



EL ENVEJECIMIENTO EN LA POBLACIÓN ASEGURADA DE ESSALUD, 2019 - 2025

INFORME TÉCNICO



GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
GERENCIA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN
SUBGERENCIA DE ANÁLISIS Y ESTUDIOS

Lima, agosto 2026

Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto

Ing. Juan Carlos Pereyra Canches

Gerente de Gestión de la Información

Mg. José Rafael Ocupa Ruiz

Sub Gerente de Estadística

Lic. Raymundo Ismael Pillaca Ortega

Sub Gerente de Análisis y Estudios

MAB. Martin Percy Quintana Rojas

Equipo Responsable

MBA. Martin Percy Quintana Rojas

Sub Gerente de Análisis y Estudios

Lic. Adm. Ketty Córdova Mancilla

Profesional - Sub Gerencia de Análisis y Estudios



Firmado digitalmente por
QUINTANA ROJAS Martin Percy FAU
20131257750 soft
Motivo: Soy el autor del documento.
Fecha: 26.08.2026 08:37:01-0500



Firmado digitalmente por
PILLACA ORTEGA Raymundo Ismael
FAU 20131257750 soft
Motivo: Soy el autor del documento.
Fecha: 26.08.2026 09:04:23-0500

INFORME TÉCNICO “EL ENVEJECIMIENTO EN LA POBLACIÓN ASEGURADA DE ESSALUD, 2019-2025”

Seguro Social de Salud
Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
Jr. Domingo Cueto 120-6to Piso-Jesús María, Lima-Perú
Teléfono: (01) 2657000
Página Web: www.essalud.gob.pe

DERECHOS DE AUTOR

Este documento no puede reproducirse total o parcialmente por ningún método gráfico, electrónico o mecánico, incluso los sistemas de fotocopios, registro magnetofónico o alimentación de datos sin permiso previo de la Subgerencia de Análisis y Estudios - Gerencia de Gestión de la Información, Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto-ESSALUD-2026.

ADVERTENCIA

El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencias entre hombres y mujeres es una de las preocupaciones de nuestra Organización. Sin embargo, no hay acuerdo entre los lingüistas sobre la manera de hacerlo en nuestro idioma.

En tal sentido y con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en español o/a para marcar la existencia de ambos sexos, hemos optado por emplear el masculino genérico clásico, en el entendido de que todas las menciones en tal género representan siempre a hombres y mujeres.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
RESUMEN EJECUTIVO	8
OBJETIVOS	9
CAPÍTULO I	11
MARCO NORMATIVO	11
1.1. Marco internacional	11
1.2. Normativa Nacional	12
1.3. Normativa de EsSalud	12
CAPÍTULO II	16
METODOLOGÍA	16
2.1 Diseño de la Investigación	16
2.2 Fuentes de Información	16
2.3 Instrumentos y Técnicas de Análisis	17
2.4 Limitaciones	17
CAPÍTULO III ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL	20
3.1 Evolución en América Latina y Perú	20
3.1.1 Implicancias del envejecimiento poblacional	21
3.1.2 Cómo influye en la salud una mayor Esperanza de vida	22
3.2 Transición Demográfica en el Perú 2020-2025	23
3.3 Envejecimiento de la población asegurada en EsSalud	25
3.3.1 Adultos mayores asegurados por redes asistenciales	26
3.3.2 Relación de asegurados de 60 a más años respecto al total de asegurados por Red Asistencial.	28
3.3.3 Envejecimiento y edad promedio por Red Asistencial	29
3.3.4 Etapas del Envejecimiento poblacional por redes asistenciales	31
3.3.5 Cambios en la estructura etaria de la población asegurada	34
3.3.6 Envejecimiento y grandes grupos etarios	37
3.3.7 Población asegurada No Adulta y Adulta Mayor y tasa de crecimiento	38
CAPÍTULO IV CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES	41
4.1 Participación de asegurados de 60 a más años en relación al total de asegurados, 2008-2025.	41
4.2 Por sexo del asegurado	42
4.3 Crecimiento de la población asegurada adulta mayor	43
4.4 Adulto Mayor por Curso de Vida	44
4.5 Número de Asegurados por Curso de Vida, según principales características	45
4.6 Distribución Territorial del Asegurado Adulto Mayor	48
4.7 Análisis Evolutivo del Índice de Envejecimiento (2018 vs. 2025)	51
CAPÍTULO V HALLAZGOS PRINCIPALES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
5.1 Hallazgos Principales	56
5.2 Conclusiones	56
5.3 Recomendaciones	57
GLOSARIO	59
ACRÓNIMOS	61
REFERENCIAS	63

TABLAS

Tabla 1.	Resumen de las normativas de los asegurados adultos mayores	14
Tabla 2.	América Latina y el Caribe y la Esperanza de vida al nacer por Subregiones y País, años 2010-2030 (En años promedio de vida)	22
Tabla 3.	Evolución del número de asegurados, personas adultas mayores (60 años y más) y proporción de adultos mayores, según Red Asistencial 2019–2025 (Absolutos y Porcentajes).....	27
Tabla 4.	Edad Promedio de los Asegurados por Red Asistencial, 2015-2025	30
Tabla 5.	Variación de Asegurados Adultos Mayores por Curso de Vida, años 2016-2025 (En absolutos y porcentajes).....	45
Tabla 6.	Principales características del adulto mayor, 2021 y 2025 (Números Absolutos).....	46
Tabla 7.	Principales características del adulto mayor, 2021 y 2025 (Porcentajes).....	48
Tabla 8.	Índice de Envejecimiento por Red Asistencial, 2018 y 2025 (<i>Absolutos y porcentuales</i>)...53	
Tabla 9.	Asegurados según Centro Asistencial e Índice de Envejecimiento, 2025 (Absolutos y porcentuales)	54

GRAFICOS

Gráfico 1.	América Latina y el Caribe: Tasa Global de Fecundidad y Esperanza de Vida al Nacer, 2030	21
Gráfico 2.	Perú, Transición Demográfica por Departamentos, 2021 (Número promedio de hijos y años promedio de vida)	24
Gráfico 3.	Perú, Transición Demográfica por Departamentos, 2024 (Número promedio de hijos y años promedio de vida)	25
Gráfico 4.	Relación de asegurados de 60 a más años respecto al total de asegurados por Red Asistencial, 2019 y 2025 (Número de asegurados y porcentajes).....	28
Gráfico 5.	Etapas del proceso de envejecimiento por Red Asistencial, 2023	33
Gráfico 6.	Etapas del proceso de envejecimiento por Red Asistencial, 2024	34
Gráfico 7.	Distribución de la población por edad y sexo, 2006, 2016, 2022 y 2025 (En número de asegurados).....	35
Gráfico 8.	Distribución de la población por edad y sexo, 2006, 2011, 2016, 2022 y 2025 (En número de asegurados).....	38
Gráfico 9.	Distribución de la población No Adulta y Adulta mayor según tasa de crecimiento, 2005 – 2025 (En número de asegurados y tasa de crecimiento)	39
Gráfico 10.	Participación de 60 a más años en relación al total de asegurados, 2008-2025 (En absolutos y porcentajes)	41
Gráfico 11.	Número de adulto mayor por sexo del asegurado, 2015 - 2025.....	43
Gráfico 12.	Crecimiento de la población asegurada adulto mayor, 2008-2025 (En absolutos y porcentajes)	44

MAPAS

Mapa 1.	Adultos Mayores por Red Asistencial e Índice de Envejecimiento, 2018	49
Mapa 2.	Adultos Mayores por Red Asistencial e Índice de Envejecimiento, 2025	50

PRESENTACIÓN

El envejecimiento poblacional constituye una de las principales transformaciones demográficas observadas en las últimas décadas y se expresa en el incremento progresivo de la participación de las personas adultas mayores dentro de la estructura de una población.

El envejecimiento es un proceso multidimensional que abarca diversos aspectos de la vida de las personas. Para efectos del presente informe, se adopta el criterio cronológico establecido en la normativa nacional, específicamente en la Ley N.° 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor, y sus modificatorias, que considera persona adulta mayor a quien ha cumplido sesenta (60) años. Este criterio sirve de referencia para identificar y analizar a la población adulta mayor asegurada de EsSalud.

Durante los últimos años, el proceso de envejecimiento ha adquirido una creciente relevancia para EsSalud debido al incremento sostenido de la población asegurada adulta mayor y a las transformaciones en la estructura demográfica de sus asegurados. Este escenario plantea importantes desafíos para la organización de los servicios de salud, las prestaciones sociales y la planificación institucional, haciendo necesario disponer de información estadística actualizada que permita conocer la magnitud, evolución y características de este proceso.

En este contexto, la Gerencia de Gestión de la Información, a través de la Subgerencia de Análisis y Estudios, presenta el informe técnico "El Envejecimiento en la Población Asegurada de EsSalud, 2019–2025", cuyo propósito es analizar la evolución del envejecimiento de la población asegurada durante el período de estudio, considerando su crecimiento, estructura por edad y sexo, distribución territorial y principales características sociodemográficas. La información presentada busca fortalecer el conocimiento de la dinámica poblacional de los asegurados y proporcionar evidencia para apoyar la planificación, el seguimiento y la evaluación de las acciones institucionales dirigidas a las personas adultas mayores.

El presente documento se organiza en cinco capítulos. El primero desarrolla el marco normativo de las personas adultas mayores; el segundo describe la metodología empleada; el tercero analiza el proceso de envejecimiento de la población asegurada de EsSalud; el cuarto presenta las principales características sociodemográficas de la población adulta mayor asegurada; y el quinto reúne los hallazgos, conclusiones y recomendaciones derivadas del informe. Asimismo, se incluyen un glosario de términos, acrónimos y referencias bibliográficas que complementan la información presentada.

RESUMEN EJECUTIVO

El Seguro Social de Salud (EsSalud) atraviesa un proceso sostenido de envejecimiento de su población asegurada, evidenciado por el incremento progresivo de las personas de 60 años a más y por las modificaciones observadas en su estructura por edad. Entre 2019 y 2025, la población adulta mayor asegurada pasó de 1 775 165 a 2 245 943 personas, lo que representa un incremento absoluto de 470 778 asegurados. Al cierre de 2025, este grupo concentró el 17.5 % de los 12 808 708 asegurados de EsSalud.

El grado de envejecimiento de la población asegurada es superior al observado en la población nacional. En 2025, las personas de 60 años a más representaron el 17,5 % de los asegurados de EsSalud, frente al 13.94 % estimado para la población peruana, registrándose una diferencia aproximada de 3.6 puntos porcentuales. Asimismo, la edad promedio de la población asegurada aumentó de 35.0 años en 2019 a 37.1 años en 2025, confirmando una transformación progresiva de la estructura etaria institucional.

El proceso de envejecimiento presenta una marcada heterogeneidad territorial. En 2025, diez Redes Asistenciales registraron proporciones de personas adultas mayores iguales o superiores al promedio institucional de 17.5 %, destacando la Red Prestacional Rebagliati con 23.1 %, seguida por Tacna con 20.0 %, Áncash con 19.5 %, Arequipa con 18.9 % y Almenara con 18.9 %. Estas diferencias evidencian que la intensidad del envejecimiento no es homogénea entre las Redes Asistenciales y constituyen un insumo relevante para la planificación institucional.

La composición de la población adulta mayor muestra además un proceso progresivo de feminización conforme aumenta la edad. En 2025, las mujeres representaron el 50.9 % del grupo de 60 a 74 años, porcentaje que se incrementó a 52.3 % entre los 75 y 89 años, 58.9 % entre los 90 y 99 años y 65.0 % entre los centenarios. Si bien el grupo de 60 a 74 años continúa concentrando la mayor proporción de adultos mayores, con 1 534 215 personas, los grupos de edades más avanzadas presentan un mayor crecimiento relativo, evidenciando un envejecimiento progresivo dentro de la propia población adulta mayor.

En conjunto, los resultados evidencian que el envejecimiento de la población asegurada constituye una transformación demográfica estructural para EsSalud, caracterizada por una mayor participación de personas adultas mayores, diferencias territoriales entre Redes Asistenciales, incremento de la edad promedio y mayor presencia femenina en los grupos de edades avanzadas. Este escenario debe ser incorporado de manera progresiva en los procesos de planificación institucional, seguimiento demográfico y priorización de estudios complementarios que permitan evaluar sus implicancias sobre la demanda futura de servicios, los recursos requeridos y la sostenibilidad institucional.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar el proceso de envejecimiento de la población asegurada de EsSalud durante el periodo 2019–2025, mediante la evaluación de su evolución demográfica, estructura por edad y sexo, distribución territorial y principales características sociodemográficas de las personas mayores, de 60 años a más, con el propósito de generar evidencia para la planificación y la toma de decisiones institucionales.

Objetivos Específicos:

- Describir el marco normativo e institucional, a nivel internacional, nacional y de EsSalud, relacionado con la protección de los derechos y la atención integral de las personas adultas mayores.
- Analizar la evolución demográfica de la población asegurada de 60 años a más en EsSalud durante el periodo 2019–2025, mediante indicadores como el crecimiento de la población adulta mayor, la edad promedio y la estructura por grupos etarios.
- Caracterizar demográfica y territorial a la población asegurada de 60 años a más, detallando su crecimiento anual, su distribución por regiones y la proporción entre hombres y mujeres, a fin de identificar los ámbitos con mayor concentración de asegurados de 60 años a más.



CAPÍTULO I.

MARCO NORMATIVO

CAPÍTULO I

MARCO NORMATIVO

La protección de las personas adultas mayores tiene como sustento un conjunto de instrumentos, normas internacionales, nacionales y disposiciones institucionales orientadas al reconocimiento de los derechos, la protección integral y el acceso a prestaciones de salud y sociales.

En el Perú, este marco establece como persona adulta mayor a aquella que tiene sesenta (60) años a más, criterio que constituye el referente utilizado en el presente informe para identificar y analizar a la población adulta mayor asegurada de EsSalud. Asimismo, las disposiciones vigentes orientan la actuación de las entidades públicas respecto de la protección, atención y promoción del bienestar de esta población.

En este contexto, el presente capítulo describe las principales disposiciones internacionales, nacionales e institucionales de EsSalud vinculadas con las personas adultas mayores y que constituyen el marco de referencia para el análisis demográfico desarrollado en el Informe Técnico.

1.1. Marco internacional

El marco normativo que sustenta la protección integral de las personas adultas mayores (PAM) en el Seguro Social de Salud (EsSalud) se encuentra alineado de forma rigurosa con los instrumentos del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (tanto del sistema convencional como no convencional), destacando los siguientes:

1. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015): Tratado vinculante aprobado en el Perú mediante Resolución Legislativa N° 31090 y ratificado por el Decreto Supremo N° 044-2020-RE. Obliga al Estado a garantizar la seguridad social, autonomía, salud integral y dignidad en la vejez.
2. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (ONU, 2002): Instrumento rector global frente al desafío demográfico que se estructura en tres ejes: desarrollo social, fomento de la salud y bienestar en la edad avanzada, y creación de entornos adaptados.
3. Recomendación General N° 27 del Comité CEDAW (ONU, 2010): Enfoque doctrinario centrado en los derechos de las mujeres de edad. Fundamenta el diseño de políticas públicas con un enfoque de género diferenciado debido a la alta prevalencia femenina en el envejecimiento.
4. Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad (Resolución 46/91 ONU, 1991): Marco universal que define cinco dimensiones esenciales para la atención gerontológica: Independencia, Participación, Cuidados, Autorrealización y Dignidad.
5. Estrategia de la OMS para el Decenio del Envejecimiento Saludable (2021-2030): Directriz sanitaria global para transformar los sistemas de salud hacia modelos de atención integrada y primaria centrados en optimizar la capacidad funcional de la persona mayor.

6. Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2012): Compromiso regional orientado a erradicar la discriminación y violencia contra las personas mayores, promoviendo su inclusión en redes de protección social.
7. Declaración de Brasilia (CEPAL, 2007): Acuerdo Regional para América Latina y el Caribe enfocado en consolidar sociedades inclusivas y erradicar la discriminación por motivos de edad (edadismo) en la reconfiguración de los sistemas de seguridad social con equidad.

1.2. Normativa Nacional

El marco normativo de la República del Perú establece un bloque sólido de protección jurídica, social y de derechos para la población de 60 años a más. Estas normativas rigen de forma transversal el análisis del envejecimiento.

- Constitución Política del Perú de 1993: Norma suprema que en sus artículos 4°, 7° y 11° otorga protección especial del Estado al anciano en situación de abandono, garantizando sus derechos fundamentales a la salud y al libre acceso a la seguridad social.
- Ley N° 30490 (Ley de la Persona Adulta Mayor) y su Reglamento (D.S. N° 024-2021-MIMP): Eje de la política gerontológica nacional bajo rectoría del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). Salvaguarda la dignidad, autonomía e inclusión de las personas mayores mediante una estricta fiscalización de los centros de atención.
- Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030 (D.S. N° 006-2021-MIMP): Instrumento de gestión que coordina los sectores públicos para mitigar la discriminación estructural por edad y promover un envejecimiento saludable, activo y productivo.
- Ley N° 28683 (Ley de Atención Preferente): Dispone el trato prioritario y la exoneración de filas de espera en instituciones públicas y privadas, delegando en los gobiernos locales la imposición de sanciones y multas ante su incumplimiento.
- Ley N° 28867 (Ley contra Actos de Discriminación): Modificatoria del Artículo 323° del Código Penal que tipifica y sanciona penalmente toda exclusión o maltrato basado estrictamente en motivos de edad, combatiendo penalmente el edadismo.

