9	2,832,623.4	2,882,707.4	2,933,855.8	2,979,100.0	3,025,280.2	3,072,424.0	3,120,560.1	3,169,717.6
Asegurado Directos Activos	2,413,696.3	2,410,703.0	2,425,355.7	2,459,610.0	2,494,355.2	2,529,600.5	2,565,355.0	2,601,627.5	2,632,239.6	2,663,264.9	2,694,711.0	2,726,585.3	2,758,894.8
Pensionados	244,696.7	252,877.9	263,108.3	275,920.2	289,218.7	303,022.8	317,352.5	332,228.3	346,860.4	362,015.2	377,713.0	393,974.8	410,822.8
Ingresos por cuotas -Seguro Agrario	21,315.0	23,520.5	25,950.3	28,678.9	31,524.4	34,491.4	37,585.0	40,810.3	44,069.0	47,455.0	50,973.2	54,629.1	58,428.0
INGRESOS GLOBALES X CUOTAS (2003=100)	2,679,708.0	2,687,101.4	2,714,414.3	2,764,209.1	2,815,098.3	2,867,114.8	2,920,292.4	2,974,666.0	3,023,169.0	3,072,735.1	3,123,397.2	3,175,189.2	3,228,145.6
Saldo medio anual inversiones financieras	976,316.0	940,485.5	950,045.0	967,473.2	985,284.4	1,003,490.2	1,022,102.4	1,041,133.1	1,058,109.2	1,075,457.3	1,093,189.0	1,111,316.2	1,129,851.0
Ingresos por inversiones financieras	38,558.8	32,917.0	33,251.6	33,861.6	34,485.0	35,122.2	35,773.6	36,439.7	37,033.8	37,641.0	38,261.6	38,896.1	39,544.8
Otros ingresos	35,470.3	35,693.5	36,184.2	36,980.8	37,798.3	38,637.5	39,498.9	40,383.5	41,195.1	42,027.9	42,882.6	43,759.8	44,660.4
<b>INGRESOS GLOBALES -REGULAR+AGRARIO</b>	<b>2,753,737.0</b>	<b>2,755,711.9</b>	<b>2,783,850.0</b>	<b>2,835,051.5</b>	<b>2,887,381.6</b>	<b>2,940,874.4</b>	<b>2,995,564.9</b>	<b>3,051,489.2</b>	<b>3,101,398.0</b>	<b>3,152,404.1</b>	<b>3,204,541.4</b>	<b>3,257,845.0</b>	<b>3,312,350.8</b>

**ESCENARIO V. Reducir la derivación de demanda hacia otros proveedores**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ingreso medio anual -Seg. Regular	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8
Pensión promedio anual -pensionistas	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4
Ingreso medio anual -Seg. Agrario	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2
Masa Cotizable Seg. Regular:	36,175,901.9	36,343,156.1	36,781,390.9	37,528,266.7	38,293,421.5	39,077,445.2	39,880,946.9	40,704,554.8	41,451,580.2	42,216,818.3	43,000,869.8	43,804,355.0	44,627,914.7
Asegurado Directos Activos	30,058,484.7	30,021,208.3	30,203,682.2	30,630,261.7	31,062,954.3	31,501,874.5	31,947,135.3	32,398,847.7	32,780,069.4	33,166,437.2	33,558,045.2	33,954,984.9	34,357,345.5
Pensionados	6,117,417.1	6,321,947.8	6,577,708.7	6,898,004.9	7,230,467.1	7,575,570.7	7,933,811.6	8,305,707.1	8,671,510.8	9,050,381.1	9,442,824.6	9,849,370.1	10,270,569.2
Masa Cotizable Seg. Agrario	621,427.7	685,728.8	756,567.4	836,119.4	919,078.0	1,005,581.2	1,095,773.0	1,189,803.9	1,284,811.2	1,383,527.4	1,486,100.2	1,592,684.1	1,703,440.5
MASA COTIZANTE TOTAL	36,797,329.6	37,028,884.9	37,537,958.3	38,364,386.1	39,212,499.5	40,083,026.4	40,976,719.9	41,894,358.8	42,736,391.4	43,600,345.6	44,486,970.0	45,397,039.1	46,331,355.2
Ingresos por cuotas -Seguro Regular	2,658,393.0	2,663,580.9	2,688,464.0	2,735,530.2	2,783,573.9	2,832,623.4	2,882,707.4	2,933,855.8	2,979,100.0	3,025,280.2	3,072,424.0	3,120,560.1	3,169,717.6
Asegurado Directos Activos	2,413,696.3	2,410,703.0	2,425,355.7	2,459,610.0	2,494,355.2	2,529,600.5	2,565,355.0	2,601,627.5	2,632,239.6	2,663,264.9	2,694,711.0	2,726,585.3	2,758,894.8
Pensionados	244,696.7	252,877.9	263,108.3	275,920.2	289,218.7	303,022.8	317,352.5	332,228.3	346,860.4	362,015.2	377,713.0	393,974.8	410,822.8
Ingresos por cuotas -Seguro Agrario	21,315.0	23,520.5	25,950.3	28,678.9	31,524.4	34,491.4	37,585.0	40,810.3	44,069.0	47,455.0	50,973.2	54,629.1	58,428.0
INGRESOS GLOBALES X CUOTAS (2003=100)	2,679,708.0	2,687,101.4	2,714,414.3	2,764,209.1	2,815,098.3	2,867,114.8	2,920,292.4	2,974,666.0	3,023,169.0	3,072,735.1	3,123,397.2	3,175,189.2	3,228,145.6
Saldo medio anual inversiones financieras	976,316.0	940,485.5	950,045.0	967,473.2	985,284.4	1,003,490.2	1,022,102.4	1,041,133.1	1,058,109.2	1,075,457.3	1,093,189.0	1,111,316.2	1,129,851.0
Ingresos por inversiones financieras	38,558.8	32,917.0	33,251.6	33,861.6	34,485.0	35,122.2	35,773.6	36,439.7	37,033.8	37,641.0	38,261.6	38,896.1	39,544.8
Otros ingresos	35,470.3	35,693.5	36,184.2	36,980.8	37,798.3	38,637.5	39,498.9	40,383.5	41,195.1	42,027.9	42,882.6	43,759.8	44,660.4
<b>INGRESOS GLOBALES -REGULAR+AGRARIO</b>	<b>2,753,737.0</b>	<b>2,755,711.9</b>	<b>2,783,850.0</b>	<b>2,835,051.5</b>	<b>2,887,381.6</b>	<b>2,940,874.4</b>	<b>2,995,564.9</b>	<b>3,051,489.2</b>	<b>3,101,398.0</b>	<b>3,152,404.1</b>	<b>3,204,541.4</b>	<b>3,257,845.0</b>	<b>3,312,350.8</b>

**ESCENARIO VI. Aumentar la cobertura**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ingreso medio anual -Seg. Regular	14.8	14.8	14.8	14.8	14.7	14.7	14.7	14.6	14.6	14.5	14.5	14.4	14.3
Pensión promedio anual -pensionistas	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.3	8.3	8.3	8.2	8.2	8.2
Ingreso medio anual -Seg. Agrario	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.1	6.1	6.1	6.1	6.0
Masa Cotizable Seg. Regular:	36,175,901.9	36,328,013.1	36,735,426.9	41,058,676.1	45,482,522.8	50,003,768.2	54,619,003.5	59,324,612.4	63,967,334.0	68,671,395.7	73,432,342.7	78,245,575.8	83,106,355.9
Asegurado Directos Activos	30,058,484.7	30,008,699.4	30,165,938.1	34,177,903.0	38,282,138.8	42,475,433.1	46,754,372.1	51,115,342.1	55,425,076.7	59,789,348.4	64,203,764.5	68,663,794.9	73,164,776.8
Pensionados	6,117,417.1	6,319,313.7	6,569,488.8	6,880,773.1	7,200,384.1	7,528,335.1	7,864,631.4	8,209,270.3	8,542,257.3	8,882,047.2	9,228,578.2	9,581,780.9	9,941,579.1
Masa Cotizable Seg. Agrario	621,427.7	685,443.0	755,621.9	932,959.9	1,132,676.3	1,355,871.6	1,603,654.8	1,877,141.9	2,172,379.8	2,494,093.6	2,843,229.5	3,220,726.9	3,627,516.8
MASA COTIZANTE TOTAL	36,797,329.6	37,013,456.2	37,491,048.8	41,991,636.0	46,615,199.1	51,359,639.7	56,222,658.4	61,201,754.3	66,139,713.8	71,165,489.3	76,275,572.2	81,466,302.8	86,733,872.7
Ingresos por cuotas -Seguro Regular	2,658,393.0	2,662,471.1	2,685,104.4	3,019,716.5	3,362,071.1	3,711,910.7	4,068,961.3	4,432,932.8	4,792,324.0	5,156,366.6	5,524,705.4	5,896,974.0	6,272,794.7
Asegurado Directos Activos	2,413,696.3	2,409,698.6	2,422,324.8	2,744,485.6	3,074,055.7	3,410,777.3	3,754,376.1	4,104,562.0	4,450,633.7	4,801,084.7	5,155,562.3	5,513,702.7	5,875,131.6
Pensionados	244,696.7	252,772.5	262,779.6	275,230.9	288,015.4	301,133.4	314,585.3	328,370.8	341,690.3	355,281.9	369,143.1	383,271.2	397,663.2
Ingresos por cuotas -Seguro Agrario	21,315.0	23,510.7	25,917.8	32,000.5	38,850.8	46,506.4	55,005.4	64,386.0	74,512.6	85,547.4	97,522.8	110,470.9	124,423.8
INGRESOS GLOBALES X CUOTAS (2003=100)	2,679,708.0	2,685,981.8	2,711,022.2	3,051,717.1	3,400,921.9	3,758,417.1	4,123,966.7	4,497,318.7	4,866,836.6	5,241,914.0	5,622,228.2	6,007,444.9	6,397,218.6
Saldo medio anual inversiones financieras	976,316.0	940,093.6	948,857.8	1,068,101.0	1,190,322.7	1,315,446.0	1,443,388.3	1,574,061.6	1,703,392.8	1,834,669.9	1,967,779.9	2,102,605.7	2,239,026.5
Ingresos por inversiones financieras	38,558.8	32,903.3	33,210.0	37,383.5	41,661.3	46,040.6	50,518.6	55,092.2	59,618.7	64,213.4	68,872.3	73,591.2	78,365.9
Otros ingresos	35,470.3	35,678.6	36,139.0	40,477.2	44,934.0	49,507.4	54,195.0	58,994.5	63,754.4	68,598.9	73,524.7	78,528.3	83,605.9
<b>INGRESOS GLOBALES -REGULAR+AGRARIO</b>	<b>2,753,737.0</b>	<b>2,754,563.7</b>	<b>2,780,371.2</b>	<b>3,129,577.8</b>	<b>3,487,517.2</b>	<b>3,853,965.1</b>	<b>4,228,680.3</b>	<b>4,611,405.4</b>	<b>4,990,209.7</b>	<b>5,374,726.4</b>	<b>5,764,625.2</b>	<b>6,159,564.4</b>	<b>6,559,190.4</b>