1.3. Normativa de EsSalud

El Seguro Social de Salud ha diseñado un marco normativo interno orientado a regular el funcionamiento operativo de sus plataformas de prestaciones sociales y sistemas de información. Estas normas aseguran la respuesta institucional ante las demandas generadas por el cambio en la estructura de la población asegurada:

1. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 1183-PE-ESSALUD-2025 (Reglamento de Organización y Funciones - ROF): Dispositivo normativo orgánico de la institución. Su artículo 177° faculta legalmente a la Gerencia de la Persona Adulta Mayor y Prestaciones Sociales a proponer, evaluar y dirigir las políticas, programas y prestaciones sociales orientadas a mejorar las condiciones de vida de la población asegurada mayor de 60 años.

2. Resolución de Gerencia General N° 162-2026-GG-ESSALUD (Directiva N° 003-GG-ESSALUD-2026): Lineamiento estratégico vigente que regula el procedimiento de "Prescripción Social" en el Seguro Social de Salud. Articula formalmente las IPRESS del primer nivel con las prestaciones no clínicas (CAM), permitiendo la derivación de pacientes para mitigar el aislamiento y el deterioro funcional mediante redes de soporte comunitario.
3. Resolución de Gerencia General N° 503-GG-ESSALUD-2025 (Directiva N° 005-GG-ESSALUD-2025): Dispositivo técnico que establece la Cartera de Servicios de Atención Primaria en EsSalud. Alinea los programas preventivos y de promoción de la salud por curso de vida desde el primer nivel de atención, optimizando la detección temprana de la fragilidad en el asegurado mayor.
4. Resolución de Gerencia General N° 1339-GG-ESSALUD-2023 (Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2023): Disposición corporativa de cumplimiento obligatorio que regula el registro integral, auditoría de calidad y trazabilidad de las atenciones en el Sistema de Salud Inteligente (ESSI). Constituye la herramienta tecnológica y legal que sustenta la validez empírica de las series temporales analizadas en este informe para el periodo 2019-2025.
5. Resolución de Gerencia Central N° 12-GCPAMyPCD-ESSALUD-2015: Directriz operativa del Programa de Solidaridad Intergeneracional y Familia. Su aplicación se mantiene vigente como instrumento técnico complementario para el desarrollo de talleres orientados a fortalecer el soporte afectivo del entorno familiar del asegurado y mitigar conductas de edadismo.

Asimismo, la institución cuenta con disposiciones vinculadas con la organización de las prestaciones sociales, atención primaria, registro de información y funcionamiento de servicios dirigidos a este grupo poblacional.

Estas normas configuran el marco institucional dentro del cual EsSalud desarrolla sus intervenciones relacionadas con la población adulta mayor y sustentan la necesidad de contar con información actualizada sobre su magnitud, evolución y distribución territorial.

Tabla 1. Resumen de las normativas de los asegurados adultos mayores

SEGURO SOCIAL DE SALUD (EsSalud)		REPRESENTACIÓN DE ESSALUD EN EL MARCO NORMATIVO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR (LEY N° 30490, REGLAMENTO D.S. N° 024-2021-MIMP Y NORMAS COMPLEMENTARIAS)	
			
NORMA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR			
A. Ley N° 30490 Ley de la Persona Adulta Mayor			
B. D.S. N° 024-2021-MIMP , que aprobó un nuevo Reglamento de la Ley N° 30490			
Persona Adulta Mayor Art. N° 2 de la Ley N° 30490, entiéndase por Persona Adulta Mayor a aquella que tiene 60 o más de edad.			
Disposiciones	Artículos	Contenido/Responsabilidad	
1. Atención Integral de la Salud (Ámbito de la Ley)	Ley N° 30490 Art.19	El Ministerio de Salud (MINSA) y el Seguro Social de Salud (EsSalud) tienen la obligación legal de promover y garantizar servicios diferenciados y preferenciales para la población adulta mayor, priorizando la atención integral de las patologías que afecten su salud física y mental.	
2. Medidas de Protección Temporal (Ley)	Art. 26 - 26.2	El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), a través de sus órganos de línea, ejerce funciones de auxilio y coordina de forma obligatoria con el Poder Judicial, EsSalud, el MINSA y la PNP para la aplicación inmediata de medidas de protección a favor de las PAM en situación de riesgo, violencia o abandono.	
3. Atención especializada y servicios diferenciados	D.S. N° 024-2021-MIMP – Art. 58.3 y 58.4	La atención integral de las personas adultas mayores comprende la participación de equipos interdisciplinarios y la continuidad del cuidado según nivel de atención. El reglamento contempla servicios diferenciados en el primer nivel y servicios especializados de geriatría en el segundo y tercer nivel, incluyendo a EsSalud dentro de las entidades responsables de su prestación.	
4. Envejecimiento Saludable	D.S. N° 006-2021-MIMP <i>(Política Nacional Multisectorial al 2030)</i>	Define la matriz estratégica interinstitucional donde EsSalud participa como actor clave para ampliar la cobertura de servicios integrales de salud, optimizar la capacidad funcional del paciente y estructurar los servicios de cuidado de largo plazo (PADOMI, centros residenciales y diurnos).	
5. Cuidado de la Salud Mental	Ley N° 30947 (Ley de Salud Mental y su Reg. D.S. 007-2020-SA)	Garantiza el acceso universal y obligatorio de los adultos mayores a los servicios especializados de salud mental. Mandata a EsSalud a integrar en sus carteras asistenciales el tamizaje anual de depresión, ansiedad y deterioro cognitivo, así como el soporte psicogeriátrico.	
6. Estandarización de la Práctica Clínica (Nueva Sanitaria)	R.M. N° 789-2023/MINSA (NTS N° 207-MINSA/DGIESP)	Norma técnica vigente de aplicación obligatoria en los hospitales de EsSalud. Regula la ejecución de la Valoración Clínica de la Persona Adulta Mayor (VACAM), permitiendo clasificar técnicamente a los asegurados (saludable, enfermo, frágil o geriátrico complejo) para personalizar sus planes de cuidado crónico.	

Elaboración: EsSalud, SGAE/GGI/GCPP



CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

CAPÍTULO II METODOLOGÍA

El presente informe se basa en un enfoque cuantitativo, descriptivo y retrospectivo de series temporales de registros administrativos institucionales correspondientes al periodo 2019-2025. El informe se centra en caracterizar la evolución, el crecimiento y la estructura de la población adulta mayor asegurada del Seguro Social de Salud (EsSalud), identificando variaciones y tendencias geográficas. Asimismo, el documento contempla el análisis detallado del perfil demográfico del asegurado a fin de proveer herramientas técnicas avanzadas que optimicen la planificación estratégica, la asignación de recursos y la gestión de la información en salud dentro de la institución.

2.1 Diseño de la Investigación

Tipo de análisis	Análisis demográfico, cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de tendencia temporal, basado en registros administrativos institucionales.
Unidad de análisis	Población asegurada registrada en las bases administrativas de EsSalud, con énfasis en las personas de 60 años a más.
Periodo de análisis	Años 2019 al 2025.
Periodo histórico complementario	Series anteriores a 2019, según disponibilidad de información, con fines de contextualización y análisis de tendencias de determinados indicadores demográficos.
Cobertura institucional	Nivel nacional
Nivel de desagregación	Edad y grupos etarios, sexo, condición de aseguramiento, Red Prestacional/Asistencial, departamento y establecimiento de adscripción, según disponibilidad de información.

2.2 Fuentes de Información

La recopilación y validación de la información se sustentó en documentación oficial, microdatos y registros administrativos procesados. Las fuentes principales incluyen:

- Registros institucionales de acreditación: Base de datos oficial de asegurados administrada por la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas (GCSPE) de EsSalud.
- Fuente de datos interna: Sistema de Seguros SIA
- Bases de datos nacionales complementarias: Microdatos oficiales de censos y encuestas (incluyendo la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES), junto con los datos demográficos de referencia y estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

- Normativa institucional y marcos de referencia: Resoluciones y directivas vigentes para la elaboración de estudios en EsSalud, junto con publicaciones especializadas de organismos internacionales (CELADE-CEPAL y la División de Población de las Naciones Unidas - UN DESA).

2.3 Instrumentos y Técnicas de Análisis

El procesamiento de datos se ejecutó mediante metodologías demográficas estandarizadas, utilizando los siguientes instrumentos analíticos:

- Análisis estructural de pirámides poblacionales: Evaluación de la composición por edad y sexo para determinar el avance de la transición demográfica y el envejecimiento de la población asegurada.
- Tablas estadísticas y series temporales: Análisis comparativo del comportamiento anual de los asegurados, calculando las tasas de crecimiento anual y el ritmo de crecimiento a nivel de redes asistenciales.
- Cálculo de indicadores demográficos derivados:
 - ✓ Índices de Envejecimiento: Relación cuantitativa entre (población de 60 años a más / población de 0 a 14 años) $\times$ 100. Determina el grado de envejecimiento relativo indicando la cantidad de adultos mayores por cada 100 niños y adolescentes.
- Análisis de consistencia institucional: Evaluación del peso porcentual del adulto mayor frente al universo total de asegurados, alineando los resultados con la normativa y los documentos técnico-estratégicos de EsSalud.
- Herramientas de procesamiento y visualización: Uso de Excel y Power BI para el procesamiento, cruce masivo de información, análisis demográfico y georreferenciación de la concentración de adultos mayores por redes y establecimientos.

2.4 Limitaciones

Los resultados del presente informe se sustentan principalmente en registros administrativos institucionales, reflejan la información disponible y registrada en los sistemas de EsSalud para cada periodo analizado. Las variaciones observadas pueden estar influenciadas por procesos de actualización, acreditación, depuración o cambios en la disponibilidad de los registros administrativos.

El periodo principal de análisis comprende los años 2019–2025; sin embargo, para determinados indicadores se utilizaron series históricas anteriores con fines comparativos y de contextualización, de acuerdo con la disponibilidad de información.

Los indicadores desarrollados describen la evolución y estructura demográfica de la población asegurada. Por tanto, sus resultados no permiten determinar de manera directa necesidades asistenciales, morbilidad, dependencia funcional, utilización de servicios, capacidad instalada, suficiencia de recursos humanos ni impacto presupuestal.

Finalmente, los indicadores relativos, especialmente el índice de envejecimiento, deben interpretarse conjuntamente con los valores absolutos de población, debido a que en establecimientos con poblaciones pequeñas pueden registrarse valores porcentuales elevados que no necesariamente representan una mayor magnitud poblacional.



CAPÍTULO III

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

CAPÍTULO III ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

El envejecimiento poblacional constituye un proceso demográfico complejo que carece de una definición unívoca. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) diferencia conceptualmente entre los aspectos puramente cronológicos y la construcción social de la vejez; bajo el criterio cronológico adoptado por las Naciones Unidas, esta etapa se inicia formalmente a los sesenta (60) años de edad¹. A nivel macrodemográfico, se determina que una población experimenta un proceso de envejecimiento cuando las cohortes de edades mayores incrementan de forma sostenida su peso relativo y representatividad dentro de la estructura poblacional total.

3.1 Evolución en América Latina y Perú

En cualquier población, el volumen y la proporción de personas de 60 años a más se explican a partir de las modificaciones en las variables demográficas, fundamentadas en la teoría de la Transición Demográfica (TD)². Esta teoría analiza las transformaciones en el tamaño, ritmo de crecimiento y estructura por edad de la población en relación con el comportamiento de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) y el incremento de la Esperanza de Vida al Nacer (EVN).

Para identificar el estadio de la transición demográfica en el que se encuentran los países de América Latina y el Caribe, se delimitaron cuatro cuadrantes analíticos basados en la intersección de los promedios regionales obtenidos de las perspectivas globales de población³: una Tasa Global de Fecundidad eje de 2.00 hijos por mujer y una Esperanza de Vida al Nacer eje de 77.00 años. De acuerdo con el comportamiento de estos indicadores, cada territorio se posiciona en uno de los siguientes sectores:

- Cuadrante 1 (Transición Rezagada): Ubicado en el sector superior izquierdo, agrupa a los países con mayor rezago en su transición demográfica. Se caracterizan por registrar un menor promedio en los años de vida de su población y una tasa global de fecundidad que supera la media de la región. En este segmento se posicionan de forma clara Haití (HA), Bolivia (BOL), Honduras (HO), Paraguay (PAR), Guatemala (GU), Suriname (SU), República Dominicana (DR) y Nicaragua.
- Cuadrante 2 (Transición Intermedia - Alta Fecundidad / Alta Longevidad): Situado en el sector superior derecho, muestra poblaciones con una esperanza de vida que ya supera el promedio regional, pero cuyas tasas de fecundidad se mantienen todavía por encima del nivel de reemplazo de 2.00 hijos por mujer. Este grupo incluye a Guayana Francesa (FG), Saint Martin (SI) y Panamá (PAN).
- Cuadrante 3 (Transición Intermedia - Baja Fecundidad / Baja Longevidad): Localizado en el sector inferior izquierdo, registra niveles de fecundidad por debajo del promedio regional, combinados con expectativas de vida inferiores a la media de 77.00 años. En este grupo destacan Venezuela (VNN), Belice (BE), El Salvador (ES), México (ME), Trinidad y Tobago

¹ Naciones Unidas - CEPAL. Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina. Santiago de Chile, pág. 25.

² CELADE - CEPAL. Demografía II. Editor Carlos Welti, primera edición.

³ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). World Population Prospects 2024. Disponible en línea: <https://population.un.org/wpp/>

(TT), Saint Kitts and Nevis (SII), Dominica (DO), Granada (GR), Santa Lucía (SL), Bahamas (BA), Jamaica (JA) y San Vicente y las Granadinas (STI).

- Cuadrante 4 (Transición Avanzada): Posicionado en el sector inferior derecho, concentra a los países con mayor longevidad de la región y niveles de fecundidad por debajo del reemplazo generacional, reflejando un perfil demográfico estructuralmente envejecido. Este cuadrante concentra a **Perú (PE)**, Chile (CH), Costa Rica (CR), Uruguay (UR), Colombia (CO) y Ecuador (EC), entre otros.

En conclusión, los datos analizados consolidan al Perú en el escenario de transición avanzada debido al incremento sostenido de la longevidad y la contracción de la natalidad. Bajo esta misma lógica metodológica, del análisis se puede inferir que EsSalud probablemente presentaría una estructura más envejecida que el promedio nacional, estando su ubicación en el extremo derecho del Cuadrante 4. Esto responde a que su población asegurada presenta una estructura demográfica más envejecida que la registrada en el ámbito del territorio de la república.

Gráfico 1. América Latina y el Caribe: Tasa Global de Fecundidad y Esperanza de Vida al Nacer, 2030



FUENTE: Tasa Global de Fecundidad y Esperanza de Vida, corresponde a información de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2 024). *World Population Prospects 2024*. En línea: <https://population.un.org/wpp/>

Elaboración: EsSalud, SGAE/GGI/GCPP

3.1.1 Implicancias del envejecimiento poblacional

El envejecimiento poblacional genera transformaciones estructurales profundas que impactan tanto el ámbito individual como el macroeconómico y el social, con especial énfasis en aquellas poblaciones situadas en estadios de transición demográfica avanzada. A nivel individual, el incremento sostenido de la longevidad exige una mayor previsión y optimización de recursos financieros para asegurar la cobertura en salud, el bienestar integral y el soporte social durante la vejez. A nivel macrodemográfico, las principales consecuencias se traducen en una desaceleración inercial del crecimiento poblacional y

una reconfiguración de la pirámide institucional, caracterizada por la reducción del peso relativo de los segmentos jóvenes y un incremento en la representatividad y densidad de los adultos mayores dentro de la estructura general de asegurados.

3.1.2 Cómo influye en la salud una mayor Esperanza de vida

El incremento en el número promedio de años de vida de una población, impulsado por la reducción progresiva de la mortalidad, responde a logros estructurales en el control de enfermedades infecciosas y parasitarias, así como a intervenciones eficaces en afecciones maternas, perinatales y nutricionales. Este cambio en el perfil epidemiológico benefició inicialmente a los grupos de menor edad (Omran, 1971) y consolidó la transición avanzada en el Perú, con una esperanza de vida de 78.5 años (United Nations, 2024).

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que una mayor esperanza de vida, si bien representa un hito social de gran relevancia, plantea simultáneamente desafíos críticos para los prestadores de servicios de salud. La gestión sanitaria institucional debe migrar con urgencia hacia modelos basados en la cultura de la prevención y la preservación funcional, dado que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) —tales como las cardiovasculares, respiratorias crónicas, las neoplasias y la diabetes mellitus— se consolidan como las principales causas de morbilidad y de demanda asistencial prolongada en la región (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

De acuerdo con las proyecciones demográficas hacia el año 2030, América Latina y el Caribe consolidan su tendencia hacia la transición avanzada, evidenciando un aumento generalizado de la longevidad, aunque condicionado por brechas territoriales e institucionales. Mientras que el promedio regional de esperanza de vida se proyecta en 77.0 años para el periodo 2025-2030, el Perú (PE) mantiene un comportamiento ascendente en su expectativa de vida al nacer, alcanzando un promedio de 78.5 años en dicho quinquenio, asociado a una tasa de fecundidad en descenso estructural (1.87 hijos por mujer)⁴.