**ESCENARIO VII. Trasladar el financiamiento del pasivo actuarial a la ONP**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ingreso medio anual -Seg. Regular	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8
Pensión promedio anual -pensionistas	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4
Ingreso medio anual -Seg. Agrario	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2
Masa Cotizable Seg. Regular:	36,175,901.9	36,343,156.1	36,781,390.9	37,528,266.7	38,293,421.5	39,077,445.2	39,880,946.9	40,704,554.8	41,451,580.2	42,216,818.3	43,000,869.8	43,804,355.0	44,627,914.7
Asegurado Directos Activos	30,058,484.7	30,021,208.3	30,203,682.2	30,630,261.7	31,062,954.3	31,501,874.5	31,947,135.3	32,398,847.7	32,780,069.4	33,166,437.2	33,558,045.2	33,954,984.9	34,357,345.5
Pensionados	6,117,417.1	6,321,947.8	6,577,708.7	6,898,004.9	7,230,467.1	7,575,570.7	7,933,811.6	8,305,707.1	8,671,510.8	9,050,381.1	9,442,824.6	9,849,370.1	10,270,569.2
Masa Cotizable Seg. Agrario	621,427.7	685,728.8	756,567.4	836,119.4	919,078.0	1,005,581.2	1,095,773.0	1,189,803.9	1,284,811.2	1,383,527.4	1,486,100.2	1,592,684.1	1,703,440.5
<b>MASA COTIZANTE TOTAL</b>	<b>36,797,329.6</b>	<b>37,028,884.9</b>	<b>37,537,958.3</b>	<b>38,364,386.1</b>	<b>39,212,499.5</b>	<b>40,083,026.4</b>	<b>40,976,719.9</b>	<b>41,894,358.8</b>	<b>42,736,391.4</b>	<b>43,600,345.6</b>	<b>44,486,970.0</b>	<b>45,397,039.1</b>	<b>46,331,355.2</b>
Ingresos por cuotas -Seguro Regular	2,658,393.0	2,663,580.9	2,688,464.0	2,735,530.2	2,783,573.9	2,832,623.4	2,882,707.4	2,933,855.8	2,979,100.0	3,025,280.2	3,072,424.0	3,120,560.1	3,169,717.6
Asegurado Directos Activos	2,413,696.3	2,410,703.0	2,425,355.7	2,459,610.0	2,494,355.2	2,529,600.5	2,565,355.0	2,601,627.5	2,632,239.6	2,663,264.9	2,694,711.0	2,726,585.3	2,758,894.8
Pensionados	244,696.7	252,877.9	263,108.3	275,920.2	289,218.7	303,022.8	317,352.5	332,228.3	346,860.4	362,015.2	377,713.0	393,974.8	410,822.8
Ingresos por cuotas -Seguro Agrario	21,315.0	23,520.5	25,950.3	28,678.9	31,524.4	34,491.4	37,585.0	40,810.3	44,069.0	47,455.0	50,973.2	54,629.1	58,428.0
<b>INGRESOS GLOBALES X CUOTAS (2003=100)</b>	<b>2,679,708.0</b>	<b>2,687,101.4</b>	<b>2,714,414.3</b>	<b>2,764,209.1</b>	<b>2,815,098.3</b>	<b>2,867,114.8</b>	<b>2,920,292.4</b>	<b>2,974,666.0</b>	<b>3,023,169.0</b>	<b>3,072,735.1</b>	<b>3,123,397.2</b>	<b>3,175,189.2</b>	<b>3,228,145.6</b>
Saldo medio anual inversiones financieras	976,316.0	940,485.5	950,045.0	967,473.2	985,284.4	1,003,490.2	1,022,102.4	1,041,133.1	1,058,109.2	1,075,457.3	1,093,189.0	1,111,316.2	1,129,851.0
Ingresos por inversiones financieras	38,558.8	37,217.0	33,251.6	33,861.6	34,485.0	35,122.2	35,773.6	36,439.7	37,033.8	37,641.0	38,261.6	38,896.1	39,544.8
Otros ingresos	35,470.3	35,693.5	36,184.2	36,980.8	37,798.3	38,637.5	39,498.9	40,383.5	41,195.1	42,027.9	42,882.6	43,759.8	44,660.4
<b>INGRESOS GLOBALES -REGULAR+AGRARIO</b>	<b>2,753,737.0</b>	<b>2,755,711.9</b>	<b>2,783,850.0</b>	<b>2,835,051.5</b>	<b>2,887,381.6</b>	<b>2,940,874.4</b>	<b>2,995,564.9</b>	<b>3,051,489.2</b>	<b>3,101,398.0</b>	<b>3,152,404.1</b>	<b>3,204,541.4</b>	<b>3,257,845.0</b>	<b>3,312,350.8</b>

**ESCENARIO VIII. Combinación de resto de escenarios (excepto agrario)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ingreso medio anual -Seg. Regular	14.8	14.8	14.8	14.8	14.7	14.7	14.7	14.6	14.6	14.5	14.5	14.4	14.3
Pensión promedio anual -pensionistas	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.3	8.3	8.3	8.2	8.2	8.2
Ingreso medio anual -Seg. Agrario	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.1	6.1	6.1	6.1	6.0
Masa Cotizable Seg. Regular:	36,175,901.9	36,328,013.1	36,735,426.9	41,058,676.1	45,482,522.8	50,003,768.2	54,619,003.5	59,324,612.4	63,967,334.0	68,671,395.7	73,432,342.7	78,245,575.8	83,106,355.9
Asegurado Directos Activos	30,058,484.7	30,008,699.4	30,165,938.1	34,177,903.0	38,282,138.8	42,475,433.1	46,754,372.1	51,115,342.1	55,425,076.7	59,789,348.4	64,203,764.5	68,663,794.9	73,164,776.8
Pensionados	6,117,417.1	6,319,313.7	6,569,488.8	6,880,773.1	7,200,384.1	7,528,335.1	7,864,631.4	8,209,270.3	8,542,257.3	8,882,047.2	9,228,578.2	9,581,780.9	9,941,579.1
Masa Cotizable Seg. Agrario	621,427.7	685,443.0	756,567.4	836,119.4	919,078.0	1,005,581.2	1,095,773.0	1,189,803.9	1,284,811.2	1,383,527.4	1,486,100.2	1,592,684.1	1,703,440.5
<b>MASA COTIZANTE TOTAL</b>	<b>36,797,329.6</b>	<b>37,013,456.2</b>	<b>37,491,994.3</b>	<b>41,991,636.0</b>	<b>46,615,199.1</b>	<b>51,359,639.7</b>	<b>56,222,658.4</b>	<b>61,201,754.3</b>	<b>66,139,713.8</b>	<b>71,165,489.3</b>	<b>76,275,572.2</b>	<b>81,466,302.8</b>	<b>86,733,872.7</b>
Ingresos por cuotas -Seguro Regular	2,658,393.0	2,662,471.1	2,685,104.4	3,019,716.5	3,362,071.1	3,711,910.7	4,068,961.3	4,432,932.8	4,792,324.0	5,156,366.6	5,524,705.4	5,896,974.0	6,272,794.7
Asegurado Directos Activos	2,413,696.3	2,409,698.6	2,422,324.8	2,744,485.6	3,074,055.7	3,410,777.3	3,754,376.1	4,104,562.0	4,450,633.7	4,801,084.7	5,155,562.3	5,513,702.7	5,875,131.6
Pensionados	244,696.7	252,772.5	262,779.6	275,230.9	288,015.4	301,133.4	314,585.3	328,370.8	341,690.3	355,281.9	369,143.1	383,271.2	397,663.2
Ingresos por cuotas -Seguro Agrario	21,315.0	23,510.7	25,917.8	32,000.5	38,850.8	46,506.4	55,005.4	64,386.0	74,512.6	85,547.4	97,522.8	110,470.9	124,423.8
<b>INGRESOS GLOBALES X CUOTAS (2003=100)</b>	<b>2,679,708.0</b>	<b>2,685,981.8</b>	<b>2,711,022.2</b>	<b>3,051,717.1</b>	<b>3,400,921.9</b>	<b>3,758,417.1</b>	<b>4,123,966.7</b>	<b>4,497,318.7</b>	<b>4,866,836.6</b>	<b>5,241,914.0</b>	<b>5,622,228.2</b>	<b>6,007,444.9</b>	<b>6,397,218.6</b>
Saldo medio anual inversiones financieras	976,316.0	940,093.6	948,857.8	1,068,101.0	1,190,322.7	1,315,446.0	1,443,388.3	1,574,061.6	1,703,392.8	1,834,669.9	1,967,779.9	2,102,605.7	2,239,026.5
Ingresos por inversiones financieras	38,558.8	32,903.3	33,210.0	37,383.5	41,661.3	46,040.6	50,518.6	55,092.2	59,618.7	64,213.4	68,872.3	73,591.2	78,365.9
Otros ingresos	35,470.3	35,678.6	36,139.0	40,477.2	44,934.0	49,507.4	54,195.0	58,994.5	63,754.4	68,598.9	73,524.7	78,528.3	83,605.9
<b>INGRESOS GLOBALES -REGULAR+AGRARIO</b>	<b>2,753,737.0</b>	<b>2,754,563.7</b>	<b>2,780,371.2</b>	<b>3,129,577.8</b>	<b>3,487,517.2</b>	<b>3,853,965.1</b>	<b>4,228,680.3</b>	<b>4,611,405.4</b>	<b>4,990,209.7</b>	<b>5,374,726.4</b>	<b>5,764,625.2</b>	<b>6,159,564.4</b>	<b>6,559,190.4</b>