Tabla 2. América Latina y el Caribe y la Esperanza de vida al nacer por Subregiones y País, años 2010-2030
(En años promedio de vida)

Países	2010-2015	2015-2020	2020-2025	2025-2030
América Latina y el Caribe	74.4	75.2	76.1	77.0
Martinique	81.2	82.3	83.1	83.9
Puerto Rico	79.1	78.9	80.7	81.5
Cuba	78.5	78.7	79.2	80.0
Antigua y Barbuda	76.1	76.8	77.5	78.1
Centro América	74.6	74.9	75.5	76.4
Costa Rica	79.2	80.0	80.9	81.9
Panamá	77.3	78.2	79.1	80.0
América del Sur	74.7	75.6	76.6	77.5
Chile	79.3	80.0	80.7	81.6
Uruguay	77.1	77.6	78.4	79.1
Argentina	75.6	76.5	77.2	77.9
Perú	75.1	76.4	77.4	78.5

Fuente: United Nations Population Division Department of Economic and Social Affairs -World Population Prospects 2024- Life expectancy at birth (both sexes combined) by region, sub region and country, 1950-2100 (years). En línea: <http://esa.un.org/unpd/wpp/>

Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GCPP.

4 United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). World Population Prospects 2024: Escenario de proyecciones demográficas globales. Disponible en línea: <https://population.un.org/wpp/>

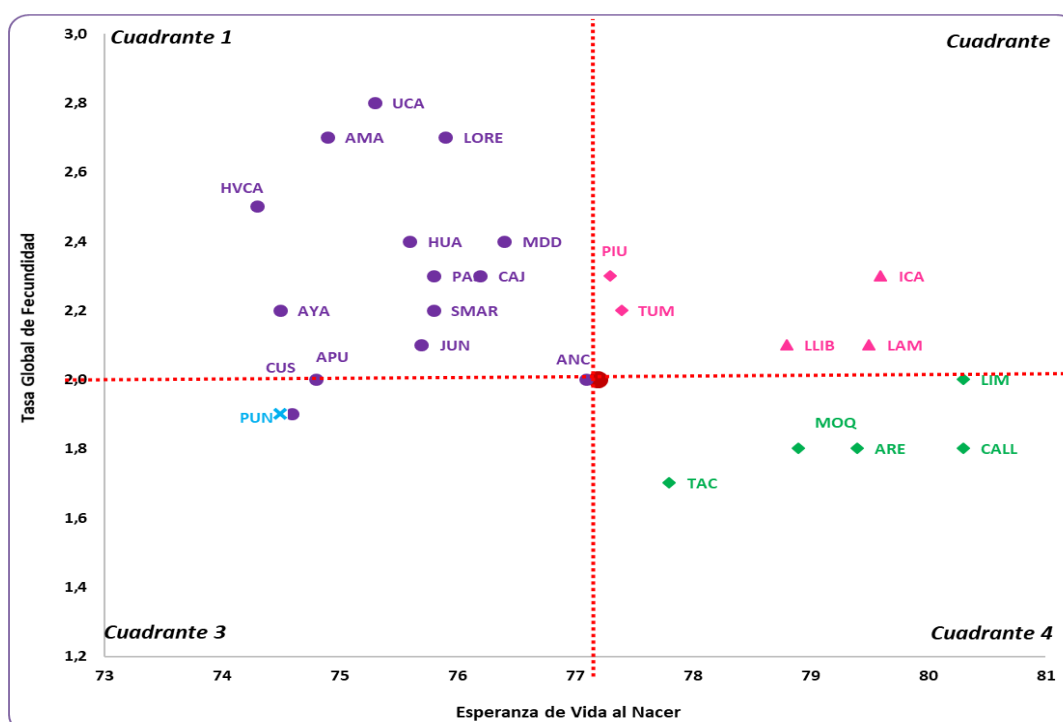
3.2 Transición Demográfica en el Perú 2020-2025

Para estratificar la heterogeneidad de la transición demográfica (TD) en el ámbito nacional, se aplicó la metodología de la CEPAL, la cual distribuye a los departamentos del país en función de sus niveles de fecundidad y su esperanza de vida al nacer. Este modelo permite diferenciar técnicamente los territorios con estructuras poblacionales predominantemente jóvenes de aquellos que registran un perfil avanzado hacia la madurez demográfica y el envejecimiento (ver Gráfico 2).

El modelo toma como ejes de intersección los promedios nacionales registrados en el periodo de análisis: una Tasa Global de Fecundidad (TGF) de 1.9 hijos por mujer y una Esperanza de Vida al Nacer de 77.1 años. A partir de estas variables, el comportamiento departamental se distribuye en cuatro cuadrantes estratégicos:

- Cuadrante 1 (Transición Rezagada): Ubicado en el sector superior izquierdo, agrupa a las regiones con niveles de fecundidad por encima de la media y esperanzas de vida inferiores al promedio país. Este segmento concentra el mayor volumen de departamentos (13 en total), ubicados principalmente en la sierra y selva: Loreto (LORE), Ucayali (UCA), San Martín (SMAR), Amazonas (AMA), Cajamarca (CAJ), Huánuco (HUA), Pasco (PA), Junín (JUN), Huancavelica (HVCA), Ayacucho (AYA), Apurímac (APU), Cusco (CUS) y Madre de Dios (MDD).
- Cuadrante 2 (Transición Intermedia - Alta Fecundidad / Alta Longevidad): Situado en el sector superior derecho, identifica a las poblaciones que ya superan la expectativa de vida promedio, pero mantienen tasas de fecundidad por encima del nivel de reemplazo. Este grupo queda integrado por Piura (PIU), Tumbes (TUM), La Libertad (LLIB), Lambayeque (LAM) e Ica (ICA).
- Cuadrante 3 (Transición Intermedia - Baja Fecundidad / Baja Longevidad): Localizado en el sector inferior izquierdo, registra indicadores de fecundidad por debajo de la media nacional combinados con expectativas de vida inferiores al promedio de 77.1 años. En este sector se posiciona netamente el departamento de Puno (PUN), mientras que Áncash (ANC) se sitúa de forma neutral en la intersección exacta de ambos ejes.
- Cuadrante 4 (Transición Avanzada): Posicionado en el sector inferior derecho, concentra a las regiones con mayor longevidad y menores tasas de fecundidad del país, reflejando estructuras de población maduras y con un claro perfil de envejecimiento. Este escenario está liderado por la Provincia Constitucional del Callao (CALL) y los departamentos de Lima (LIM), Arequipa (ARE), Moquegua (MOQ) y Tacna (TAC).

Gráfico 2. Perú, Transición Demográfica por Departamentos, 2021
(Número promedio de hijos y años promedio de vida)



FUENTE: INEI-CELADE-Perú, Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, 1995-2030, Boletín Análisis Demográfico N° 39 INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2021.

Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GCPP.

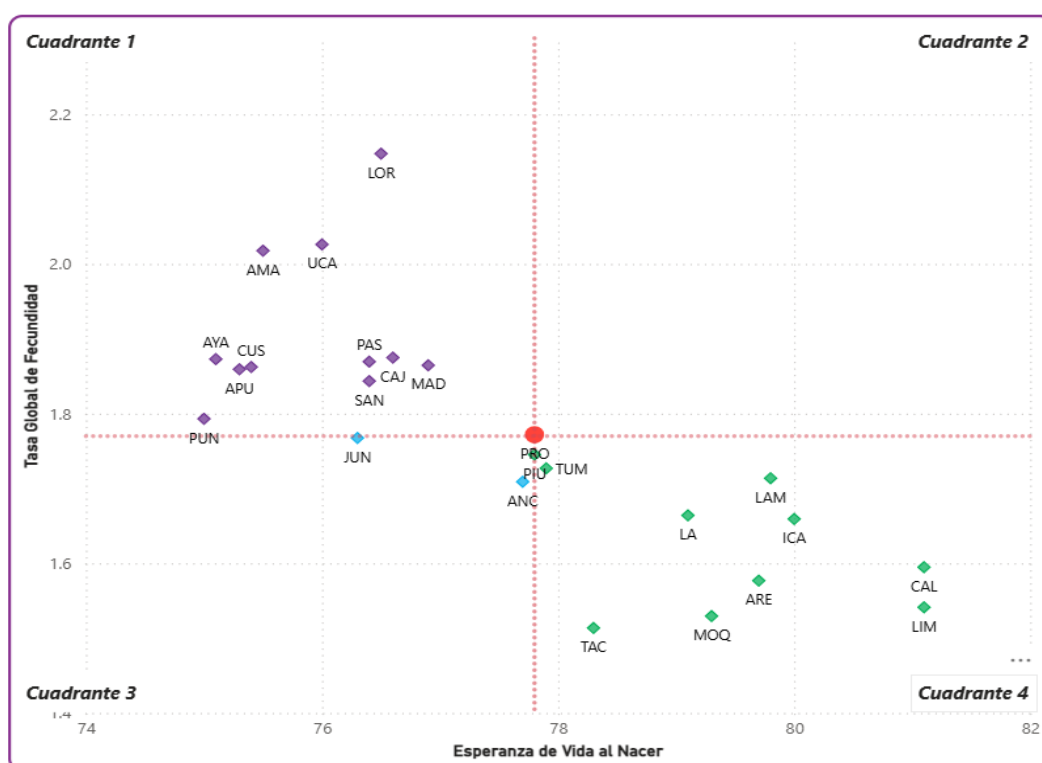
La importancia estratégica de estratificar el comportamiento demográfico a partir de las tasas de fecundidad y la esperanza de vida al nacer radica en la capacidad de anticipar el ritmo de crecimiento de los asegurados mayores por departamento, frente a la contracción sostenida de los segmentos más jóvenes.

Al respecto, la evidencia obtenida de los registros administrativos institucionales revela que, en el año 2021, las regiones integradas en el Cuadrante 4 albergaban al 46.2% del total de la población asegurada a nivel nacional (5 434 842 de un universo de 11 751 670 asegurados). Asimismo, en dicho periodo, este conglomerado regional concentraba al 52.3% del total de asegurados adscritos de 60 años a más (984 295 de 1 881 010 adultos mayores).

Al realizar el análisis comparativo con el año 2024, se constata que en estas mismas demarcaciones territoriales reside el 45.4% del total de afiliados (5 700 832 de 12 545 191 asegurados). Por su parte, los asegurados de 60 años a más representan el 51.8% del total general de adultos mayores de la institución (1 118 476 de 2 158 598 personas). Este comportamiento de las variables demuestra la consolidación de la concentración geográfica y un envejecimiento sostenido de la población adscrita en un periodo de solo tres años.

Finalmente, en lo relativo a la longevidad extrema, los registros confirman que el departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao se posicionan como los valores más altos del Cuadrante 4, registrando las mayores esperanzas de vida al nacer (superando los 81 años). En consecuencia, al concentrar los perfiles de asegurados más longevos del país, podría incrementar la demanda de servicios asistenciales especializados y de alta complejidad dentro de estas jurisdicciones.

Gráfico 3. Perú, Transición Demográfica por Departamentos, 2024
(Número promedio de hijos y años promedio de vida)



FUENTE: INEI-CELADE-Perú, Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, 1995-2030, Boletín Análisis Demográfico N° 39. INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2024.

Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GCPP.

3.3 Envejecimiento de la población asegurada en EsSalud

Conforme transcurren los años, el Seguro Social de Salud (EsSalud) experimenta un envejecimiento progresivo de su población asegurada. Este fenómeno se refleja en el desplazamiento gradual de la población hacia los grupos de edad de 60 años a más, generando modificaciones en la estructura etaria de la población asegurada y planteando importantes desafíos para la planificación de los servicios de salud y de las prestaciones sociales⁵.

No obstante, es importante reconocer que el envejecimiento poblacional constituye también una expresión de los cambios sociales y demográficos alcanzados, asociados, entre otros factores, a la disminución de la mortalidad, el incremento de la esperanza de vida y la reducción sostenida de la fecundidad. Esta transformación de la estructura por edades genera nuevos desafíos para las instituciones y para la formulación de políticas públicas. Disponer de un diagnóstico preciso, bajo un enfoque multidimensional, permite anticipar los desafíos institucionales derivados de la transición demográfica, sentando las bases técnico-estratégicas para el diseño de políticas y programas orientados a preservar la capacidad funcional y promover el bienestar de las personas adultas mayores⁶.

⁵ EsSalud. Informe Técnico del Perfil del Asegurado: IV Trimestre 2025. Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto.

⁶ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe 2024: Perspectivas poblacionales y cambios demográficos acelerados en el primer cuarto del siglo XXI en América Latina y el Caribe. Santiago: CEPAL; 2024.

3.3.1 Adultos mayores asegurados por redes asistenciales

De acuerdo con las estimaciones oficiales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), al cierre del año 2025 la población total del país ascendió a 34 386 419 personas, de las cuales 4 792 548 correspondían al segmento de 60 años a más, representando el 13.94% del total nacional⁷. Por su parte, al mismo corte temporal de diciembre de 2025, de un universo de 12 808 708 asegurados en EsSalud, el 17.5% pertenecía a las cohortes de 60 años a más (2 245 943 asegurados). La comparación entre la proporción de personas de 60 años y más en la población nacional y en la población asegurada de EsSalud evidencia que esta última presenta un mayor grado de envejecimiento demográfico, con una diferencia de 3.6 puntos porcentuales (17.5% frente al 13.94%).

Esta caracterización demográfica es fundamental para la planificación estratégica y la asignación eficiente de recursos en los servicios de salud, así como en las prestaciones sociales y económicas. Bajo esta perspectiva, el análisis territorial identifica que diez (10) Redes Asistenciales igualan o superan la proporción institucional de personas adultas mayores (17.5%). Dentro de este grupo, la Red Rebagliati registra la mayor concentración a nivel nacional con un 23.1%; es decir, de cada 100 asegurados adscritos a dicha red, aproximadamente 23 corresponden a adultos mayores, seguida de cerca por las redes de Tacna (20.0%), Áncash (19.5%), Arequipa (18.9%) y Almenara (18.9%).

Por su parte, quince (15) Redes Asistenciales se sitúan en un rango intermedio de envejecimiento, registrando porcentajes que oscilan entre el 11.5% y el 16.1% de su población asegurada. Finalmente, las redes que registran la menor presencia relativa de adultos mayores se ubican en un rango de 9.6% a 11.0%, siendo estas: Madre de Dios (11.0%), Amazonas (10.8%), Moyobamba (10.7%), Jaén (9.8%) y Huancavelica (9.6%). Para fines analíticos, las redes fueron agrupadas según su proporción de asegurados de 60 años y más. Esta estratificación basada en el cuadro de datos institucionales de línea base permite identificar diferencias territoriales en el grado de envejecimiento que constituyen un insumo para la planificación de la oferta asistencial.

⁷ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Boletín de Análisis Demográfico N° 39: "Perú: Estimaciones y Proyecciones de la Población Nacional, 1995-2030".

Tabla 3. Evolución del número de asegurados, personas adultas mayores (60 años y más) y proporción de adultos mayores, según Red Asistencial 2019–2025
(Absolutos y Porcentajes)

Red Asistencial	2019			2020			2021			2022			2023			2024			2025		
	Total	60 a más años	% 60 a +/Total	Total	60 a más años	% 60 a +/Total	Total	60 a más años	% 60 a +/Total	Total	60 a más años	% 60 a +/Total	Total	60 a más años	% 60 a +/Total	Total	60 a más años	% 60 a +/Total	Total	60 a más años	% 60 a +/Total
Total	11,811,453	1,775,165	15.0	11,971,163	1,869,836	15.6	11,751,670	1,881,010	16.0	12,614,659	1,975,488	15.7	12,675,982	2,073,167	16.4	12,545,191	2,158,598	17.2	12,808,708	2,245,943	17.5
Rebagliati	2,004,898	392,060	19.6	2,023,150	411,456	20.3	1,979,609	415,957	21.0	2,081,776	433,170	20.8	2,089,249	451,872	21.6	2,081,862	470,707	22.6	2,114,994	488,900	23.1
Sabogal	1,873,794	280,681	15.0	1,893,807	295,253	15.6	1,851,405	295,102	15.9	1,972,753	310,458	15.7	1,970,558	326,391	16.6	1,956,929	341,548	17.5	1,979,921	354,506	17.9
Almenara	1,634,990	262,846	16.1	1,645,871	275,777	16.8	1,603,828	273,236	17.0	1,688,869	283,483	16.8	1,688,740	295,497	17.5	1,662,041	306,221	18.4	1,676,893	316,477	18.9
La Libertad	700,753	98,185	14.0	720,369	103,216	14.3	705,736	104,178	14.8	754,624	108,829	14.4	749,401	113,697	15.2	749,022	118,707	15.8	767,712	123,504	16.1
Piura	684,990	85,621	12.5	711,781	90,536	12.7	696,322	90,018	12.9	758,554	95,848	12.6	759,895	101,325	13.3	739,148	103,952	14.1	768,442	108,004	14.1
Arequipa	689,470	113,847	16.5	691,173	119,541	17.3	688,624	120,129	17.4	726,295	125,774	17.3	737,083	132,106	17.9	744,917	138,549	18.6	765,472	144,905	18.9
Lambayeque	632,871	98,397	15.5	660,506	102,890	15.6	642,128	102,127	15.9	634,800	101,149	15.9	628,335	105,152	16.7	617,583	108,336	17.5	641,142	112,244	17.5
Ica	489,117	67,519	13.8	499,165	70,385	14.1	484,907	70,217	14.5	517,081	73,582	14.2	523,630	77,306	14.8	515,402	80,526	15.6	531,621	84,034	15.8
Junín	382,005	57,306	15.0	380,657	60,068	15.8	382,962	61,291	16.0	406,229	63,855	15.7	405,219	66,494	16.4	402,262	69,280	17.2	411,814	72,005	17.5
Cusco	370,868	44,397	12.0	372,852	47,369	12.7	364,625	48,652	13.3	426,196	54,307	12.7	447,770	58,605	13.1	432,348	59,736	13.8	428,153	61,992	14.5
Loreto	248,206	26,483	10.7	245,462	28,551	11.6	240,349	29,118	12.1	261,974	30,847	11.8	267,444	32,706	12.2	261,879	34,364	13.1	268,154	35,938	13.4
Áncash	233,278	40,486	17.4	240,162	42,140	17.5	235,264	41,879	17.8	254,720	43,588	17.1	248,871	45,618	18.3	246,280	47,216	19.2	250,975	49,028	19.5
Cajamarca	193,233	17,564	9.1	194,136	19,027	9.8	196,600	19,929	10.1	213,081	21,348	10.0	215,251	23,479	10.9	212,163	24,401	11.5	223,735	25,668	11.5
Huánuco	177,649	19,596	11.0	180,318	20,857	11.6	180,206	21,320	11.8	199,266	22,722	11.4	203,186	24,124	11.9	200,620	25,242	12.6	206,108	26,434	12.8
Ucayali	149,053	14,365	9.6	148,697	15,712	10.6	148,112	16,310	11.0	164,318	17,646	10.7	170,619	19,078	11.2	172,237	20,421	11.9	180,037	21,741	12.1
Juliaca	146,006	17,543	12.0	148,663	18,811	12.7	151,680	19,358	12.8	168,707	20,771	12.3	170,280	21,941	12.9	171,952	23,125	13.4	178,280	24,525	13.8
Tacna	124,501	19,900	16.0	127,056	21,220	16.7	124,844	21,819	17.5	132,907	23,234	17.5	133,917	24,556	18.3	131,200	25,724	19.6	134,472	26,916	20.0
Huaraz	118,957	13,525	11.4	123,707	14,485	11.7	123,628	14,896	12.0	136,908	15,775	11.5	137,054	16,677	12.2	134,074	17,609	13.1	138,724	18,642	13.4
Tarapoto	118,672	12,559	10.6	118,579	13,542	11.4	116,652	14,096	12.1	127,812	15,297	12.0	130,429	16,532	12.7	130,357	17,487	13.4	132,631	18,420	13.9
Ayacucho	114,627	12,706	11.1	116,111	13,588	11.7	115,281	14,102	12.2	131,304	15,108	11.5	136,847	15,969	11.7	132,796	16,725	12.6	138,032	17,689	12.8
Puno	104,401	15,618	15.0	103,629	16,591	16.0	102,289	16,976	16.6	110,317	17,767	16.1	110,198	18,566	16.8	108,255	19,299	17.8	111,054	20,107	18.1
Moquegua	103,365	15,908	15.4	102,992	16,768	16.3	101,565	16,781	16.5	106,777	17,688	16.6	109,048	18,512	17.0	107,046	19,374	18.1	109,314	20,206	18.5
Pasco	96,928	9,453	9.8	96,460	10,110	10.5	95,498	10,287	10.8	99,569	10,609	10.7	99,643	11,033	11.1	97,875	11,378	11.6	98,956	11,923	12.0
Apurímac	92,008	8,815	9.6	93,263	9,583	10.3	91,809	9,938	10.8	110,379	11,425	10.4	111,723	12,010	10.7	110,265	12,633	11.5	115,434	13,478	11.7
Huancavelica	82,356	6,939	8.4	84,732	7,521	8.9	85,656	7,705	9.0	97,700	8,301	8.5	99,299	8,747	8.8	95,288	9,040	9.5	98,436	9,478	9.6
Amazonas	74,802	6,786	9.1	76,471	7,343	9.6	75,537	7,619	10.1	84,169	8,120	9.6	85,209	8,594	10.1	83,734	8,854	10.6	85,925	9,293	10.8
Tumbes	72,138	8,453	11.7	73,365	9,236	12.6	71,107	9,360	13.2	77,454	9,984	12.9	77,688	10,625	13.7	75,540	11,056	14.6	77,092	11,567	15.0
Moyobamba	57,665	4,584	7.9	57,276	4,895	8.5	57,098	5,120	9.0	62,938	5,533	8.8	61,933	5,907	9.5	62,780	6,349	10.1	62,811	6,730	10.7
Madre de Dios	39,852	3,023	7.6	40,753	3,365	8.3	38,349	3,490	9.1	41,389	3,780	9.1	41,994	4,109	9.8	42,877	4,468	10.4	43,701	4,828	11.0
Jaén	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0	65,793	5,490	8.3	65,469	5,939	9.1	66,459	6,271	9.4	68,673	6,761	9.8

Fuente: EsSalud-Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GCPP.

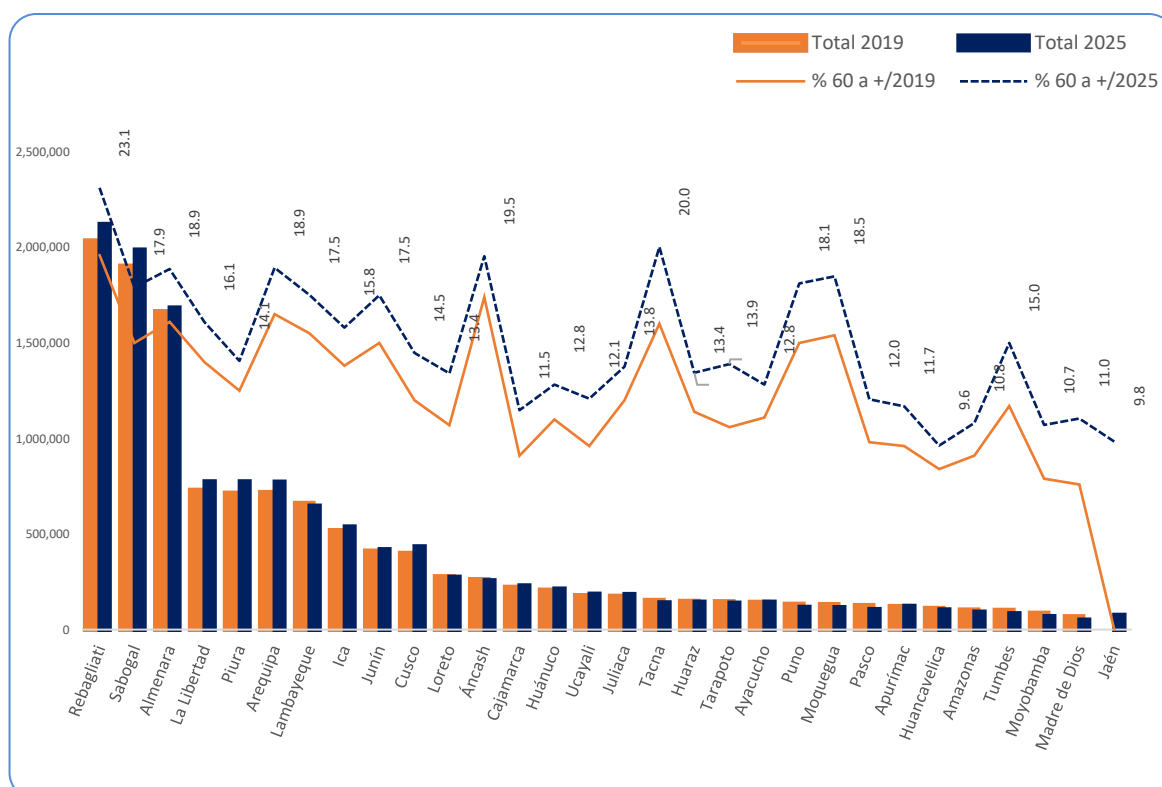
Nota. % de personas de 60 años y más = (Población de 60 años y más / Total de asegurados) ×100.

3.3.2 Relación de asegurados de 60 a más años respecto al total de asegurados por Red Asistencial.

La evidencia estadística demuestra que un mayor volumen absoluto de población adscrita a una Red Asistencial no determina necesariamente una mayor proporción relativa de asegurados de 60 años a más. Al cierre del año 2025, la Red Prestacional Rebagliati presenta una coincidencia en ambas variables, dado que mantiene la mayor población adscrita del sistema con 2 114 994 asegurados y, en paralelo, mayor proporción de personas de 60 años a mas con un 23.1%.

En contraste, la Red Asistencial Áncash, con un volumen de asegurados menor (250 975 personas), registra una concentración de adultos mayores del 19.5%, superando con holgura el promedio institucional (17.5%). En el extremo opuesto, redes como Madre de Dios y Huancavelica confirman esta heterogeneidad estructural al reportar un menor volumen poblacional asociado a menores proporciones de personas de 60 años a más de la institución, ubicándose en 11.0% y 9.6% respectivamente (ver Gráfico 4). Esta asimetría evidencia que el proceso de envejecimiento presenta dinámicas territoriales diferenciadas que no dependen exclusivamente del tamaño absoluto de las Redes Asistenciales.

Gráfico 4. Relación de asegurados de 60 a más años respecto al total de asegurados por Red Asistencial, 2019 y 2025
(Número de asegurados y porcentajes)



Fuente: EsSalud-Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GCPP.

Nota: La Red Asistencial Jaén fue creada formalmente en el año 2022. Al no contar con registros para el año 2019 (valor 0), se excluye de las variaciones estadísticas comparativas del periodo 2019-2025

3.3.3 Envejecimiento y edad promedio por Red Asistencial

Otro indicador fundamental para evaluar la intensidad del envejecimiento poblacional es la evolución de la edad promedio. De acuerdo con las estimaciones de CELADE/CEPAL, en América Latina los mayores incrementos de este indicador se registrarán entre los años 2000 y 2050, periodo en el cual la edad promedio regional transitará de 28 a 40 años, triplicando el volumen de la población de 60 años a más.

En el Seguro Social de Salud (EsSalud), los registros administrativos históricos muestran una tendencia sostenida al incremento de la edad promedio de la población asegurada a nivel nacional se elevó de 33.0 años en el 2015 a 35.0 años en el 2019, consolidándose finalmente en 37.1 años al cierre del 2025 (ver Tabla 4). Este comportamiento representa un incremento de 2.0 años respecto al periodo prepandemia y una variación neta de 4.1 años en una década, lo que evidencia un proceso de maduración demográfica sostenido en la población asegurada de EsSalud.

Al evaluar la dinámica territorial entre los años 2015 y 2025, este incremento se manifiesta de manera transversal en las Redes Asistenciales del país, aunque con diferencias territoriales importantes, registrándose edades promedio que oscilan entre 32.2 y 41.3 años según la Red Asistencial.

- **Perfil de Envejecimiento Agudo:** La Red Prestacional Rebagliati lidera la estructura nacional con la población de asegurados más envejecida del sistema, registrando un tránsito de 36.0 a 40.7 años (un incremento neto de 4.7 años). Bajo esta misma tendencia, destacan el comportamiento de las redes Tacna (de 34.0 a 39.6 años; +5.6 años), Sabogal (de 32.0 a 37.2 años; +5.2 años) y Almenara (de 32.9 a 38.1 años; +5.2 años), seguidas de cerca por Puno y Moquegua, cuyos asegurados promedian 38.8 y 38.7 años de edad al 2025, respectivamente.
- **Perfil de Menor Madurez Demográfica:** En el extremo opuesto, la Red Asistencial Huancavelica reporta el indicador más bajo de la institución con 32.5 años de edad promedio al 2025 (un incremento neto de 3.6 años frente al 2015). Le sigue el conglomerado integrado por Ucayali (32.6 años), Moyobamba (32.6 años), Madre de Dios (33.2 años), Loreto (33.3 años), Amazonas (33.4 años) y Piura (33.8 años), las cuales se mantienen comparativamente como las poblaciones aseguradas más jóvenes de la seguridad social.
- **Comportamiento Institucional Excepcional:** Es preciso señalar que los datos de la Red Asistencial Jaén registran valor cero (0) en el periodo 2015-2021 debido a que su creación oficial se concretó a partir del año 2022. Por este motivo, el comportamiento de sus indicadores se evalúa de manera independiente a partir de dicha fecha (alcanzando 32.8 años al 2025, con una variación de +0.8 años respecto al 2022), omitiendo las comparaciones con la línea base de 2015 para evitar distorsiones en los promedios y agregados institucionales.

Tabla 4. Edad Promedio de los Asegurados por Red Asistencial, 2015-2025

Red Asistencial	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Dif. Años						
												2019/ 2015	2020/ 2015	2021/ 2015	2022/ 2015	2023/ 2015	2024/ 2015	2025/ 2015
TOTAL	33.0	33.8	34.1	34.1	35.0	34.1	35.4	35.8	36.2	36.8	37.1	2.0	1.1	2.4	2.8	3.2	3.8	4.1
Rebagliati	36.0	36.3	36.7	36.7	37.9	38.2	38.7	39.2	39.7	40.3	40.7	1.9	2.2	2.7	3.2	3.7	4.3	4.7
Tacna	34.0	35.1	35.8	35.8	36.6	37.9	36.9	38.1	38.6	39.3	39.6	2.6	3.9	2.9	4.1	4.6	5.3	5.6
Puno	34.0	34.8	35.4	35.8	36.0	37.8	36.8	37.3	38.1	38.6	38.8	2.0	3.8	2.8	3.3	4.1	4.6	4.8
Moquegua	33.9	34.7	35.4	35.8	36.0	37.2	36.2	37.3	37.6	38.3	38.7	2.1	3.3	2.3	3.4	3.7	4.4	4.8
Almenara	32.9	34.1	34.8	34.8	34.9	34.5	35.4	36.0	37.1	37.7	38.1	2.0	1.6	2.5	3.1	4.2	4.8	5.2
Arequipa	34.0	34.8	35.3	35.3	35.9	36.2	36.1	37.0	37.3	37.8	38.1	1.9	2.2	2.1	3.0	3.3	3.8	4.1
Ancash	34.0	35.0	35.6	35.6	35.7	34.8	35.5	36.0	37.0	37.6	37.9	1.7	0.8	1.5	2.0	3.0	3.6	3.9
Sabogal	32.0	33.1	33.6	33.6	34.1	33.7	34.5	35.2	36.2	36.8	37.2	2.1	1.7	2.5	3.2	4.2	4.8	5.2
Junin	32.2	33.8	34.1	34.1	34.1	33.6	34.1	35.1	36.1	36.6	36.9	1.9	1.4	1.9	2.9	3.9	4.4	4.7
Cusco	32.0	33.1	33.3	33.8	33.9	34.6	34.5	35.2	36.2	36.4	36.7	1.9	2.6	2.5	3.2	4.2	4.4	4.7
Lambayeque	33.0	33.8	34.1	34.1	34.2	32.6	34.1	34.7	35.7	36.3	36.4	1.2	-0.4	1.1	1.7	2.7	3.3	3.4
Juliaca	33.0	33.2	33.8	33.8	34.5	34.4	34.8	35.6	35.6	36.0	36.2	1.5	1.4	1.8	2.6	2.6	3.0	3.2
Ayacucho	31.0	32.1	32.7	32.7	33.2	33.7	33.5	34.0	34.7	35.3	35.6	2.2	2.7	2.5	3.0	3.7	4.3	4.6
La Libertad	32.0	33.1	33.3	33.3	33.3	32.0	33.5	34.1	34.7	35.3	35.5	1.3	0.0	1.5	2.1	2.7	3.3	3.5
Huaraz	32.0	32.1	32.2	32.8	33.6	33.5	33.9	34.5	34.5	35.1	35.5	1.6	1.5	1.9	2.5	2.5	3.1	3.5
Ica	32.0	32.2	32.7	32.7	33.7	32.5	33.8	34.5	34.5	35.1	35.3	1.7	0.5	1.8	2.5	2.5	3.1	3.3
Apurímac	31.0	32.1	32.2	32.2	32.4	32.9	32.9	33.8	34.2	34.6	34.9	1.4	1.9	1.9	2.8	3.2	3.6	3.9
Tumbes	31.0	32.1	32.2	32.2	32.8	33.4	33.2	33.8	33.9	34.4	34.5	1.8	2.4	2.2	2.8	2.9	3.4	3.5
Huánuco	31.0	32.1	32.2	32.2	32.5	32.3	32.5	33.3	33.4	33.9	34.1	1.5	1.3	1.5	2.3	2.4	2.9	3.1
Pasco	30.0	31.1	31.2	31.8	31.7	31.9	31.6	32.7	33.3	33.8	34.1	1.7	1.9	1.6	2.7	3.3	3.8	4.1
Tarapoto	30.0	31.1	31.8	31.8	31.6	31.5	31.8	32.5	33.4	33.8	34.1	1.6	1.5	1.8	2.5	3.4	3.8	4.1
Cajamarca	30.0	31.1	31.2	31.2	31.8	32.4	32.0	32.9	33.4	33.8	33.9	1.8	2.4	2.0	2.9	3.4	3.8	3.9
Piura	31.0	31.1	31.8	31.8	32.5	30.3	32.4	32.9	33.1	33.6	33.8	1.5	-0.7	1.4	1.9	2.1	2.6	2.8
Amazonas	30.0	32.1	32.2	32.2	31.5	31.7	31.0	32.1	32.9	33.2	33.4	1.5	1.7	1.0	2.1	2.9	3.2	3.4
Loreto	29.0	30.1	30.8	30.8	31.2	31.0	31.3	32.3	32.7	33.2	33.3	2.2	2.0	2.3	3.3	3.7	4.2	4.3
Madre de Dios	28.0	29.1	29.8	29.8	29.7	30.5	30.3	31.2	32.3	32.7	33.2	1.7	2.5	2.3	3.2	4.3	4.7	5.2
Moyobamba	29.0	30.1	30.2	30.2	30.6	30.1	30.5	31.3	31.8	32.2	32.6	1.6	1.1	1.5	2.3	2.8	3.2	3.6
Ucayali	28.0	30.1	30.2	30.2	30.2	30.6	30.2	31.2	32.0	32.4	32.6	2.2	2.6	2.2	3.2	4.0	4.4	4.6
Huancavelica	28.9	30.0	30.2	30.8	30.7	29.6	30.3	31.0	31.8	32.3	32.5	1.8	0.7	1.4	2.1	2.9	3.4	3.6
Jaén	0	0	0	0	0	0	0	32.0	32.2	32.5	32.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.5	0.8

Fuente: EsSalud - Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas- GCSPE

Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GCPP.