**ESCENARIO IX. Seguro Agrario**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ingreso medio anual -Seg. Regular	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8
Pensión promedio anual -pensionistas	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4
Ingreso medio anual -Seg. Agrario	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2
Masa Cotizable Seg. Regular:	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Asegurado Directos Activos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Pensionados	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Masa Cotizable Seg. Agrario	621,427.7	626,303.4	635,895.0	650,602.6	665,713.8	681,242.5	697,202.8	713,609.7	728,758.0	744,317.0	760,300.9	776,724.6	793,603.2
MASA COTIZANTE TOTAL	621,427.7	626,303.4	635,895.0	650,602.6	665,713.8	681,242.5	697,202.8	713,609.7	728,758.0	744,317.0	760,300.9	776,724.6	793,603.2
Ingresos por cuotas -Seguro Regular	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Asegurado Directos Activos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Pensionados	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ingresos por cuotas -Seguro Agrario	21,315.0	21,482.2	21,811.2	22,315.7	22,834.0	23,366.6	23,914.1	24,476.8	24,996.4	25,530.1	26,078.3	26,641.7	27,220.6
INGRESOS GLOBALES X CUOTAS (2003=100)	21,315.0	21,482.2	21,811.2	22,315.7	22,834.0	23,366.6	23,914.1	24,476.8	24,996.4	25,530.1	26,078.3	26,641.7	27,220.6
Saldo medio anual inversiones financieras	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ingresos por inversiones financieras	293.8	296.2	300.7	307.6	314.8	322.1	329.7	337.4	344.6	352.0	359.5	367.3	375.3
Otros ingresos	270.3	272.4	276.6	283.0	289.6	296.3	303.3	310.4	317.0	323.8	330.7	337.9	345.2
<b>INGRESOS GLOBALES AGRARIO</b>	<b>21,879.1</b>	<b>22,050.8</b>	<b>22,388.5</b>	<b>22,906.3</b>	<b>23,438.3</b>	<b>23,985.1</b>	<b>24,547.0</b>	<b>25,124.7</b>	<b>25,658.0</b>	<b>26,205.8</b>	<b>26,768.6</b>	<b>27,346.8</b>	<b>27,941.1</b>

**ESCENARIO X. Cobertura población de pensionistas**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ingreso medio anual -Seg. Regular	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8	14.8
Pensión promedio anual -pensionistas	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4
Ingreso medio anual -Seg. Agrario	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2
Masa Cotizable Seg. Regular:	6,117,417.1	6,321,947.8	6,577,708.7	6,898,004.9	7,230,467.1	7,575,570.7	7,933,811.6	8,305,707.1	8,671,510.8	9,050,381.1	9,442,824.6	9,849,370.1	10,270,569.2
Asegurado Directos Activos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Pensionados	6,117,417.1	6,321,947.8	6,577,708.7	6,898,004.9	7,230,467.1	7,575,570.7	7,933,811.6	8,305,707.1	8,671,510.8	9,050,381.1	9,442,824.6	9,849,370.1	10,270,569.2
Masa Cotizable Seg. Agrario	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
MASA COTIZANTE TOTAL	6,117,417.1	6,321,947.8	6,577,708.7	6,898,004.9	7,230,467.1	7,575,570.7	7,933,811.6	8,305,707.1	8,671,510.8	9,050,381.1	9,442,824.6	9,849,370.1	10,270,569.2
Ingresos por cuotas -Seguro Regular	244,696.7	252,877.9	263,108.3	275,920.2	289,218.7	303,022.8	317,352.5	332,228.3	346,860.4	362,015.2	377,713.0	393,974.8	410,822.8
Asegurado Directos Activos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Pensionados	244,696.7	252,877.9	263,108.3	275,920.2	289,218.7	303,022.8	317,352.5	332,228.3	346,860.4	362,015.2	377,713.0	393,974.8	410,822.8
Ingresos por cuotas -Seguro Agrario	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
INGRESOS GLOBALES X CUOTAS (2003=100)	244,696.7	252,877.9	263,108.3	275,920.2	289,218.7	303,022.8	317,352.5	332,228.3	346,860.4	362,015.2	377,713.0	393,974.8	410,822.8
Saldo medio anual inversiones financieras	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ingresos por inversiones financieras	3,373.4	3,486.1	3,627.2	3,803.8	3,987.1	4,177.4	4,375.0	4,580.1	4,781.8	4,990.7	5,207.1	5,431.3	5,663.6
Otros ingresos	3,103.2	3,206.9	3,336.6	3,499.1	3,667.8	3,842.8	4,024.6	4,213.2	4,398.8	4,590.9	4,790.0	4,996.2	5,209.9
<b>INGRESOS GLOBALES AGRARIO</b>	<b>251,173.2</b>	<b>259,571.0</b>	<b>270,072.2</b>	<b>283,223.1</b>	<b>296,873.6</b>	<b>311,043.1</b>	<b>325,752.0</b>	<b>341,021.5</b>	<b>356,041.0</b>	<b>371,596.9</b>	<b>387,710.1</b>	<b>404,402.3</b>	<b>421,696.2</b>

## Resultados: proyecciones de gastos

### ESCENARIO I (base). Situación constante al 2003

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>GASTO HOSPITALIZACIÓN</b>	1,231,107.2	1,257,466.8	1,291,647.8	1,334,842.8	1,379,852.9	1,426,761.3	1,475,655.2	1,526,626.2	1,576,804.0	1,629,027.2	1,683,388.6	1,739,985.2	1,798,918.9
Gasto Indirecto	307,776.8	309,059.2	310,341.6	311,624.0	312,906.4	314,188.8	315,471.2	316,753.6	318,036.0	319,318.4	320,600.8	321,883.2	323,165.6
Gasto Directo	923,330.4	948,407.6	981,306.2	1,023,218.8	1,066,946.5	1,112,572.4	1,160,183.9	1,209,872.6	1,258,767.9	1,309,708.8	1,362,787.7	1,418,101.9	1,475,753.3
<b>GASTO CONSULTAS Y URGENCIAS</b>	749,714.8	765,054.4	785,120.7	810,631.5	837,195.0	864,859.2	893,674.2	923,692.4	953,179.6	983,849.1	1,015,754.2	1,048,950.4	1,083,496.1
Gasto Indirecto	187,428.7	188,209.6	188,990.6	189,771.6	190,552.5	191,333.5	192,114.4	192,895.4	193,676.3	194,457.3	195,238.2	196,019.2	196,800.1
Gasto Directo	562,286.1	576,844.8	596,130.1	620,859.9	646,642.5	673,525.8	701,559.8	730,797.1	759,503.3	789,391.9	820,516.0	852,931.2	886,696.0
<b>GASTO ASISTENCIAL SERV. SALUD</b>	1,980,822.0	2,022,521.3	2,076,768.5	2,145,474.3	2,217,048.0	2,291,620.5	2,369,329.3	2,450,318.7	2,529,983.5	2,612,876.3	2,699,142.7	2,788,935.6	2,882,415.0
Hospitalización	1,231,107.2	1,257,466.8	1,291,647.8	1,334,842.8	1,379,852.9	1,426,761.3	1,475,655.2	1,526,626.2	1,576,804.0	1,629,027.2	1,683,388.6	1,739,985.2	1,798,918.9
Consulta	749,714.8	765,054.4	785,120.7	810,631.5	837,195.0	864,859.2	893,674.2	923,692.4	953,179.6	983,849.1	1,015,754.2	1,048,950.4	1,083,496.1
Incremental I Nivel -Escenario I	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>PRESTACIONES ECONÓMICAS: (ries.común)</b>	214,582.7	216,480.5	220,013.9	225,968.0	232,090.9	238,388.7	244,867.6	251,534.1	257,805.6	264,251.5	270,878.1	277,692.0	284,700.1
Incapacidad temporal riesgo común	42,926.3	43,263.5	43,926.5	44,960.1	46,022.2	47,113.6	48,235.4	49,388.7	50,559.9	51,552.1	52,678.2	53,835.4	55,024.7
Licencia por maternidad	69,840.0	70,400.2	71,491.2	73,647.7	75,864.8	78,144.7	80,489.6	82,901.9	85,197.8	87,556.8	89,981.2	92,473.5	95,036.2
Lactancia	67,800.9	68,432.7	69,582.1	71,429.0	73,328.4	75,282.2	77,292.4	79,360.9	81,301.8	83,296.9	85,348.1	87,457.3	89,626.8
Sepelio	34,015.5	34,384.1	35,014.1	35,931.1	36,875.5	37,848.2	38,850.2	39,882.6	40,850.0	41,845.7	42,870.6	43,925.8	45,012.4
<b>GASTOS DE ADMINISTRACIÓN</b>	129,238.8	131,959.5	135,498.9	139,981.6	144,651.4	149,516.9	154,587.0	159,871.2	165,068.9	170,477.3	176,105.7	181,964.2	188,063.3
<b>GASTO PREVISIONAL -PENSIONES</b>	338,546.0	345,672.9	354,944.4	366,687.0	378,919.8	391,665.1	404,946.5	418,788.5	432,404.2	446,571.6	461,315.5	476,662.2	492,638.9
<b>GASTO operat SEG REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>2,663,189.5</b>	<b>2,716,634.2</b>	<b>2,787,225.6</b>	<b>2,878,110.9</b>	<b>2,972,710.1</b>	<b>3,071,191.2</b>	<b>3,173,730.5</b>	<b>3,280,512.5</b>	<b>3,385,262.2</b>	<b>3,494,176.6</b>	<b>3,607,442.1</b>	<b>3,725,254.0</b>	<b>3,847,817.3</b>
<b>GASTO DE CAPITAL -imputable</b>	12,057.7	12,311.6	12,641.8	13,060.0	13,495.7	13,949.7	14,422.7	14,915.7	15,400.6	15,905.2	16,430.3	16,976.9	17,546.0
<b>GASTO GLOBAL SEG. REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>2,675,247.2</b>	<b>2,728,945.7</b>	<b>2,799,867.4</b>	<b>2,891,171.0</b>	<b>2,986,205.8</b>	<b>3,085,140.9</b>	<b>3,188,153.2</b>	<b>3,295,428.2</b>	<b>3,400,662.8</b>	<b>3,510,081.8</b>	<b>3,623,872.4</b>	<b>3,742,231.0</b>	<b>3,865,363.3</b>