Nota: Los datos de la Red Asistencial Jaén registran valor cero (0) en el periodo 2015-2021 debido a que la entidad fue creada oficialmente a partir del año 2022. Por tanto, las variaciones estadísticas que toman como línea base el año 2015 no son aplicables para esta red.

Está marcada diferencia en las edades promedio entre Redes Asistenciales, reafirma la necesidad de diseñar estrategias de gestión diferenciadas según el perfil de madurez demográfica de cada Red Asistencial. El monitoreo conjunto del índice de envejecimiento y la evolución de la edad promedio proporciona un horizonte técnico predictivo indispensable para estructurar las previsiones presupuestales, logísticas y asistenciales. De este modo, se busca optimizar la planificación de la oferta frente a un grupo poblacional con mayor probabilidad intrínseca de presentar enfermedades crónicas no transmisibles, comorbilidades múltiples y condiciones de fragilidad.

3.3.4 Etapas del Envejecimiento poblacional por redes asistenciales

Tomando como referencia el enfoque de transición demográfica de la CEPAL⁸, se elaboró una clasificación adaptada para el presente informe con el propósito de categorizar a las Redes Asistenciales según su etapa de envejecimiento demográfico. Para ello, se cruzaron dos indicadores: la proporción de adultos mayores asegurados en EsSalud (Eje X, fuente institucional) y la Tasa Global de Fecundidad (TGF) departamental procedente de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES - INEI) para la población general (Eje Y, fuente externa).

Los puntos de corte propios aplicados para delimitar los cuadrantes corresponden a los promedios nacionales de cada variable:

- Eje X (Porcentaje de asegurados de 60 años a más): Promedio institucional, fijado en 16.4% para el año 2023 y 17.2% para el año 2024.
- Eje Y (Tasa Global de Fecundidad): Promedio departamental externo, fijado en 1.78 hijos por mujer para el año 2023 y 1.77 para el año 2024 (adicionalmente, se establece un umbral de 2.0 hijos por mujer para diferenciar las etapas de transición).

El cruce de estos promedios divide el plano cartesiano en cuadrantes dinámicos que definen la madurez demográfica para el periodo 2023 de la siguiente manera:

- Envejecimiento Muy Avanzado: Ubicado en el cuadrante inferior derecho, concentra a las redes donde el porcentaje de asegurados de 60 años a más supera la media institucional ($> 16.4\%$) y la TGF departamental se posiciona por debajo o igual al promedio (≤ 1.78). Este sector refleja una alta densidad de población longeva combinada con un notable debilitamiento del recambio generacional.
- Envejecimiento Muy Avanzado (Perfil Mixto): Situado en el cuadrante superior derecho, identifica un comportamiento singular donde el proceso de envejecimiento ya superó la barrera del promedio institucional ($> 16.4\%$), pero coexiste con una TGF departamental que todavía se mantiene por encima de la media (> 1.78), configurando una dinámica de transición demográfica particular.
- Envejecimiento Avanzado: Localizado en el cuadrante inferior izquierdo, agrupa a las jurisdicciones con un nivel de envejecimiento por debajo o igual al promedio institucional ($\leq 16.4\%$) asociado a una baja fecundidad departamental (≤ 1.78). Este segmento actúa como la antesala directa a la maduración demográfica aguda del sistema.
- Envejecimiento Moderado: Posicionado en el extremo superior izquierdo, define a las redes con estructuras demográficas de perfil expansivo. Se caracteriza por un envejecimiento controlado que no supera la media institucional ($\leq 16.4\%$) en un

⁸ CEPAL-CELADE, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Índice de Envejecimiento Poblacional: https://celade.cepal.org/redatam/ryesp/cairo/WebHelp/Metalatina/indice_de_envejecimiento.html

entorno de alta fecundidad departamental, registrando tasas iguales o mayores a 2.0 hijos por mujer.

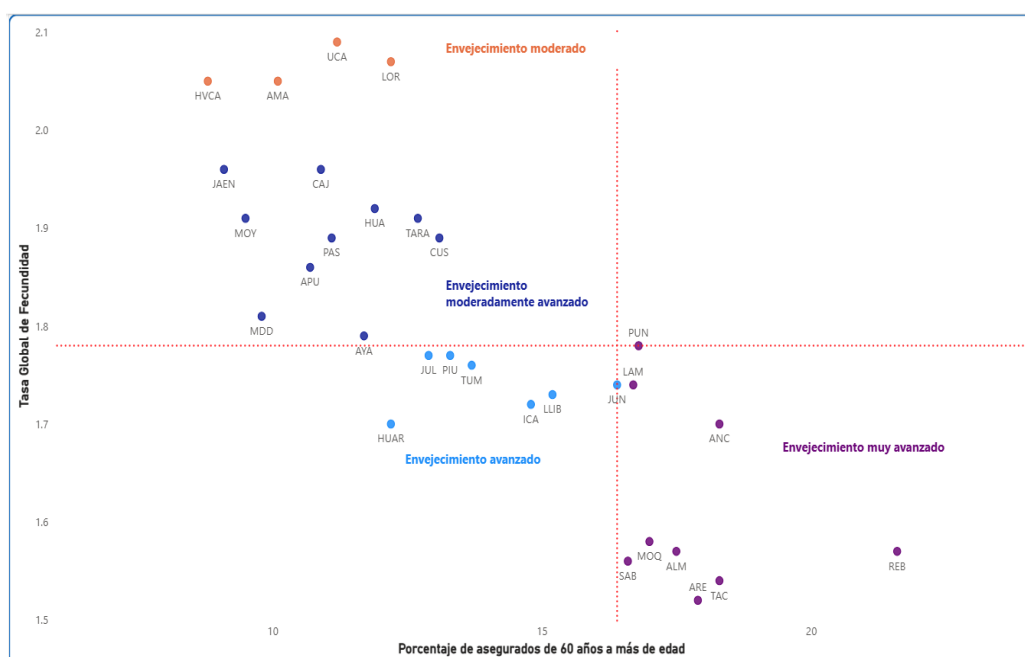
- **Envejecimiento Moderadamente Avanzado:** Ubicado en la zona de transición del cuadrante superior izquierdo, comprende a las redes que registran un porcentaje de adultos mayores inferior o igual al promedio institucional ($\leq 16.4\%$), pero cuya TGF departamental se encuentra en un proceso de descenso intermedio, oscilando estrictamente entre 1.78 y 2.0 hijos por mujer.

Etapas del envejecimiento de la población Asegurada 2023

Con base en la clasificación descrita, las redes asistenciales se distribuyeron según la proporción de población asegurada de 60 años a más y la Tasa Global de Fecundidad departamental (ENDES - INEI). Los resultados para el año 2023 se presentan a continuación (ver Gráfico 5):

- **Envejecimiento Moderado:** Este sector, ubicado en el extremo superior izquierdo, alberga a las redes asistenciales de Huancavelica (HVCA), Amazonas (AMA), Ucayali (UCA) y Loreto (LOR). Registran las tasas de fecundidad departamentales más altas (≥ 2.0 hijos por mujer) y la menor presencia relativa de asegurados de 60 años a más, manteniéndose por debajo del 12.2%.
- **Envejecimiento Moderadamente Avanzado:** Situado en el sector superior izquierdo, agrupa a las redes de Jaén, Moyobamba (MOY), Madre de Dios (MDD), Cajamarca (CAJ), Pasco (PAS), Apurímac (APU), Huánuco (HUA), Ayacucho (AYA), Tarapoto (TARA) y Cusco (CUS). Presenta niveles de fecundidad departamental intermedios (oscilando entre 1.78 y 2.0 hijos por mujer) asociados a una proporción de adultos mayores asegurados que no supera la media institucional del 16.4%.
- **Envejecimiento Avanzado:** Ubicado en la franja inferior izquierda, está conformado por 7 redes: Huaraz (HUAR), Juliaca (JUL), Piura (PIU), Tumbes (TUM), Ica (ICA), La Libertad (LLIB) y Junín (JUN). Registran niveles de fecundidad departamental menores o iguales al promedio (≤ 1.78 hijos por mujer), combinados con proporciones de envejecimiento por debajo o igual a la media institucional ($\leq 16.4\%$).
- **Envejecimiento Muy Avanzado:** El cuadrante inferior derecho agrupa a Lambayeque (LAM), Áncash (ANC), Sabogal (SAB), Moquegua (MOQ), Almenara (ALM), Arequipa (ARE), Tacna (TAC) y Rebagliati (REB). Estas redes superan el promedio institucional de adultos mayores ($> 16.4\%$) y registran una TGF departamental menor o igual a la media (≤ 1.78). La Red Prestacional Rebagliati registra el mayor porcentaje de adultos mayores (21.6%) y una TGF departamental de 1.57.
- **Envejecimiento Muy Avanzado (Perfil Mixto):** Corresponde a la Red Asistencial Puno (PUN), ubicada en el cuadrante superior derecho. Esta red supera la barrera del 16.4% de adultos mayores asegurados, pero mantiene una TGF departamental por encima de la media de referencia (> 1.78 hijos por mujer).

Gráfico 5 Etapas del proceso de envejecimiento por Red Asistencial, 2023



Fuente: EsSalud - Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas- GCSPE.

INEI- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2023

Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GCPP.

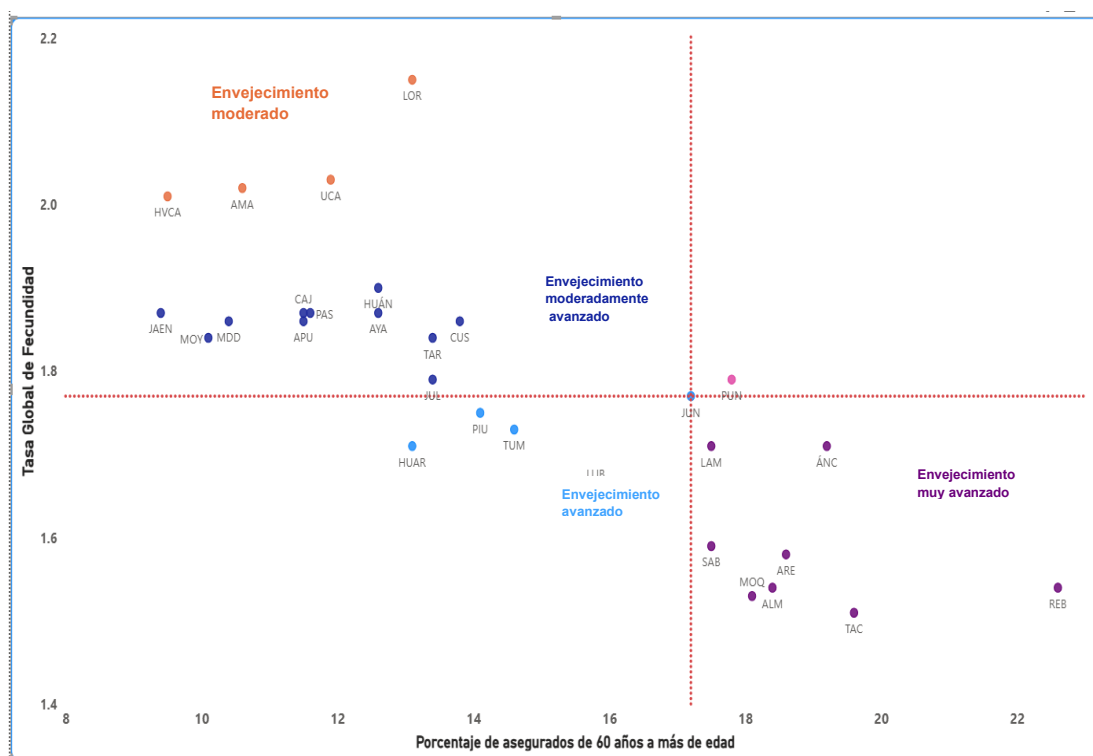
Etapas del envejecimiento de la población Asegurada 2024

El incremento del promedio institucional de asegurados adultos mayores a **17.2%** al cierre del año 2024 y el ajuste de la TGF departamental promedio a **1.77** reconfiguraron la distribución de las Redes Asistenciales (ver Gráfico 6):

- **Envejecimiento Moderado:** Se consolidan en el cuadrante superior izquierdo Huancavelica (HVCA), Amazonas (AMA) y Ucayali (UCA) con niveles de fecundidad departamental cercanos a 2.0 hijos por mujer. La Red Loreto (LOR) alcanza una TGF departamental de 2.15 hijos por mujer y registra una proporción de adultos mayores asegurados de 13.1% (inferior al límite institucional de 17.2%).
- **Envejecimiento Moderadamente Avanzado:** Ubicado en el sector superior izquierdo, agrupa a 11 redes: Jaén, Moyobamba (MOY), Madre de Dios (MDD), Cajamarca (CAJ), Pasco (PAS), Apurímac (APU), Huánuco (HUA), Ayacucho (AYA), Tarapoto (TARA), Cusco (CUS) y Juliaca (JUL). Destaca la incorporación de la Red Juliaca al registrar una TGF departamental de 1.79 hijos por mujer. Sus porcentajes de adultos mayores se mantienen por debajo de la nueva valla institucional del 17.2%.
- **Envejecimiento Avanzado:** Ubicado en la franja inferior izquierda, comprende a Huaraz (HUAR), Piura (PIU), Tumbes (TUM), Ica (ICA), La Libertad (LLIB) y Junín (JUN). Reflejan una TGF departamental menor o igual a 1.77 hijos por mujer y una proporción de adultos mayores menor o igual a 17.2%. La Red Junín se posiciona en el límite exacto de la categoría con 17.2% de asegurados adultos mayores.
- **Envejecimiento Muy Avanzado:** Ubicado en el cuadrante inferior derecho, agrupa a las redes que superan el 17.2% de adultos mayores asegurados y presentan una TGF

departamental menor o igual a 1.77. Integrado por Lambayeque (LAM), Puno (PUN), Áncash (ANC), Sabogal (SAB), Moquegua (MOQ), Almenara (ALM), Arequipa (ARE), Tacna (TAC) y Rebagliati (REB). La Red Puno se reubica en este cuadrante tras el descenso de su TGF departamental. La Red Prestacional Rebagliati registra la mayor proporción de personas de 60 años a más (22.6%).

Gráfico 6. Etapas del proceso de envejecimiento por Red Asistencial, 2024

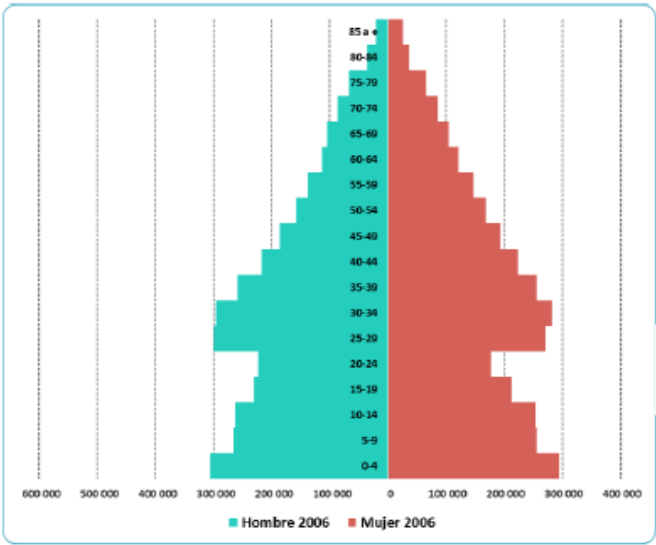


Fuente: EsSalud - Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas- GCSPE.
INEI- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2024
Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GCPP.