### ESCENARIO II. Fortalecer el primer nivel de atención

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>GASTO HOSPITALIZACIÓN</b>	1,231,107.2	1,257,466.8	1,291,647.8	1,334,842.8	1,379,852.9	1,426,761.3	1,475,655.2	1,526,626.2	1,576,804.0	1,629,027.2	1,683,388.6	1,739,985.2	1,798,918.9
Gasto Indirecto	307,776.8	309,059.2	310,341.6	311,624.0	312,906.4	314,188.8	315,471.2	316,753.6	318,036.0	319,318.4	320,600.8	321,883.2	323,165.6
Gasto Directo	923,330.4	948,407.6	981,306.2	1,023,218.8	1,066,946.5	1,112,572.4	1,160,183.9	1,209,872.6	1,258,767.9	1,309,708.8	1,362,787.7	1,418,101.9	1,475,753.3
<b>GASTO CONSULTAS Y URGENCIAS</b>	749,714.8	765,054.4	785,120.7	810,631.5	837,195.0	864,859.2	893,674.2	923,692.4	953,179.6	983,849.1	1,015,754.2	1,048,950.4	1,083,496.1
Gasto Indirecto	187,428.7	188,209.6	188,990.6	189,771.6	190,552.5	191,333.5	192,114.4	192,895.4	193,676.3	194,457.3	195,238.2	196,019.2	196,800.1
Gasto Directo	562,286.1	576,844.8	596,130.1	620,859.9	646,642.5	673,525.8	701,559.8	730,797.1	759,503.3	789,391.9	820,516.0	852,931.2	886,696.0
<b>GASTO ASISTENCIAL SERV. SALUD</b>	1,980,822.0	2,022,521.3	2,076,768.5	2,145,474.3	2,217,048.0	2,291,620.5	2,369,329.3	2,450,318.7	2,529,983.5	2,612,876.3	2,699,142.7	2,788,935.6	2,882,415.0
Hospitalización	1,231,107.2	1,257,466.8	1,291,647.8	1,334,842.8	1,379,852.9	1,426,761.3	1,475,655.2	1,526,626.2	1,576,804.0	1,629,027.2	1,683,388.6	1,739,985.2	1,798,918.9
Consulta	749,714.8	765,054.4	785,120.7	810,631.5	837,195.0	864,859.2	893,674.2	923,692.4	953,179.6	983,849.1	1,015,754.2	1,048,950.4	1,083,496.1
Incremental I Nivel -Escenario I	0.0	0.0	0.0	65,437.3	134,314.4	206,786.1	283,014.1	363,168.2	371,977.4	381,043.7	390,376.3	399,984.9	409,879.4
<b>PRESTACIONES ECONÓMICAS: (ries.común)</b>	214,582.7	216,480.5	220,013.9	225,968.0	232,090.9	238,388.7	244,867.6	251,534.1	257,805.6	264,251.5	270,878.1	277,692.0	284,700.1
Incapacidad temporal riesgo común	42,926.3	43,263.5	43,926.5	44,960.1	46,022.2	47,113.6	48,235.4	49,388.7	50,559.9	51,552.1	52,678.2	53,835.4	55,024.7
Licencia por maternidad	69,840.0	70,400.2	71,491.2	73,647.7	75,864.8	78,144.7	80,489.6	82,901.9	85,197.8	87,556.8	89,981.2	92,473.5	95,036.2
Lactancia	67,800.9	68,432.7	69,582.1	71,429.0	73,328.4	75,282.2	77,292.4	79,360.9	81,301.8	83,296.9	85,348.1	87,457.3	89,626.8
Sepelio	34,015.5	34,384.1	35,014.1	35,931.1	36,875.5	37,848.2	38,850.2	39,882.6	40,850.0	41,845.7	42,870.6	43,925.8	45,012.4
<b>GASTOS DE ADMINISTRACIÓN</b>	129,238.8	131,959.5	135,498.9	139,981.6	144,651.4	149,516.9	154,587.0	159,871.2	165,068.9	170,477.3	176,105.7	181,964.2	188,063.3
<b>GASTO PREVISIONAL -PENSIONES</b>	338,546.0	345,672.9	354,944.4	366,687.0	378,919.8	391,665.1	404,946.5	418,788.5	432,404.2	446,571.6	461,315.5	476,662.2	492,638.9
<b>GASTO operat SEG REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>2,663,189.5</b>	<b>2,716,634.2</b>	<b>2,787,225.6</b>	<b>2,878,110.9</b>	<b>2,972,710.1</b>	<b>3,071,191.2</b>	<b>3,173,730.5</b>	<b>3,280,512.5</b>	<b>3,385,262.2</b>	<b>3,494,176.6</b>	<b>3,607,442.1</b>	<b>3,725,254.0</b>	<b>3,847,817.3</b>
<b>GASTO DE CAPITAL -imputable</b>	12,057.7	12,311.6	12,641.8	13,060.0	13,495.7	13,949.7	14,422.7	14,915.7	15,400.6	15,905.2	16,430.3	16,976.9	17,546.0
<b>GASTO GLOBAL SEG. REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>2,675,247.2</b>	<b>2,728,945.7</b>	<b>2,799,867.4</b>	<b>2,891,171.0</b>	<b>2,986,205.8</b>	<b>3,085,140.9</b>	<b>3,188,153.2</b>	<b>3,295,428.2</b>	<b>3,400,662.8</b>	<b>3,510,081.8</b>	<b>3,623,872.4</b>	<b>3,742,231.0</b>	<b>3,865,363.3</b>

**ESCENARIO III. Mejorar la gestión hospitalaria**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>GASTO HOSPITALIZACIÓN</b>	1,231,107.2	1,245,611.8	1,267,115.1	1,296,472.1	1,326,505.6	1,357,225.5	1,388,641.4	1,420,762.4	1,450,927.2	1,481,685.0	1,513,040.1	1,544,996.2	1,577,555.9
Gasto Indirecto	307,776.8	309,059.2	310,341.6	311,624.0	312,906.4	314,188.8	315,471.2	316,753.6	318,036.0	319,318.4	320,600.8	321,883.2	323,165.6
Gasto Directo	923,330.4	936,552.5	956,773.5	984,848.1	1,013,599.2	1,043,036.7	1,073,170.1	1,104,008.7	1,132,891.1	1,162,366.5	1,192,439.3	1,223,112.9	1,254,390.3
<b>GASTO CONSULTAS Y URGENCIAS</b>	749,714.8	765,054.4	785,120.7	810,631.5	837,195.0	864,859.2	893,674.2	923,692.4	953,179.6	983,849.1	1,015,754.2	1,048,950.4	1,083,496.1
Gasto Indirecto	187,428.7	188,209.6	188,990.6	189,771.6	190,552.5	191,333.5	192,114.4	192,895.4	193,676.3	194,457.3	195,238.2	196,019.2	196,800.1
Gasto Directo	562,286.1	576,844.8	596,130.1	620,859.9	646,642.5	673,525.8	701,559.8	730,797.1	759,503.3	789,391.9	820,516.0	852,931.2	886,696.0
<b>GASTO ASISTENCIAL SERV. SALUD</b>	1,980,822.0	2,010,666.2	2,052,235.9	2,107,103.6	2,163,700.6	2,222,084.7	2,282,315.5	2,344,454.8	2,404,106.7	2,465,534.1	2,528,794.3	2,593,946.5	2,661,052.0
Hospitalización	1,231,107.2	1,245,611.8	1,267,115.1	1,296,472.1	1,326,505.6	1,357,225.5	1,388,641.4	1,420,762.4	1,450,927.2	1,481,685.0	1,513,040.1	1,544,996.2	1,577,555.9
Consulta	749,714.8	765,054.4	785,120.7	810,631.5	837,195.0	864,859.2	893,674.2	923,692.4	953,179.6	983,849.1	1,015,754.2	1,048,950.4	1,083,496.1
Incremental I Nivel -Escenario I	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>PRESTACIONES ECONÓMICAS: (ries.común)</b>	214,582.7	216,390.3	219,738.9	225,403.5	231,125.3	236,902.3	242,732.4	248,613.6	253,962.8	259,336.5	264,732.2	270,147.6	275,580.5
Incapacidad temporal riesgo común	42,926.3	43,245.5	43,871.6	44,847.8	45,830.7	46,819.8	47,814.8	48,815.2	49,703.8	50,593.2	51,483.0	52,372.8	53,262.1
Licencia por maternidad	69,840.0	70,370.9	71,401.8	73,463.8	75,549.2	77,657.4	79,787.7	81,939.4	83,927.9	85,928.3	87,939.6	89,961.2	91,992.0
Lactancia	67,800.9	68,404.2	69,495.2	71,250.6	73,023.3	74,812.8	76,618.4	78,439.4	80,090.0	81,747.6	83,411.6	85,081.3	86,755.9
Sepelio	34,015.5	34,369.8	34,970.3	35,841.4	36,722.1	37,612.2	38,511.5	39,419.5	40,241.1	41,067.3	41,897.9	42,732.4	43,570.5
<b>GASTOS DE ADMINISTRACIÓN</b>	129,238.8	131,186.0	133,898.2	137,478.1	141,170.8	144,980.0	148,909.8	152,964.1	156,856.1	160,863.9	164,991.3	169,242.2	173,620.5
<b>GASTO PREVISIONAL -PENSIONES</b>	338,546.0	343,646.7	350,751.5	360,129.0	369,802.1	379,780.6	390,074.8	400,695.2	410,890.4	421,389.0	432,201.0	443,336.2	454,805.4
<b>GASTO operat SEG REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>2,663,189.5</b>	<b>2,701,889.2</b>	<b>2,756,624.5</b>	<b>2,830,114.2</b>	<b>2,905,798.8</b>	<b>2,983,747.7</b>	<b>3,064,032.6</b>	<b>3,146,727.6</b>	<b>3,225,816.0</b>	<b>3,307,123.5</b>	<b>3,390,718.7</b>	<b>3,476,672.6</b>	<b>3,565,058.3</b>
<b>GASTO DE CAPITAL -imputable</b>	12,057.7	12,239.4	12,492.5	12,826.5	13,171.0	13,526.4	13,893.0	14,271.3	14,634.4	15,008.3	15,393.4	15,790.0	16,198.5
<b>GASTO GLOBAL SEG. REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>2,675,247.2</b>	<b>2,714,128.6</b>	<b>2,769,116.9</b>	<b>2,842,940.7</b>	<b>2,918,969.8</b>	<b>2,997,274.1</b>	<b>3,077,925.6</b>	<b>3,160,998.9</b>	<b>3,240,450.4</b>	<b>3,322,131.8</b>	<b>3,406,112.1</b>	<b>3,492,462.6</b>	<b>3,581,256.8</b>

**ESCENARIO IV. Aumentar el gasto de capital**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>GASTO HOSPITALIZACIÓN</b>	1,231,107.2	1,257,466.8	1,291,647.8	1,334,842.8	1,379,852.9	1,426,761.3	1,475,655.2	1,526,626.2	1,576,804.0	1,629,027.2	1,683,388.6	1,739,985.2	1,798,918.9
Gasto Indirecto	307,776.8	309,059.2	310,341.6	311,624.0	312,906.4	314,188.8	315,471.2	316,753.6	318,036.0	319,318.4	320,600.8	321,883.2	323,165.6
Gasto Directo	923,330.4	948,407.6	981,306.2	1,023,218.8	1,066,946.5	1,112,572.4	1,160,183.9	1,209,872.6	1,258,767.9	1,309,708.8	1,362,787.7	1,418,101.9	1,475,753.3
<b>GASTO CONSULTAS Y URGENCIAS</b>	749,714.8	765,054.4	785,120.7	810,631.5	837,195.0	864,859.2	893,674.2	923,692.4	953,179.6	983,849.1	1,015,754.2	1,048,950.4	1,083,496.1
Gasto Indirecto	187,428.7	188,209.6	188,990.6	189,771.6	190,552.5	191,333.5	192,114.4	192,895.4	193,676.3	194,457.3	195,238.2	196,019.2	196,800.1
Gasto Directo	562,286.1	576,844.8	596,130.1	620,859.9	646,642.5	673,525.8	701,559.8	730,797.1	759,503.3	789,391.9	820,516.0	852,931.2	886,696.0
<b>GASTO ASISTENCIAL SERV. SALUD</b>	1,980,822.0	2,022,521.3	2,076,768.5	2,145,474.3	2,217,048.0	2,291,620.5	2,369,329.3	2,450,318.7	2,529,983.5	2,612,876.3	2,699,142.7	2,788,935.6	2,882,415.0
Hospitalización	1,231,107.2	1,257,466.8	1,291,647.8	1,334,842.8	1,379,852.9	1,426,761.3	1,475,655.2	1,526,626.2	1,576,804.0	1,629,027.2	1,683,388.6	1,739,985.2	1,798,918.9
Consulta	749,714.8	765,054.4	785,120.7	810,631.5	837,195.0	864,859.2	893,674.2	923,692.4	953,179.6	983,849.1	1,015,754.2	1,048,950.4	1,083,496.1
Incremental I Nivel -Escenario I	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>PRESTACIONES ECONÓMICAS: (ries.común)</b>	214,582.7	216,480.5	220,013.9	225,968.0	232,090.9	238,388.7	244,867.6	251,534.1	257,805.6	264,251.5	270,878.1	277,692.0	284,700.1
Incapacidad temporal riesgo común	42,926.3	43,263.5	43,926.5	44,960.1	46,022.2	47,113.6	48,235.4	49,388.7	50,455.9	51,552.1	52,678.2	53,835.4	55,024.7
Licencia por maternidad	69,840.0	70,400.2	71,491.2	73,647.7	75,864.8	78,144.7	80,489.6	82,901.9	85,197.8	87,556.8	89,981.2	92,473.5	95,036.2
Lactancia	67,800.9	68,432.7	69,582.1	71,429.0	73,328.4	75,282.2	77,292.4	79,360.9	81,301.8	83,296.9	85,348.1	87,457.3	89,626.8
Sepelio	34,015.5	34,384.1	35,014.1	35,931.1	36,875.5	37,848.2	38,850.2	39,882.6	40,850.0	41,845.7	42,870.6	43,925.8	45,012.4
<b>GASTOS DE ADMINISTRACIÓN</b>	129,238.8	131,959.5	135,498.9	139,981.6	144,651.4	149,516.9	154,587.0	159,871.2	165,068.9	170,477.3	176,105.7	181,964.2	188,063.3
<b>GASTO PREVISIONAL -PENSIONES</b>	338,546.0	345,672.9	354,944.4	366,687.0	378,919.8	391,665.1	404,946.5	418,788.5	432,404.2	446,571.6	461,315.5	476,662.2	492,638.9
<b>GASTO operat SEG REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>2,663,189.5</b>	<b>2,716,634.2</b>	<b>2,787,225.6</b>	<b>2,878,110.9</b>	<b>2,972,710.1</b>	<b>3,071,191.2</b>	<b>3,173,730.5</b>	<b>3,280,512.5</b>	<b>3,385,262.2</b>	<b>3,494,176.6</b>	<b>3,607,442.1</b>	<b>3,725,254.0</b>	<b>3,847,817.3</b>
<b>GASTO DE CAPITAL -imputable</b>	12,057.7	12,311.6	15,802.2	65,300.1	222,679.3	230,169.3	237,974.4	246,108.9	254,110.4	262,436.1	271,100.7	280,119.4	289,508.5
<b>GASTO GLOBAL SEG. REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>2,675,247.2</b>	<b>2,728,945.7</b>	<b>2,803,027.9</b>	<b>2,943,411.1</b>	<b>3,195,389.4</b>	<b>3,301,360.6</b>	<b>3,411,704.8</b>	<b>3,526,621.4</b>	<b>3,639,372.6</b>	<b>3,756,612.7</b>	<b>3,878,542.8</b>	<b>4,005,373.5</b>	<b>4,137,325.8</b>