3.3.5 Cambios en la estructura etaria de la población asegurada

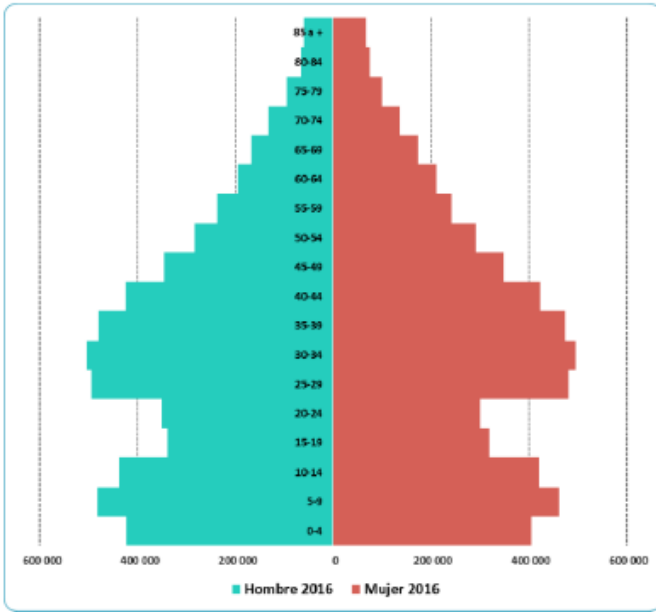
En casi dos décadas, la estructura demográfica de la población asegurada ha experimentado importantes cambios en su estructura por edades, transitando de una población asegurada predominantemente joven a una configuración donde los asegurados mayores de 60 años adquieren un peso cada vez más determinante. Este proceso de transición demográfica se evidencia de manera contundente al contrastar las pirámides poblacionales de los años 2006, 2016, 2022 y la más reciente del año 2025.

Gráfico 7. Distribución de la población por edad y sexo, 2006, 2016, 2022 y 2025
(En número de asegurados)



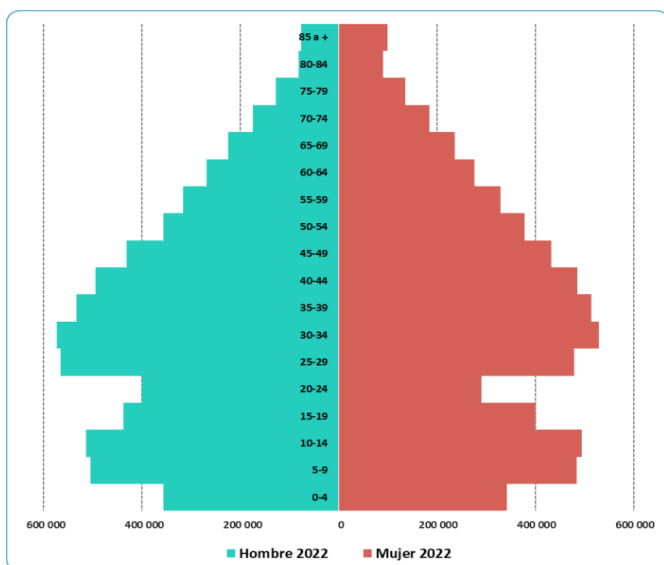
Año 2006

Fuente: EsSalud -
Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas-GCSPE.
Elaboración: EsSalud SGAE/GGI/GC PP.



Año 2016

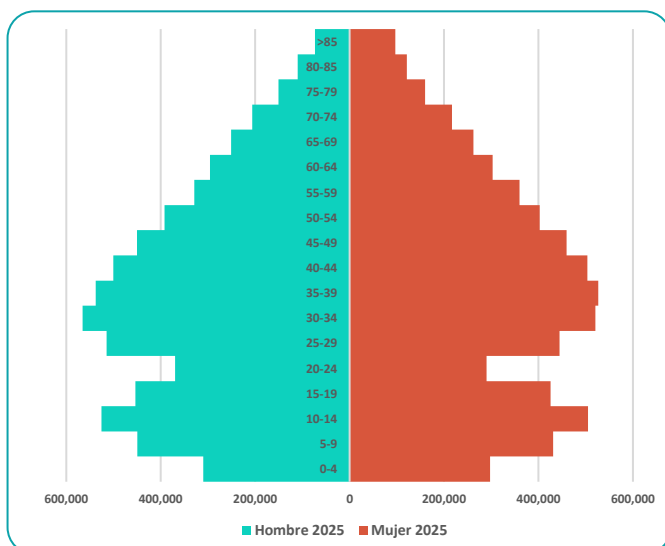
Fuente: EsSalud -
Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas-GCSPE.
Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GC PP.



Año 2022

Fuente: EsSalud -
Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas-GCSPE.

Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GC PP.



Año 2025

Fuente: EsSalud -
Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas-GCSPE.

Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GC PP

Estos cambios en la estructura etaria se observan claramente en la base y la cúspide de la pirámide poblacional asegurada, la cual ha dejado de presentar la forma expansiva observada en el año 2006. Las variaciones en la composición de la población asegurada responden tanto a dinámicas del mercado sociolaboral como al comportamiento de los componentes demográficos fundamentales: fecundidad, mortalidad y migración.

Desde el año 2006 al 2025, se observa que los grupos que concentran a la población en edad activa han modificado su peso relativo, registrando un mayor predominio en varones. Asimismo, en los asegurados menores de 19 años se mantiene una tendencia vinculado al incremento de asegurados titulares que incorporan a sus derechohabientes.

Por otro lado, la estructura del año 2016 respecto a la del 2006 mostró un repunte temporal en el grupo de 0 a 4 años producto de un mayor número de nacimientos, tendencia que se revirtió notablemente hacia los años 2022 y 2025 debido a la contracción sostenida de la natalidad y el descenso de la Tasa Global de Fecundidad.

Finalmente, los datos al año 2025 consolidan el ensanchamiento progresivo de la parte superior de la pirámide, reflejando una mayor representatividad y envejecimiento de la población de la tercera edad. Este fenómeno presenta una marcada feminización en las cohortes más longevas, caracterizada por un mayor número de mujeres aseguradas en comparación con los hombres, como resultado directo de la mayor esperanza de vida de las mujeres.

3.3.6 Envejecimiento y grandes grupos etarios

Como complemento del análisis anterior, se evalúa el proceso de envejecimiento mediante la evolución de tres grandes grupos etarios: 0 a 14 años, 15 a 64 años y 65 años a más.

Al examinar la tendencia histórica, se observa que el grupo de asegurados en edad activa (15 a 64 años) es el que concentra el mayor volumen de población asegurada durante todo el período de análisis. Este bloque pasó de 4 171 290 asegurados en 2006 a 8 643 028 en 2025, lo que representa un incremento de aproximadamente 107 %. El incremento sostenido de este segmento se encuentra asociado principalmente a la incorporación al sistema contributivo de salud en condición de titulares o derechohabientes, impulsado por el dinamismo del empleo formal y el crecimiento demográfico del país.

El ingreso y la permanencia del grupo de asegurados de 15 a 64 años bajo la condición de titulares constituye el principal grupo de asegurados aportantes al Seguro Social de Salud - EsSalud, al generar aportes directos a través de las contribuciones previsionales obligatorias a cargo de las entidades empleadoras.

Respecto a la población asegurada de 65 años a más, los datos estadísticos reflejan un crecimiento sumamente dinámico y sostenido, pasando de 634 186 asegurados en el año 2006 a 1 430 957 en el año 2022, y consolidando su tendencia ascendente hasta registrar 1 647 384 asegurados al cierre del año 2025.

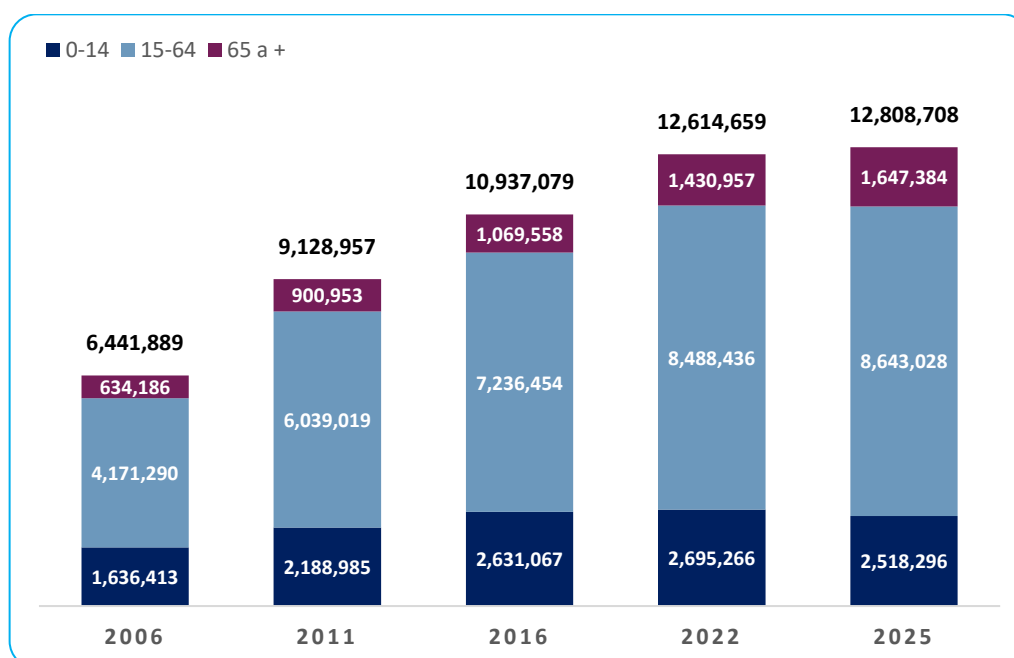
Este incremento resalta la velocidad de la transición demográfica y del envejecimiento estructural dentro de la institución. Una proporción importante de esta población de la tercera edad corresponde a asegurados titulares que se acogen a los beneficios institucionales derivados de la Ley N° 30478. El Artículo 3 de esta norma modificatoria del Privado de Administración de Fondos de Pensiones establece que el afiliado, a partir de los 65 años de edad, podrá elegir entre percibir la pensión bajo cualquier modalidad de retiro o solicitar a la AFP la entrega de hasta el 95.5% del total del fondo disponible en su Cuenta Individual de Capitalización (CIC). El monto equivalente al 4.5% restante de la CIC es retenido y transferido por la AFP directamente a EsSalud, garantizando de forma vitalicia el acceso a las prestaciones de salud y los beneficios del asegurado regular dentro del régimen contributivo de la seguridad social (Ley N° 26790)⁹.

Por el contrario, el segmento infantil y adolescente de 0 a 14 años evidencia señales claras de contracción en el último tramo del horizonte temporal. Tras registrar un crecimiento constante desde el año 2006 (1 636 413 asegurados) hasta alcanzar su inflexión máxima en el año 2022 (2 695 266 asegurados), este bloque experimentó un marcado descenso hacia

⁹ Diario Oficial El Peruano- <https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/30478.pdf>

el año 2025, reduciéndose a 2 518 296 asegurados. Esta contracción en el volumen de los asegurados más jóvenes confirma la desaceleración del reemplazo generacional, explicada por el descenso inercial de la natalidad y de la Tasa Global de Fecundidad analizada previamente en las Redes Asistenciales.

Gráfico 8. Distribución de la población por edad y sexo, 2006, 2011, 2016, 2022 y 2025
(En número de asegurados)



Fuente: EsSalud - Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas- GCSPE
Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GCPP.

3.3.7 Población asegurada No Adulta y Adulta Mayor y tasa de crecimiento

Otra mirada que evidencia que la población asegurada se encuentra en un franco proceso de envejecimiento es la evolución del volumen poblacional y el comportamiento de las tasas de crecimiento anual de los bloques de 0 a 59 años y de 60 años a más de edad. Desde el año 2006 hasta el año 2025, ambos grupos de asegurados registran un incremento en términos absolutos; sin embargo, la velocidad y el ritmo de crecimiento de la población adulta mayor supera de manera sistemática y holgada a la del segmento de 0 a 59 años.

Al analizar la serie histórica, se observa que tras un periodo de expansión inicial que alcanzó picos de crecimiento de 12.1% para el grupo de 0 a 59 años y de 14.5% para el de 60 años a más en el año 2008, las tasas iniciaron una tendencia a la desaceleración. El nivel más alto en la tasa de crecimiento de los asegurados de 60 años a más en el último decenio se registró en el año 2 017 con un 8.1%, marcando una notable distancia frente al modesto 1.2% obtenido por el grupo de menor edad en ese mismo periodo.

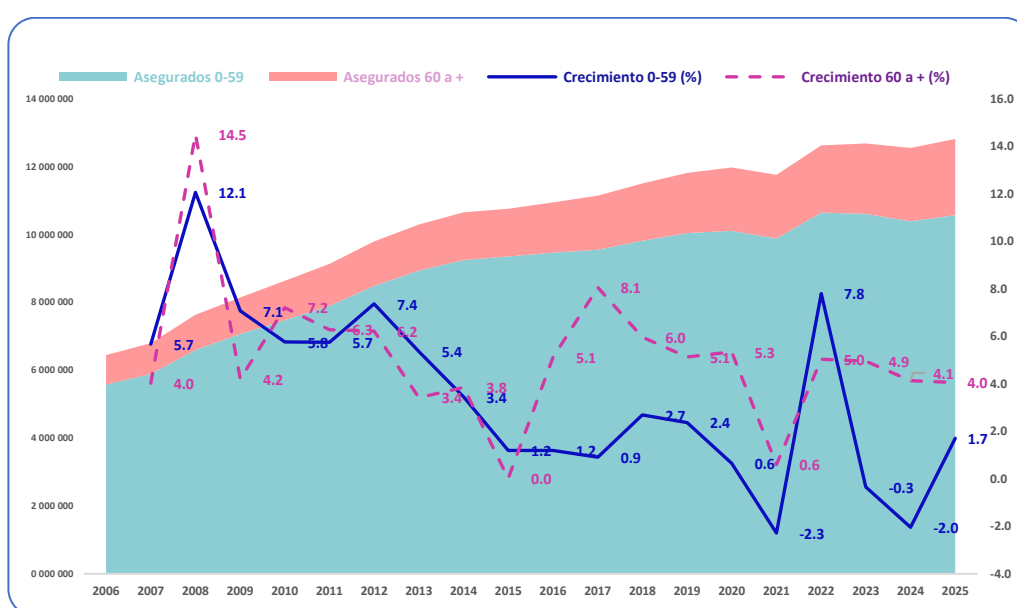
Posteriormente, el indicador de la población adulta mayor presenta una contracción crítica en el año 2021, descendiendo a su punto histórico más bajo de 0.6%. Este comportamiento coincide temporalmente con la emergencia sanitaria por COVID-19, etapa en la cual se registró un exceso de mortalidad severo que impactó con mayor fuerza a los asegurados de

la tercera edad. Paralelamente, el grupo de 0 a 59 años experimentó una caída aún más profunda en ese mismo año, alcanzando una tasa negativa de -2.3%.

Hacia el cierre del periodo analizado, las tasas de crecimiento muestran una tendencia hacia la estabilización. En el año 2025, la tasa de crecimiento de los asegurados de 60 años a más se sitúa en 4.0%, encadenando un comportamiento a la baja, pero estable en los últimos años (luego de registrar 5.0% en 2023 y 4.1% en 2024). Por su parte, la población de 0 a 59 años cierra el año 2025 con una tasa de 1.7%, tras haber atravesado variaciones de -0.3% y -2.0% en los años 2023 y 2024, respectivamente. Esta brecha entre ambas tasas de crecimiento consolida el proceso de envejecimiento demográfico y la transformación de la estructura etaria de la población asegurada.

Gráfico 9. Distribución de la población No Adulta y Adulta mayor según tasa de crecimiento, 2005 – 2025

(En número de asegurados y tasa de crecimiento)



Fuente: EsSalud - Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas- GCSPE

Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GCPP.



CAPÍTULO IV.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES

CAPÍTULO IV CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES

Como se mencionó en el capítulo anterior el número de asegurados de 60 a más años de edad en relación al total de asegurados se va incrementando en número de asegurados como en representatividad porcentual.

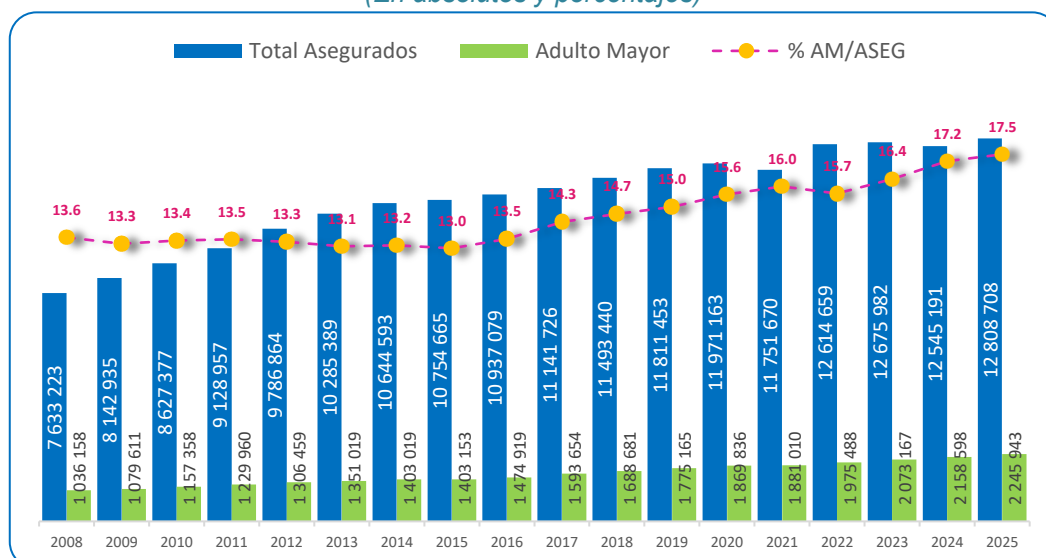
4.1 Participación de asegurados de 60 a más años en relación al total de asegurados, 2008-2025.