**ESCENARIO V. Reducir la derivación de demanda hacia otros proveedores**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>GASTO HOSPITALIZACIÓN</b>	1,231,107.2	1,265,370.2	1,308,002.9	1,360,423.3	1,415,417.8	1,473,118.4	1,533,664.4	1,597,202.1	1,660,721.8	1,727,255.4	1,796,954.2	1,869,977.9	1,946,494.2
Gasto Indirecto	307,776.8	309,059.2	310,341.6	311,624.0	312,906.4	314,188.8	315,471.2	316,753.6	318,036.0	319,318.4	320,600.8	321,883.2	323,165.6
Gasto Directo	923,330.4	956,311.0	997,661.3	1,048,799.3	1,102,511.4	1,158,929.6	1,218,193.1	1,280,448.5	1,342,685.8	1,407,936.9	1,476,353.4	1,548,094.6	1,623,328.6
<b>GASTO CONSULTAS Y URGENCIAS</b>	749,714.8	774,668.5	804,991.7	841,674.5	880,304.5	920,986.4	963,830.1	1,008,952.1	1,054,446.7	1,102,257.9	1,152,506.8	1,205,321.1	1,260,835.3
Gasto Indirecto	187,428.7	188,209.6	188,990.6	189,771.6	190,552.5	191,333.5	192,114.4	192,895.4	193,676.3	194,457.3	195,238.2	196,019.2	196,800.1
Gasto Directo	562,286.1	586,458.8	616,001.1	651,902.9	689,752.0	729,652.9	771,715.7	816,056.7	860,770.4	907,800.6	957,268.6	1,009,301.9	1,064,035.2
<b>GASTO ASISTENCIAL SERV. SALUD</b>	1,980,822.0	2,040,038.7	2,112,994.6	2,202,097.8	2,295,722.3	2,394,104.8	2,497,494.5	2,606,154.2	2,715,168.5	2,829,513.3	2,949,461.0	3,075,299.0	3,207,329.5
Hospitalización	1,231,107.2	1,265,370.2	1,308,002.9	1,360,423.3	1,415,417.8	1,473,118.4	1,533,664.4	1,597,202.1	1,660,721.8	1,727,255.4	1,796,954.2	1,869,977.9	1,946,494.2
Consulta	749,714.8	774,668.5	804,991.7	841,674.5	880,304.5	920,986.4	963,830.1	1,008,952.1	1,054,446.7	1,102,257.9	1,152,506.8	1,205,321.1	1,260,835.3
Incremental I Nivel -Escenario I	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>PRESTACIONES ECONÓMICAS: (ries.común)</b>	214,582.7	216,480.5	220,013.9	225,968.0	232,090.9	238,388.7	244,867.6	251,534.1	257,805.6	264,251.5	270,878.1	277,692.0	284,700.1
Incapacidad temporal riesgo común	42,926.3	43,263.5	43,926.5	44,960.1	46,022.2	47,113.6	48,235.4	49,388.7	50,559.9	51,752.1	52,972.2	54,223.4	55,504.7
Licencia por maternidad	69,840.0	70,400.2	71,491.2	73,647.7	75,864.8	78,144.7	80,489.6	82,901.9	85,391.2	87,956.8	89,981.2	92,473.5	95,036.2
Lactancia	67,800.9	68,432.7	69,582.1	71,429.0	73,328.4	75,282.2	77,292.4	79,360.9	81,301.8	83,296.9	85,348.1	87,457.3	89,626.8
Sepelio	34,015.5	34,384.1	35,014.1	35,931.1	36,875.5	37,848.2	38,850.2	39,882.6	40,850.0	41,845.7	42,870.6	43,925.8	45,012.4
<b>GASTOS DE ADMINISTRACIÓN</b>	129,238.8	133,102.4	137,862.4	143,676.0	149,784.5	156,203.5	162,949.2	170,038.7	177,151.3	184,611.7	192,437.7	200,648.0	209,262.4
<b>GASTO PREVISIONAL -PENSIONES</b>	338,546.0	348,666.8	361,135.9	376,364.6	392,366.2	409,180.9	426,851.5	445,422.7	464,054.5	483,597.4	504,097.9	525,605.1	548,170.7
<b>GASTO operat SEG REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>2,663,189.5</b>	<b>2,738,288.5</b>	<b>2,832,006.8</b>	<b>2,948,106.4</b>	<b>3,069,964.0</b>	<b>3,197,877.9</b>	<b>3,332,162.7</b>	<b>3,473,149.7</b>	<b>3,614,179.9</b>	<b>3,761,973.9</b>	<b>3,916,874.8</b>	<b>4,079,244.1</b>	<b>4,249,462.6</b>
<b>GASTO DE CAPITAL -imputable</b>	12,057.7	12,311.6	12,641.8	13,803.5	15,034.1	16,337.5	17,717.4	19,177.8	20,681.9	22,268.2	23,940.9	25,704.4	27,563.4
<b>GASTO GLOBAL SEG. REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>2,675,247.2</b>	<b>2,750,706.7</b>	<b>2,844,869.1</b>	<b>2,961,511.1</b>	<b>3,083,938.6</b>	<b>3,212,451.5</b>	<b>3,347,365.6</b>	<b>3,489,014.0</b>	<b>3,630,707.8</b>	<b>3,779,197.8</b>	<b>3,934,828.9</b>	<b>4,097,964.2</b>	<b>4,268,986.4</b>

**ESCENARIO VI. Aumentar la cobertura**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>GASTO HOSPITALIZACIÓN</b>	1,231,107.2	1,257,466.8	1,291,647.8	1,408,376.7	1,532,008.2	1,662,907.0	1,801,457.6	1,948,065.3	2,098,971.3	2,258,089.2	2,425,838.3	2,602,659.7	2,789,018.4
Gasto Indirecto	307,776.8	309,059.2	310,341.6	311,624.0	312,906.4	314,188.8	315,471.2	316,753.6	318,036.0	319,318.4	320,600.8	321,883.2	323,165.6
Gasto Directo	923,330.4	948,407.6	981,306.2	1,096,752.7	1,219,101.7	1,348,718.2	1,485,986.4	1,631,311.7	1,780,935.2	1,938,770.8	2,105,237.4	2,280,776.5	2,465,852.7
<b>GASTO CONSULTAS Y URGENCIAS</b>	749,714.8	765,054.4	785,120.7	859,226.5	937,767.9	1,020,981.0	1,109,114.6	1,202,431.1	1,298,612.0	1,400,083.4	1,507,117.2	1,619,999.6	1,739,032.0
Gasto Indirecto	187,428.7	188,209.6	188,990.6	189,771.6	190,552.5	191,333.5	192,114.4	192,895.4	193,676.3	194,457.3	195,238.2	196,019.2	196,800.1
Gasto Directo	562,286.1	576,844.8	596,130.1	669,454.9	747,215.4	829,647.5	917,000.2	1,009,535.7	1,104,935.7	1,205,626.2	1,311,879.0	1,423,980.4	1,542,231.9
<b>GASTO ASISTENCIAL SERV. SALUD</b>	1,980,822.0	2,022,521.3	2,076,768.5	2,267,603.2	2,469,776.0	2,683,888.0	2,910,572.3	3,150,496.4	3,397,583.2	3,658,172.7	3,932,955.5	4,222,659.3	4,528,050.4
Hospitalización	1,231,107.2	1,257,466.8	1,291,647.8	1,408,376.7	1,532,008.2	1,662,907.0	1,801,457.6	1,948,065.3	2,098,971.3	2,258,089.2	2,425,838.3	2,602,659.7	2,789,018.4
Consulta	749,714.8	765,054.4	785,120.7	859,226.5	937,767.9	1,020,981.0	1,109,114.6	1,202,431.1	1,298,612.0	1,400,083.4	1,507,117.2	1,619,999.6	1,739,032.0
Incremental I Nivel -Escenario I	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>PRESTACIONES ECONÓMICAS: (ries.común)</b>	214,582.7	216,390.3	219,738.9	254,895.4	291,598.8	329,865.9	369,712.4	411,152.4	453,170.0	496,614.6	541,488.1	587,791.1	635,522.8
Incapacidad temporal riesgo común	42,926.3	43,245.5	43,871.6	50,167.5	56,717.9	63,525.4	70,592.1	77,920.0	85,311.7	92,933.3	100,784.8	108,866.0	117,176.4
Licencia por maternidad	69,840.0	70,370.9	71,401.8	85,865.9	101,057.6	116,987.7	133,666.7	151,104.3	168,940.0	187,472.9	206,707.2	226,646.1	247,292.5
Lactancia	67,800.9	68,404.2	69,495.2	79,586.0	90,084.4	100,993.2	112,314.8	124,051.2	135,892.1	148,096.5	160,663.1	173,590.4	186,876.2
Sepelio	34,015.5	34,369.8	34,970.3	39,276.0	43,738.8	48,359.5	53,138.7	58,076.9	63,026.3	68,111.9	73,333.0	78,688.6	84,177.7
<b>GASTOS DE ADMINISTRACIÓN</b>	129,238.8	131,959.5	135,498.9	147,949.9	161,140.7	175,110.4	189,900.4	205,554.3	221,675.5	238,677.7	256,605.9	275,507.6	295,432.9
<b>GASTO PREVISIONAL -PENSIONES</b>	338,546.0	345,672.9	354,944.4	387,560.3	422,114.0	458,708.3	497,451.3	538,457.2	580,687.3	625,225.1	672,188.8	721,702.6	773,897.6
<b>GASTO operat SEG REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>2,663,189.5</b>	<b>2,716,544.0</b>	<b>2,786,950.7</b>	<b>3,058,008.8</b>	<b>3,344,629.5</b>	<b>3,647,572.6</b>	<b>3,967,636.4</b>	<b>4,305,660.3</b>	<b>4,653,116.0</b>	<b>5,018,690.1</b>	<b>5,403,238.3</b>	<b>5,807,660.6</b>	<b>6,232,903.7</b>
<b>GASTO DE CAPITAL -imputable</b>	12,057.7	12,311.6	12,641.8	13,803.5	15,034.1	16,337.5	17,717.4	19,177.8	20,681.9	22,268.2	23,940.9	25,704.4	27,563.4
<b>GASTO GLOBAL SEG. REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>2,675,247.2</b>	<b>2,728,855.5</b>	<b>2,799,592.5</b>	<b>3,071,812.3</b>	<b>3,359,663.7</b>	<b>3,663,910.1</b>	<b>3,985,353.8</b>	<b>4,324,838.2</b>	<b>4,673,798.0</b>	<b>5,040,958.3</b>	<b>5,427,179.1</b>	<b>5,833,365.0</b>	<b>6,260,467.0</b>



**ESCENARIO VII. Trasladar el financiamiento del pasivo actuarial a la ONP**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>GASTO HOSPITALIZACIÓN</b>	1,231,107.2	1,257,466.8	1,291,647.8	1,334,842.8	1,379,852.9	1,426,761.3	1,475,655.2	1,526,626.2	1,576,804.0	1,629,027.2	1,683,388.6	1,739,985.2	1,798,918.9
Gasto Indirecto	307,776.8	309,059.2	310,341.6	311,624.0	312,906.4	314,188.8	315,471.2	316,753.6	318,036.0	319,318.4	320,600.8	321,883.2	323,165.6
Gasto Directo	923,330.4	948,407.6	981,306.2	1,023,218.8	1,066,946.5	1,112,572.4	1,160,183.9	1,209,872.6	1,258,767.9	1,309,708.8	1,362,787.7	1,418,101.9	1,475,753.3
<b>GASTO CONSULTAS Y URGENCIAS</b>	749,714.8	765,054.4	785,120.7	810,631.5	837,195.0	864,859.2	893,674.2	923,692.4	953,179.6	983,849.1	1,015,754.2	1,048,950.4	1,083,496.1
Gasto Indirecto	187,428.7	188,209.6	188,990.6	189,771.6	190,552.5	191,333.5	192,114.4	192,895.4	193,676.3	194,457.3	195,238.2	196,019.2	196,800.1
Gasto Directo	562,286.1	576,844.8	596,130.1	620,859.9	646,642.5	673,525.8	701,559.8	730,797.1	759,503.3	789,391.9	820,516.0	852,931.2	886,696.0
<b>GASTO ASISTENCIAL SERV. SALUD</b>	1,980,822.0	2,022,521.3	2,076,768.5	2,145,474.3	2,217,048.0	2,291,620.5	2,369,329.3	2,450,318.7	2,529,983.5	2,612,876.3	2,699,142.7	2,788,935.6	2,882,415.0
Hospitalización	1,231,107.2	1,257,466.8	1,291,647.8	1,334,842.8	1,379,852.9	1,426,761.3	1,475,655.2	1,526,626.2	1,576,804.0	1,629,027.2	1,683,388.6	1,739,985.2	1,798,918.9
Consulta	749,714.8	765,054.4	785,120.7	810,631.5	837,195.0	864,859.2	893,674.2	923,692.4	953,179.6	983,849.1	1,015,754.2	1,048,950.4	1,083,496.1
Incremental I Nivel -Escenario I	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>PRESTACIONES ECONÓMICAS: (ries.común)</b>	214,582.7	216,480.5	220,013.9	225,968.0	232,090.9	238,388.7	244,867.6	251,534.1	257,805.6	264,251.5	270,878.1	277,692.0	284,700.1
Incapacidad temporal riesgo común	42,926.3	43,263.5	43,926.5	44,960.1	46,022.2	47,113.6	48,235.4	49,388.7	50,555.9	51,752.1	52,978.2	54,235.4	55,524.7
Licencia por maternidad	69,840.0	70,400.2	71,491.2	73,647.7	75,864.8	78,144.7	80,489.6	82,901.9	85,397.8	87,956.8	89,981.2	92,473.5	95,036.2
Lactancia	67,800.9	68,432.7	69,582.1	71,429.0	73,328.4	75,282.2	77,292.4	79,360.9	81,501.8	83,296.9	85,348.1	87,457.3	89,626.8
Sepelio	34,015.5	34,384.1	35,014.1	35,931.1	36,875.5	37,848.2	38,850.2	39,882.6	40,950.0	41,845.7	42,870.6	43,925.8	45,012.4
<b>GASTOS DE ADMINISTRACIÓN</b>	129,238.8	131,959.5	135,498.9	139,981.6	144,651.4	149,516.9	154,587.0	159,871.2	165,068.9	170,477.3	176,105.7	181,964.2	188,063.3
<b>GASTO PREVISIONAL -PENSIONES</b>	338,546.0	345,672.9	354,944.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>GASTO operat SEG REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>2,663,189.5</b>	<b>2,716,634.2</b>	<b>2,787,225.6</b>	<b>2,511,423.9</b>	<b>2,593,790.3</b>	<b>2,679,526.1</b>	<b>2,768,784.0</b>	<b>2,861,723.9</b>	<b>2,952,858.0</b>	<b>3,047,605.0</b>	<b>3,146,126.5</b>	<b>3,248,591.8</b>	<b>3,355,178.4</b>
<b>GASTO DE CAPITAL -imputable</b>	12,057.7	12,311.6	12,641.8	13,060.0	13,495.7	13,949.7	14,422.7	14,915.7	15,400.6	15,905.2	16,430.3	17,046.9	17,546.0
<b>GASTO GLOBAL SEG. REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>2,675,247.2</b>	<b>2,728,945.7</b>	<b>2,799,867.4</b>	<b>2,524,483.9</b>	<b>2,607,286.0</b>	<b>2,693,475.8</b>	<b>2,783,206.7</b>	<b>2,876,639.6</b>	<b>2,968,258.6</b>	<b>3,063,510.3</b>	<b>3,162,556.9</b>	<b>3,265,568.8</b>	<b>3,372,724.3</b>

**ESCENARIO VIII. Combinación de resto de escenarios (excepto agrario)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>GASTO HOSPITALIZACIÓN</b>	1,231,107.2	1,253,416.4	1,283,061.4	1,393,639.1	1,509,658.0	1,631,296.4	1,758,735.5	1,892,158.9	2,027,733.9	2,169,027.0	2,316,190.5	2,469,376.8	2,628,738.0
Gasto Indirecto	307,776.8	309,059.2	310,341.6	311,624.0	312,906.4	314,188.8	315,471.2	316,753.6	318,036.0	319,318.4	320,600.8	321,883.2	323,165.6
Gasto Directo	923,330.4	944,357.1	972,719.7	1,082,015.1	1,196,751.5	1,317,107.6	1,443,264.3	1,575,405.3	1,709,697.8	1,849,708.5	1,995,589.7	2,147,493.6	2,305,572.3
<b>GASTO CONSULTAS Y URGENCIAS</b>	749,714.8	774,668.5	804,991.7	892,699.2	987,582.2	1,090,118.3	1,200,814.7	1,320,210.3	1,445,936.7	1,580,927.4	1,725,763.7	1,881,062.7	2,047,478.4
Gasto Indirecto	187,428.7	188,209.6	188,990.6	189,771.6	190,552.5	191,333.5	192,114.4	192,895.4	193,676.3	194,457.3	195,238.2	196,019.2	196,800.1
Gasto Directo	562,286.1	586,458.8	616,001.1	702,927.7	797,029.7	898,784.8	1,008,700.2	1,127,314.9	1,252,260.4	1,386,470.1	1,530,525.5	1,685,043.5	1,850,678.3
<b>GASTO ASISTENCIAL SERV. SALUD</b>	1,980,822.0	2,028,084.9	2,088,053.1	2,286,338.4	2,657,219.0	2,987,287.6	3,350,057.4	3,747,425.7	4,056,267.2	4,381,930.9	4,725,221.8	5,086,983.0	5,468,098.1
Hospitalización	1,231,107.2	1,253,416.4	1,283,061.4	1,393,639.1	1,509,658.0	1,631,296.4	1,758,735.5	1,892,158.9	2,027,733.9	2,169,027.0	2,316,190.5	2,469,376.8	2,628,738.0
Consulta	749,714.8	774,668.5	804,991.7	892,699.2	987,582.2	1,090,118.3	1,200,814.7	1,320,210.3	1,445,936.7	1,580,927.4	1,725,763.7	1,881,062.7	2,047,478.4
Incremental I Nivel -Escenario I	0.0	0.0	0.0	71,708.1	159,978.8	265,873.0	390,507.2	535,056.5	582,596.6	631,976.6	683,267.6	736,543.5	791,881.8
<b>PRESTACIONES ECONÓMICAS: (ries.común)</b>	214,582.7	216,390.3	219,738.9	254,895.4	291,598.8	329,865.9	369,712.4	411,152.4	453,170.0	496,614.6	541,488.1	587,791.1	635,522.8
Incapacidad temporal riesgo común	42,926.3	43,245.5	43,871.6	50,167.5	56,717.9	63,525.4	70,592.1	77,920.0	85,311.7	92,933.3	100,784.8	108,866.0	117,176.4
Licencia por maternidad	69,840.0	70,370.9	71,401.8	85,865.9	101,057.6	116,987.7	133,666.7	151,104.3	168,940.0	187,472.9	206,707.2	226,646.1	247,292.5
Lactancia	67,800.9	68,404.2	69,495.2	79,586.0	90,084.4	100,993.2	112,314.8	124,051.2	135,892.1	148,096.5	160,663.1	173,590.4	186,876.2
Sepelio	34,015.5	34,369.8	34,970.3	39,276.0	43,738.8	48,359.5	53,138.7	58,076.9	63,026.3	68,111.9	73,333.0	78,688.6	84,177.7
<b>GASTOS DE ADMINISTRACIÓN</b>	129,238.8	132,322.5	136,235.1	149,172.3	173,370.4	194,905.7	218,574.7	244,501.0	264,651.4	285,899.3	308,297.3	331,900.5	356,766.3
<b>GASTO PREVISIONAL -PENSIONES</b>	338,546.0	346,623.8	356,873.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>GASTO operat SEG REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>2,663,189.5</b>	<b>2,723,421.4</b>	<b>2,800,900.2</b>	<b>2,690,406.0</b>	<b>3,122,188.1</b>	<b>3,512,059.3</b>	<b>3,938,344.4</b>	<b>4,403,079.1</b>	<b>4,774,088.5</b>	<b>5,164,444.9</b>	<b>5,575,007.3</b>	<b>6,006,674.6</b>	<b>6,460,387.3</b>
<b>GASTO DE CAPITAL -imputable</b>	12,057.7	12,345.5	15,888.1	69,587.5	266,889.9	300,041.8	336,478.3	376,389.7	407,409.6	440,119.2	474,599.1	510,934.3	549,213.3
<b>GASTO GLOBAL SEG. REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>2,675,247.2</b>	<b>2,735,766.9</b>	<b>2,816,788.3</b>	<b>2,759,993.5</b>	<b>3,389,078.0</b>	<b>3,812,101.1</b>	<b>4,274,822.6</b>	<b>4,779,468.8</b>	<b>5,181,498.2</b>	<b>5,604,564.0</b>	<b>6,049,606.4</b>	<b>6,517,608.9</b>	<b>7,009,600.6</b>