En el transcurso de los últimos diecisiete años, la población asegurada de 60 años y más de edad ha experimentado un crecimiento histórico dentro del sistema contributivo. Este segmento registró un incremento absoluto de 1 209 785 adultos mayores, elevando su volumen de 1 036 158 asegurados en el año 2008 a un pico de 2 245 943 asegurados al cierre del año 2025. Este comportamiento exponencial en términos absolutos evidencia la acelerada velocidad de la transición demográfica que presiona de manera inercial la estructura prestacional de la institución.

Si bien en el septenio comprendido entre los años 2008 y 2015 el porcentaje de representatividad de este grupo poblacional respecto al total de afiliados se mantuvo relativamente estable —oscilando entre un techo de 13.6% y un punto mínimo de 13.0%—, es a partir del año 2015 que se consolida un cambio de tendencia estructural e irreversible.

Desde dicho periodo, la proporción de adultos mayores inició un ascenso sostenido, escalando del 13.0% (2015) al 16.0% en el año 2021. Posteriormente, este indicador superó las medias nacionales previas al alcanzar un 16.4% en el año 2023, desplazarse hacia un 17.2% en el año 2024, y consolidar un máximo de 17.5% al cierre del año 2025. Este patrón reafirma que el envejecimiento de la población asegurada ya no es un fenómeno coyuntural, sino una condición estructural que redefine la demanda de servicios de salud a nivel nacional.

Gráfico 10. Participación de 60 a más años en relación al total de asegurados, 2008-2025
(En absolutos y porcentajes)



Fuente: EsSalud - Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas- GCSPE

Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GCPP.

4.2 Por sexo del asegurado

La literatura demográfica y gerontológica internacional señala de forma unánime que el proceso de transición demográfica presenta una marcada prevalencia femenina, un fenómeno estructural del cual la población asegurada de EsSalud no es ajena. A través del horizonte temporal analizado, el volumen de aseguradas mujeres de 60 años y más ha superado de manera sistemática al de los varones del mismo cohorte etario, consolidando la tendencia de una mayor sobrevivencia y una esperanza de vida superior para las mujeres dentro del sistema contributivo de la seguridad social.

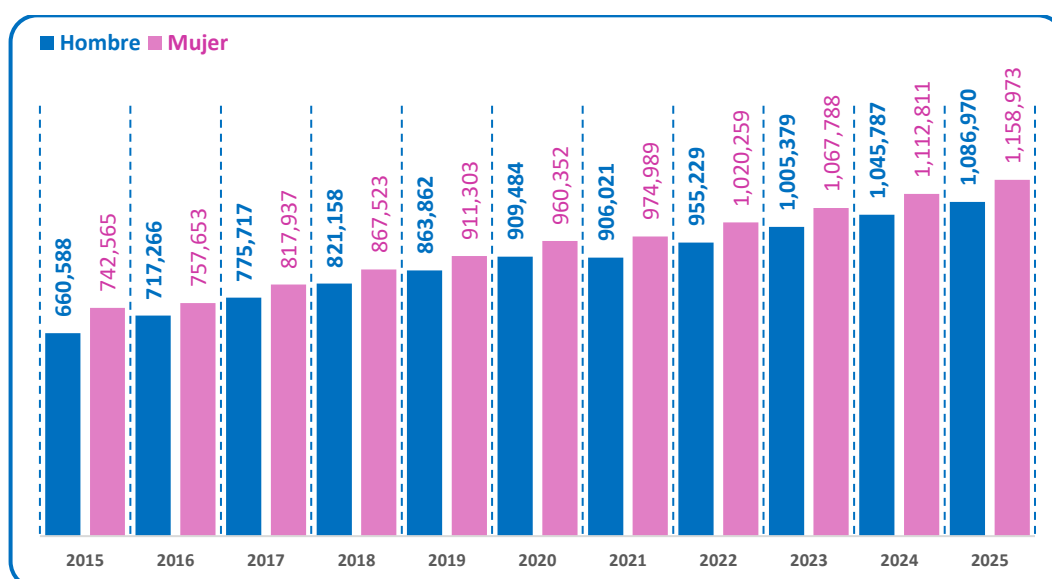
Esta diferencia por sexo se hace evidente al examinar la serie histórica reciente. Al inicio del periodo en el año 2015, el bloque de adultas mayores registraba 742 565 aseguradas frente a 660 588 varones. Hacia el periodo previo a la crisis sanitaria, en el año 2019, la población femenina alcanzó las 911 303 aseguradas, manteniendo su hegemonía frente a los 863 862 asegurados varones.

Durante la emergencia sanitaria por COVID-19 se observó una evolución diferenciada según sexo. La población femenina de 60 años a más mantuvo una tendencia creciente, pasando de 960 352 aseguradas en 2020 a 974 989 en 2021; en contraste, la población masculina disminuyó de 909 484 a 906 021 asegurados. Este comportamiento amplió temporalmente la diferencia numérica entre mujeres y hombres dentro de la población adulta mayor asegurada, sin que los datos analizados permitan establecer las causas específicas de dicha variación.

En la etapa pospandemia, ambos grupos retomaron su crecimiento inercial, se mantuvo el predominio femenino dentro de la población adulta mayor, ampliándose progresivamente la diferencia respecto de los hombres. Para el año 2023, las mujeres de la tercera edad sumaron 1 067 788 aseguradas frente a 1 005 379 varones; en el año 2024 la relación se trasladó a 1 112 811 mujeres frente a 1 045 787 hombres.

Finalmente, al cierre del año 2025, el fenómeno de la feminización del envejecimiento se consolida históricamente en la institución al registrarse un pico de 1 158 973 adultas mayores frente a 1 086 970 asegurados varones. Este escenario proyecta un desafío diferenciado para la planificación de la gestión asistencial de EsSalud, orientando la necesidad futura hacia servicios gerontogeriátricos de larga estancia, programas de soporte social y coberturas de salud especializadas con un claro enfoque de género en la vejez.

Gráfico 11. Número de adulto mayor por sexo del asegurado, 2015 - 2025



Fuente: EsSalud, GCSPE/ Gerencia de Acceso y Acreditación del Asegurado.
Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GCPP.

4.3 Crecimiento de la población asegurada adulta mayor

En el acápite previo se analizó el crecimiento poblacional en números absolutos de los asegurados de la tercera edad; en esta sección se examina el ritmo y la velocidad de dicha evolución mediante la tasa de crecimiento anual. Evaluando el horizonte temporal desde el año 2008 hasta el año 2025, se observa que el indicador se ha mantenido mayoritariamente en terreno positivo, con la única excepción del estancamiento estructural registrado en el año 2015, donde la tasa se fijó en 0.0%. Este comportamiento general reafirma que, año tras año, un volumen de asegurados cada vez más denso se incorpora al cohorte de 60 años y más de edad.

Al examinar la serie histórica, el mayor ritmo de expansión institucional se registró en el periodo interanual 2016-2017, alcanzando un pico máximo de 8.1%. Posterior a este hito, el indicador mostró una desaceleración progresiva que se profundizó críticamente debido a la emergencia sanitaria global. En el año 2021, la tasa de crecimiento descendió a su punto histórico más bajo con un 0.6%, coincidió con el periodo de emergencia sanitaria por COVID-19.

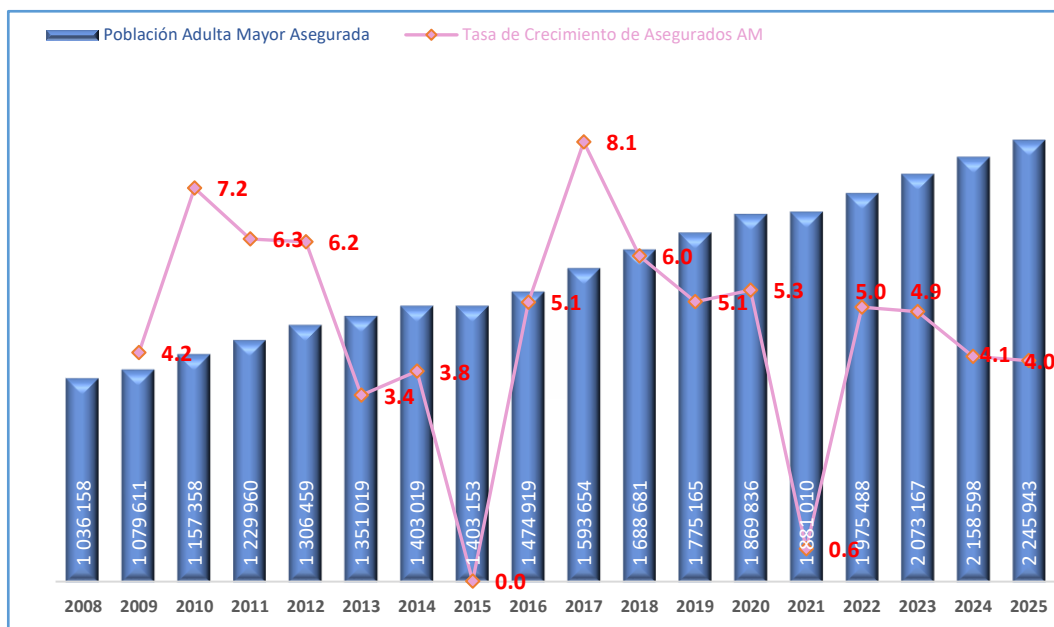
En la etapa de postpandemia, el ritmo de crecimiento institucional experimentó una recuperación inmediata y una posterior estabilización estructural. En el año 2022 la tasa se situó en 5.0%, atenuándose levemente a 4.9% en el año 2023 y a 4.1% en el año 2024.

Finalmente, al cierre del año 2025, la población adulta mayor consolidó su tendencia inercial con una tasa de crecimiento del 4.0%, alcanzando un volumen de 2 245 943 asegurados dentro de este grupo etario.

Esta estabilización en torno al 4.0% denota que la base de la tercera edad continúa expandiéndose. Este dinamismo inercial confirma la transformación de la estructura demográfica interna de EsSalud, planteando una presión sostenida para la planificación

estratégica de los servicios asistenciales de mediana y larga estancia, tanto para la sostenibilidad financiera del seguro regular.

Gráfico 12. Crecimiento de la población asegurada adulto mayor, 2008-2025
(En absolutos y porcentajes)



Fuentes: ESSALUD- Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas.
Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GCPP.

4.4 Adulto Mayor por Curso de Vida

Como se mencionó anteriormente, la mayor esperanza de vida conlleva a que más asegurados lleguen a cumplir 60 a más años de edad, formando el grupo poblacional de adultos mayores.

Asimismo, los datos demuestran que, conforme se avanza en edad, es mayor el porcentaje de crecimiento relativo dentro del grupo de adultos mayores. Mientras que el ritmo de variación anual de los asegurados de la tercera edad (60 a 74 años) se ubicó en 4.7%, el bloque de centenarios (100 a más años) lideró el dinamismo demográfico con una tasa de crecimiento expansiva del 12.3%. Esta aceleración en las cohortes más avanzadas consolida el fenómeno del envejecimiento sobre el envejecimiento dentro de la población asegurada de EsSalud.

Tabla 5. Variación de Asegurados Adultos Mayores por Curso de Vida, años 2016-2025
(En absolutos y porcentajes)

Curso de Vida	Grupos de edad	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Incremento Promedio anual 2025/2016	
												Absolutos	%
Total		1 474 919	1 593 654	1 688 681	1 775 165	1 869 836	1 881 010	1 975 488	2 073 167	2 158 598	2 245 943	85 669	4.8%
Tercera edad	60-74	1 013 210	1 086 827	1 159 729	1 221 373	1 287 746	1 293 542	1 364 027	1 428 027	1 480 891	1 534 215	57 889	4.7%
Cuarta edad	75-89	420 018	454 802	472 017	492 359	515 499	520 031	541 787	573 224	601 742	632 015	23 555	4.6%
Longevos	90-99	40 561	50 410	55 221	59 597	64 458	65 109	67 217	69 353	73 072	76 514	3 995	7.3%
Centenarios	100 a más	1 130	1 615	1 714	1 836	2 133	2 328	2 457	2 563	2 893	3 199	230	12.3%

Nota: El incremento promedio anual (personas) se calculó como la diferencia entre los valores de 2025 y 2016 dividida entre los nueve intervalos anuales del periodo. El % se estimó mediante la fórmula $\left(\frac{V_f}{V_i}\right)^{\frac{1}{n}} - 1$

Fuente: EsSalud - Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas- GCSPE

Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GCPP.

4.5 Número de Asegurados por Curso de Vida, según principales características

Al analizar la composición interna de la población adulta mayor en EsSalud por sexo, se evidencia que conforme se incrementa la edad cronológica, la representatividad de las aseguradas mujeres supera de manera asimétrica a la de los varones, consolidando el fenómeno de la feminización de la vejez dentro del sistema previsional. Al evaluar comparativamente los años extremos del periodo (2021 y 2025), se identifican las siguientes dinámicas por curso de vida:

- **Tercera edad (60 a 74 años):** Este bloque base se expandió de 1 293 542 asegurados en el año 2021 a 1 534 215 en el año 2025. Al cierre del periodo, la población femenina consolidó una ligera mayoría absoluta al representar el 50.9% (781 346 aseguradas) de este segmento.
- **Cuarta edad (75 a 89 años):** Registró un incremento absoluto de 111 984 personas, alcanzando un volumen de 632 015 asegurados en el año 2025. En esta cohorte, la diferencia en la participación por sexo se amplía, ubicando la participación femenina en un 52.3% (330 469 aseguradas).
- **Longevos (90 a 99 años):** Este segmento poblacional creció de 65 109 a 76 514 asegurados entre ambos periodos. La asimetría por sexo se profundiza notablemente en este grupo, elevando la presencia de mujeres al 58.9% del total (45 080 aseguradas).
- **Centenarios (100 a más años):** Registró el mayor dinamismo relativo del periodo al pasar de 2 328 a 3 199 personas, lo que representa un incremento neto de 871 casos de extrema longevidad. En esta cohorte terminal, la dominancia femenina es contundente, concentrando el 65.0% de la población total (2 078 aseguradas).

Por tipo de asegurado, la estructura previsional de la institución muestra una estabilidad significativa. En el año 2021, el 80.3% de los adultos mayores figuraban bajo la condición de titulares y el 19.7% como derechohabientes; para el año 2025, la distribución porcentual se mantuvo casi inalterada, registrando un 81.7% de asegurados titulares (1 834 937 personas) y un 18.3% de derechohabientes (411 006 personas).

En el análisis de las coberturas específicas, mientras que el volumen de "solicitantes de pensión" bajo regímenes tradicionales se mantiene en niveles mínimos (5 casos en 2021 y 4 en 2025), los asegurados adscritos al beneficio de la Ley N.º 30478 (retención del 4.5% del fondo de las AFP) evidenciaron una expansión masiva. Este grupo especial escaló de 227 725 beneficiarios en el año 2021 a 382 818 en el año 2025, concentrándose de forma predominante en el tramo de la tercera edad. Por el contrario, las modalidades secundarias como el seguro agrario (24 416 casos en 2025) y los seguros potestativos (8 681 casos en 2025) se contraen drásticamente conforme avanza la edad de los afiliados, focalizándose casi exclusivamente en el tramo de 60 a 74 años.

Finalmente, el patrón de adscripción institucional por nivel de complejidad asistencial se mantiene inalterado en su jerarquía estructural. La mayor cantidad de adultos mayores adscritos se concentra en establecimientos de Nivel I, los cuales pasaron de albergar 1 187 076 adultos mayores en el año 2021 a 1 366 772 en el año 2025. Por su parte, los centros asistenciales de Nivel II cerraron el horizonte temporal de análisis dando cobertura a 879 171 asegurados de la tercera edad.