**ESCENARIO IX. Seguro Agrario**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>GASTO HOSPITALIZACIÓN</b>	36,985.7	37,555.3	38,361.4	39,412.2	40,500.0	41,626.4	42,792.8	44,001.0	45,163.7	46,366.4	47,610.8	48,898.4	50,231.2
Gasto Indirecto	7,482.9	7,514.0	7,545.2	7,576.4	7,607.6	7,638.8	7,669.9	7,701.1	7,732.3	7,763.5	7,794.6	7,825.8	7,857.0
Gasto Directo	29,502.9	30,041.3	30,816.2	31,835.8	32,892.5	33,987.6	35,122.9	36,299.9	37,431.4	38,602.9	39,816.1	41,072.6	42,374.2
<b>GASTO CONSULTAS Y URGENCIAS</b>	23,872.6	24,244.2	24,770.6	25,459.2	26,172.1	26,910.4	27,675.2	28,467.4	29,230.0	30,019.1	30,835.5	31,680.5	32,553.3
Gasto Indirecto	4,556.9	4,575.9	4,594.9	4,613.8	4,632.8	4,651.8	4,670.8	4,689.8	4,708.8	4,727.8	4,746.8	4,765.7	4,784.7
Gasto Directo	19,315.8	19,668.3	20,175.7	20,845.3	21,539.3	22,258.6	23,004.4	23,777.6	24,521.3	25,291.3	26,088.8	26,914.8	27,770.6
<b>GASTO ASISTENCIAL SERV. SALUD</b>	60,858.4	61,799.5	63,132.0	64,871.4	66,672.2	68,536.8	70,468.0	72,468.4	74,393.8	76,385.5	78,446.3	80,579.0	82,786.5
Hospitalización	36,985.7	37,555.3	38,361.4	39,412.2	40,500.0	41,626.4	42,792.8	44,001.0	45,163.7	46,366.4	47,610.8	48,898.4	50,231.2
Consulta	23,872.6	24,244.2	24,770.6	25,459.2	26,172.1	26,910.4	27,675.2	28,467.4	29,230.0	30,019.1	30,835.5	31,680.5	32,553.3
Incremental I Nivel -Escenario I	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>PRESTACIONES ECONÓMICAS: (ries.común)</b>	8,989.5	9,055.5	9,189.7	9,421.5	9,659.7	9,904.4	10,155.8	10,414.3	10,655.5	10,903.1	11,157.5	11,418.8	11,687.2
Incapacidad temporal riesgo común	2,007.3	2,023.1	2,054.1	2,101.6	2,150.4	2,200.6	2,252.1	2,305.1	2,354.0	2,404.3	2,455.9	2,509.0	2,563.5
Licencia por maternidad	2,871.7	2,894.8	2,939.6	3,028.3	3,119.5	3,213.2	3,309.6	3,408.8	3,503.2	3,600.2	3,699.9	3,802.4	3,907.8
Lactancia	2,752.3	2,770.4	2,809.3	2,875.1	2,942.6	3,011.9	3,083.1	3,156.1	3,223.7	3,293.0	3,364.0	3,437.0	3,511.8
Sepelio	1,358.1	1,367.3	1,386.7	1,416.6	1,447.2	1,478.7	1,511.0	1,544.2	1,574.5	1,605.6	1,637.6	1,670.4	1,704.1
<b>GASTOS DE ADMINISTRACIÓN</b>	3,970.7	4,032.1	4,119.1	4,232.5	4,350.0	4,471.7	4,597.7	4,728.2	4,853.8	4,983.8	5,118.2	5,257.4	5,401.4
<b>GASTO PREVISIONAL -PENSIONES</b>	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>GASTO operat SEG REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>73,818.6</b>	<b>74,887.2</b>	<b>76,440.7</b>	<b>78,525.5</b>	<b>80,681.9</b>	<b>82,912.9</b>	<b>85,221.5</b>	<b>87,610.9</b>	<b>89,903.1</b>	<b>92,272.4</b>	<b>94,722.0</b>	<b>97,255.1</b>	<b>99,875.1</b>
<b>GASTO DE CAPITAL -imputable</b>	370.5	376.2	384.3	394.9	405.8	417.2	429.0	441.1	452.9	465.0	477.5	490.5	503.9
<b>GASTO GLOBAL SEG. REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>74,189.1</b>	<b>75,263.4</b>	<b>76,825.0</b>	<b>78,920.4</b>	<b>81,087.8</b>	<b>83,330.1</b>	<b>85,650.5</b>	<b>88,052.0</b>	<b>90,355.9</b>	<b>92,737.4</b>	<b>95,199.5</b>	<b>97,745.6</b>	<b>100,379.1</b>

**ESCENARIO X. Cobertura población de pensionistas**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>GASTO HOSPITALIZACIÓN</b>	343,456.2	358,192.5	376,059.3	397,899.6	420,834.5	444,918.1	470,207.4	496,762.1	523,438.7	551,384.2	580,659.8	611,330.1	643,462.7
Gasto Indirecto	7,482.9	7,514.0	7,545.2	7,576.4	7,607.6	7,638.8	7,669.9	7,701.1	7,732.3	7,763.5	7,794.6	7,825.8	7,857.0
Gasto Directo	335,973.4	350,678.4	368,514.1	390,323.2	413,226.9	437,279.4	462,537.4	489,060.9	515,706.4	543,620.7	572,865.2	603,504.2	635,605.7
<b>GASTO CONSULTAS Y URGENCIAS</b>	179,865.5	187,557.5	196,883.0	208,281.8	220,251.8	232,821.2	246,019.7	259,878.5	273,800.9	288,385.3	303,663.9	319,670.1	336,439.4
Gasto Indirecto	4,556.9	4,575.9	4,594.9	4,613.8	4,632.8	4,651.8	4,670.8	4,689.8	4,708.8	4,727.8	4,746.8	4,765.7	4,784.7
Gasto Directo	175,308.6	182,981.6	192,288.2	203,668.0	215,619.0	228,169.4	241,348.9	255,188.7	269,092.1	283,657.6	298,917.1	314,904.4	331,654.7
<b>GASTO ASISTENCIAL SERV. SALUD</b>	523,321.7	545,749.9	572,942.4	606,181.4	641,086.3	677,739.3	716,227.0	756,640.5	797,239.5	839,769.5	884,323.7	931,000.2	979,902.1
Hospitalización	343,456.2	358,192.5	376,059.3	397,899.6	420,834.5	444,918.1	470,207.4	496,762.1	523,438.7	551,384.2	580,659.8	611,330.1	643,462.7
Consulta	179,865.5	187,557.5	196,883.0	208,281.8	220,251.8	232,821.2	246,019.7	259,878.5	273,800.9	288,385.3	303,663.9	319,670.1	336,439.4
Incremental I Nivel -Escenario I	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>PRESTACIONES ECONÓMICAS: (ries.común)</b>	12,283.0	12,693.7	13,207.2	13,850.4	14,517.9	15,210.8	15,930.1	16,676.8	17,411.3	18,172.1	18,960.0	19,776.3	20,622.1
Incapacidad temporal riesgo común	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Licencia por maternidad	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Lactancia	7,043.0	7,278.4	7,572.9	7,941.6	8,324.4	8,721.7	9,134.2	9,562.3	9,983.5	10,419.7	10,871.5	11,339.5	11,824.5
Sepelio	5,240.1	5,415.3	5,634.4	5,908.7	6,193.5	6,489.1	6,796.0	7,114.5	7,427.9	7,752.4	8,088.6	8,436.8	8,797.6
<b>GASTOS DE ADMINISTRACIÓN</b>	34,144.2	35,607.5	37,381.7	39,550.3	41,827.7	44,219.1	46,730.3	49,367.1	52,015.9	54,790.8	57,697.7	60,743.2	63,933.8
<b>GASTO PREVISIONAL -PENSIONES</b>	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>GASTO operat SEG REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>569,748.9</b>	<b>594,051.1</b>	<b>623,531.2</b>	<b>659,582.1</b>	<b>697,431.9</b>	<b>737,169.3</b>	<b>778,887.4</b>	<b>822,684.4</b>	<b>866,666.8</b>	<b>912,732.4</b>	<b>960,981.5</b>	<b>1,011,519.7</b>	<b>1,064,457.9</b>
<b>GASTO DE CAPITAL -imputable</b>	3,185.6	3,322.1	3,487.6	3,690.0	3,902.4	4,125.6	4,359.8	4,605.9	4,853.0	5,111.9	5,383.1	5,667.2	5,964.9
<b>GASTO GLOBAL SEG. REGULAR Y AGRARIO</b>	<b>572,934.5</b>	<b>597,373.2</b>	<b>627,018.9</b>	<b>663,272.1</b>	<b>701,334.4</b>	<b>741,294.9</b>	<b>783,247.3</b>	<b>827,290.3</b>	<b>871,519.8</b>	<b>917,844.3</b>	<b>966,364.6</b>	<b>1,017,186.9</b>	<b>1,070,422.8</b>