Tabla 6. Principales características del adulto mayor, 2021 y 2025
(Números Absolutos)

Principales características	Total 2021	Curso de Vida del AM				Total 2025	Curso de Vida del AM			
		Tercera edad	Cuarta edad	Longevos	Centenarios		Tercera edad	Cuarta edad	Longevos	Centenarios
		2021					2025			
Total	1 881 010	1 293 542	520 031	65 109	2 328	2 245 943	1 534 215	632 015	76 514	3 199
Hombre	906 021	630 304	246 492	28 370	855	1 086 970	752 869	301 546	31 434	1 121
Mujer	974 989	663 238	273 539	36 739	1 473	1 158 973	781 346	330 469	45 080	2 078
Tipo de Asegurado										
Titular	1 511 302	1 000 096	446 745	62 227	2 234	1 834 937	1 210 819	547 711	73 273	3 134
Derechohabiente	369 708	293 446	73 286	2 882	94	411 006	323 396	84 304	3 241	65
Tipos de seguro										
Asegurados regulares 1/	1 620 853	1 052 676	501 866	64 031	2 280	1 830 024	1 156 233	595 449	75 201	3 141
Trabajador Activo 2/	499 176	473 800	24 476	860	40	626 070	595 472	29 315	1 246	37
Pensionista (ONP o AFP)/Pens.Ex CBSSP 3	1 075 180	537 782	472 268	62 896	2 234	1 150 036	513 215	560 006	73 717	3 098
Trabajador del Hogar, Ley 27986	25 393	21 175	4 048	168	2	25 207	20 087	4 888	227	5
Pescador Artesanal	1 584	951	525	105	3	1 058	842	206	9	1
Contra. Administ. Serv (CAS)	1 952	18 968	549	2	1	27 653	26 617	1 034	2	0
Asegurados agrarios	22 965	18 763	3 917	278	7	24 416	21 168	2 938	304	6
Agrario Dependiente	10 600	10 402	198	0	0	16 821	16 582	234	5	0
Agrario Independiente	12 357	8 354	3 718	278	7	7 592	4 584	2 703	299	6
Actividad Acuicola (especies acuáticas)	8	7	1	0	0	3	2	1	0	0
Seguros Potestativos 4/	9 462	4 363	4 324	740	35	8 681	3 993	3 822	817	49
Plan Protección Total y Plan Protección Vital	3 009	488	2 073	427	21	1 820	107	1 271	415	27
EsSalud Independiente Personal-Familiar	368	331	37	0	0	285	194	90	1	0
EsSalud Independiente (antiguo)	3 503	2 060	1 288	149	6	2 026	1 008	896	113	9
+ Salud Seguro Potestativo	2 582	1 484	926	164	8	4 550	2 684	1 565	288	13
Otras Coberturas	227 730	217 740	9 924	60	6	382 822	352 821	29 806	192	3
Solicitante de Pensión	5	3	2	0	0	4	1	2	1	0
Beneficiario Ley 30478	227 725	217 737	9 922	60	6	382 818	352 820	29 804	191	3
Nivel del Estab. de Adscripción										
Nivel I	1 187 076	804 449	338 521	42 582	1 524	1 366 772	922 960	393 358	48 394	2 060
Nivel II	693 934	489 093	181 510	22 527	804	879 171	611 255	238 657	28 120	1 139

Nota: Grupos de Edad, Tercera edad (de 60 a 74 años), Cuarta edad (de 75 a 89 años), Longevos (de 90 - 99 años) y Centenarios (de 100 a más años).

1/ Comprende a Trabajadores dependientes, del Hogar, Construcción Civil, Trabajador Portuario, Pescador y Procesador artesanal independiente, trabajadores pensionistas ex afiliados a la Caja de Beneficios y Seguridad Social, pensionista, beneficiarios de la Ley N° 30425, modificado por la Ley N° 30478.

2/ Población Asegurada Activa: Asegurados titulares declarados por SUNAT, que hayan presentado movimiento en el último año con sus respectivos derechohabientes.

3/ Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador.

4/ Trabajadores independientes, profesionales técnicos, artesanos, comerciantes, transportistas y artistas. Asimismo, universitarios, practicantes que no se encuentren afiliados en el SIS.

Fuente: EsSalud - Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas- GCSPE

Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GCPP.

En Porcentajes

Por sexo del asegurado, se observa que conforme aumenta la edad cronológica, la representatividad de las aseguradas mujeres se incrementa de manera sostenida frente a la de los varones, consolidando la feminización de la vejez dentro del sistema contributivo. En el grupo correspondiente a la tercera edad (60 a 74 años), las mujeres representan el 50.9% de la población (lo que equivale a 51 mujeres por cada 100 asegurados). Esta diferencia demográfica por sexo es más pronunciada en el tramo de los centenarios (100 a más años), donde el porcentaje de mujeres se eleva al 65.0% (registrando una equivalencia de 65 mujeres por cada 100 asegurados en esta cohorte terminal).

Por tipo de asegurado, se mantiene una estructura institucional sumamente estable caracterizada por el claro predominio de los asegurados titulares sobre los derechohabientes. Al cierre del año 2025, por cada 100 asegurados adscritos al bloque de la tercera edad, 79 figuran como titulares (78.9%) y 21 mantienen la condición de derechohabientes (21.1%). Este patrón previsional se acentúa radicalmente en el grupo de 100 a más años, donde 98 de cada 100 personas registran como titulares (98.0%) y solo 2 de cada 100 conservan la condición de derechohabientes (2.0%).

En relación con la modalidad y tipo de seguro, el 75.4% de los asegurados pertenecientes a la tercera edad (60 a 74 años) se encuentran adscritos bajo el régimen de asegurados regulares. Evaluados de forma independiente sobre el total de esta misma cohorte, un 38.8% se mantiene dentro del mercado laboral formal como trabajadores activos, mientras que el 33.5% percibe una jubilación en calidad de pensionista. Conforme avanza el curso de vida, el porcentaje de pensionistas se incrementa notablemente a la par que cesa la actividad laboral formal; de este modo, en el grupo de longevos (90 a 99 años), la concentración previsional se vuelve casi absoluta, registrando que 96 de cada 100 asegurados (96.3%) pertenecen formalmente a la condición de pensionistas.

Tabla 7. Principales características del adulto mayor, 2021 y 2025
(Porcentajes)

Principales características	Total 2021	Curso de Vida del AM				Total 2025	Curso de Vida del AM			
		Tercera edad	Cuarta edad	Longevos	Centenarios		Tercera edad	Cuarta edad	Longevos	Centenarios
2021						2025				
Total	100.	100.	100.	100.	100.	100	100	100	100	100
Hombre	48.2	48.7	47.4	43.6	36.7	48.4	49.1	47.7	41.1	35.0
Mujer	51.8	51.3	52.6	56.4	63.3	51.6	50.9	52.3	58.9	65.0
Tipo de Asegurado										
Titular	80.3	77.3	85.9	95.6	96.0	81.7	78.9	86.7	95.8	98.0
Derechohabiente	19.7	22.7	14.1	4.4	4.0	18.3	21.1	13.3	4.2	2.0
Tipos de seguro										
Asegurados regulares 1/	86.2	81.4	96.5	98.3	97.9	81.5	75.4	94.2	98.3	98.2
Trabajador Activo 2/	26.5	36.6	4.7	1.3	1.7	27.9	38.8	4.6	1.6	1.2
Pensionista(ONP o AFP)/Pens.Ex CBSSP 3	57.2	41.6	90.8	96.6	96.0	51.2	33.5	88.6	96.3	96.8
Trabajador del Hogar, Ley 27986	1.3	1.6	0.8	0.3	0.1	1.1	1.3	0.8	0.3	0.2
Pescador Artesanal	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
Contra. Administ. Serv (CAS)	0.1	1.5	0.1	0.0	0.0	1.2	1.7	0.2	0.0	0.0
Asegurados agrarios	1.2	1.5	0.8	0.4	0.3	1.1	1.4	0.5	0.4	0.2
Agrario Dependiente	0.6	0.8	0.0	0.0	0.0	0.7	1.1	0.0	0.0	0.0
Agrario Independiente	0.7	0.6	0.7	0.4	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.2
Actividad Acuicola (especies acuáticas)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Seguros Potestativos 4/	0.5	0.3	0.8	1.1	1.5	0.4	0.3	0.6	1.1	1.5
Plan Protección Total y Plan Protección Vital	0.2	0.0	0.4	0.7	0.9	0.1	0.0	0.2	0.5	0.8
EsSalud Independiente Personal-Familiar	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
EsSalud Independiente (antiguo)	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.1	0.1	0.1	0.1	0.3
+ Salud Seguro Potestativo	0.1	0.1	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.4	0.4
Otras Coberturas	12.1	16.8	1.9	0.1	0.3	17.0	23.0	4.7	0.3	0.1
Solicitante de Pensión	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Beneficiario ley 30478	12.1	16.8	1.9	0.1	0.0	17.0	23.0	4.7	0.2	0.1
Nivel del Estab. de Adscripción										
Nivel I	63.1	62.2	65.1	65.4	65.5	60.9	60.2	94.6	63.2	64.4
Nivel II	36.9	37.8	34.9	34.6	34.5	39.1	39.8	57.4	36.8	35.6

Nota: Grupos de Edad, Tercera edad (de 60 a 74 años), Cuarta edad (de 75 a 89 años), Longevos (de 90 - 99 años) y Centenarios (de 100 a más años).

1/ Comprende a Trabajadores dependientes, del Hogar, Construcción Civil, Trabajador Portuario, Pescador y Procesador artesanal independiente, trabajadores pensionistas ex afiliados a la Caja de Beneficios y Seguridad Social, pensionista, beneficiarios de la Ley N° 30425, modificado por la Ley N° 30478.

2/ Población Asegurada Activa: Asegurados titulares declarados por SUNAT, que hayan presentado movimiento en el último año con sus respectivos derechohabientes.

3/ Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador.

4/ Trabajadores independientes, profesionales técnicos, artesanos, comerciantes, transportistas y artistas. Asimismo, universitarios, practicantes que no se encuentren afiliados en el SIS.

Fuente: EsSalud - Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas- GCSPE

Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GCPP.

4.6 Distribución Territorial del Asegurado Adulto Mayor

El proceso de envejecimiento poblacional oculta diferencias geográficas. Por la teoría de la transición demográfica, las zonas urbanas son las más adelantadas en el proceso de envejecimiento poblacional y albergan al mayor número de población de 60 años a más de edad.

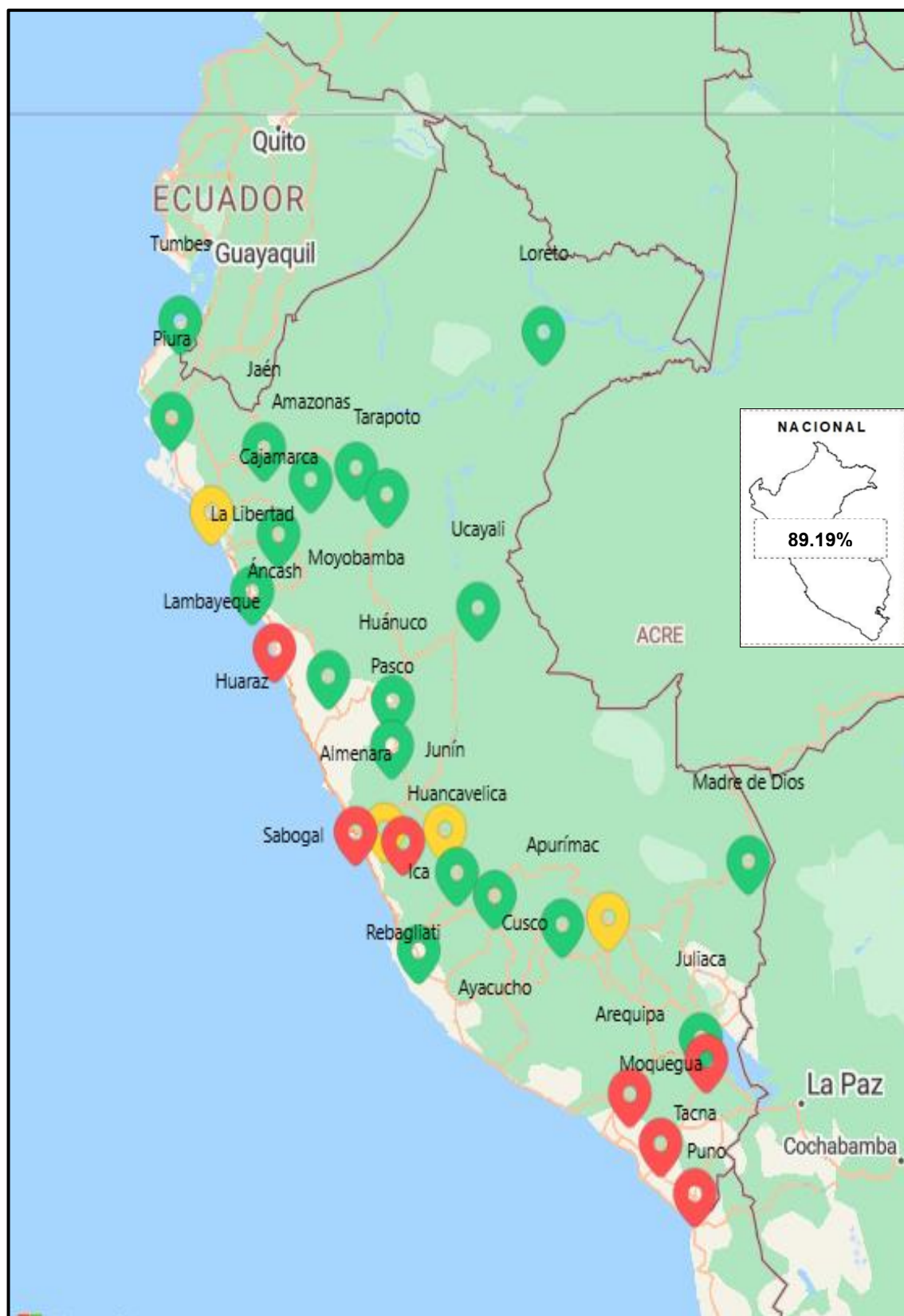
La población asegurada de EsSalud, generalmente reside en zonas urbanas como se puede apreciar en los mapas geográficos que se presentan para los años 2018 y 2025.

Mapa 1. Adultos Mayores por Red Asistencial e Índice de Envejecimiento, 2018



Elaboración propia realizada con información de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas.

Mapa 2. Adultos Mayores por Red Asistencial e Índice de Envejecimiento, 2025



Elaboración propia realizada con información de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas.

4.7 Análisis Evolutivo del Índice de Envejecimiento (2018 vs. 2025)

A nivel nacional, el índice de envejecimiento demográfico experimentó un incremento considerable, pasando de 61.02 % en 2018 a 89.19 % en 2025. En términos prácticos, esto significa que mientras en 2018 coexistían aproximadamente 61 personas de 60 años a más por cada 100 niños de 0 a 14 años, apenas siete años después la cifra se elevó a 89 adultos mayores por cada 100 menores.

Para evaluar la situación particular de cada red asistencial bajo un criterio estandarizado y reproducible, se implementó una categorización basada en un semáforo de tres niveles (Alto, Medio y Bajo). Esta metodología toma como referencia el Índice de Envejecimiento Nacional de cada año evaluado y aplica una ventana de tolerancia del 10 % por debajo de este valor para definir el rango intermedio, lo que garantiza la comparabilidad de los datos frente al proceso de transición demográfica del periodo:

Metodología de Clasificación Territorial para el Semáforo de Envejecimiento

Categoría (Nivel)	Color	Criterio Metodológico	Año 2018 (I2 018=61.02%)	Año 2025 (I2025=89.19%)	Interpretación Técnica
Alto	●	$I_{red} \geq I_{nacional}$	$\geq 61.02\%$ (De Rebagliati a Lambayeque)	$\geq 89.19\%$ (De Rebagliati a Sabogal)	Redes con un proceso de envejecimiento superior o igual al Índice de Envejecimiento Nacional.
Medio	●	$0.9 \times I_{nacional} \leq I_{red} < I_{nacional}$	De 54.92% a 61.01% (De Junín a Sabogal)	De 80.27% a 89.18% (De Lambayeque a Cusco)	Redes con niveles de envejecimiento cercanos al Índice de Envejecimiento Nacional (rango de tolerancia del 10%).
Bajo	●	$I_{red} < 0.9 \times I_{nacional}$	$< 54.92\%$ (De Cusco a Madre de Dios)	$< 80.27\%$ (De Juliaca a Moyobamba)	Redes con una estructura demográfica predominantemente joven o menor índice de envejecimiento relativo.

$$\text{Donde: } I_{red} = \left(\frac{\text{Población } \geq 60 \text{ años}}{\text{Población de 0 a 14 años}} \right) \times 100$$

● Alto Envejecimiento

Agrupar a las redes asistenciales con una transición demográfica avanzada y una alta concentración de adultos mayores.

- En 2018: Un total de 8 redes se ubicaron en este nivel por superar el índice de ese año: Rebagliati (89.6%), Áncash (72.6%), Tacna (72.0%), Almenara (68.3%), Puno (68.3%), Arequipa (67.8%), Moquegua (66.3%) y Lambayeque (63.9%).
- En 2025: Se mantuvo la cantidad de 8 redes, pero con un cambio en la región Lambayeque y Sabogal, además de señalar que el índice de envejecimiento superó el 100%, registrando más adultos mayores que niños. Este bloque lo conforman Rebagliati (138.0%), Tacna (118.2%), Puno (106.7%), Moquegua (102.9%), Almenara (102.7%), Áncash (96.6%), Arequipa (95.3%) y Sabogal (90.2%).

● Medio (En promedio)

Identifica a las redes en una etapa de transición demográfica intermedia, cuyo ritmo de envejecimiento avanza de manera estable y alineada con la tendencia país.

- 2018 (Rango 54.92% - 61.01%): El bloque intermedio concentró solo a 2 redes: Junín (60.4%) y Sabogal (58.4%).
- En 2025 (Rango 80.27% - 89.18%): Este segmento se expandió a 3 redes: Lambayeque (86.3%), Junín (85.1%) y Cusco (83.1%). Esta evolución evidencia cómo regiones históricamente consideradas "jóvenes" han migrado formalmente a la madurez demográfica.

● Bajo Envejecimiento / Población Joven

Representa a los territorios con estructuras poblacionales predominantemente jóvenes, donde la base infantil supera con holgura al grupo de adultos mayores (índices inferiores al 54.92% en 2018 y al 80.27% en 2025, según el criterio metodológico adoptado).

- En 2018: La gran mayoría del país compartía esta condición, sumando un total de 19 redes (desde Cusco con 53.8% hasta Madre de Dios con 25.1 %). Los menores índices de envejecimiento correspondían a Madre de Dios (25.1 %) y Moyobamba (29.6 %)
- En 2025: Este grupo mantiene un total de 19 redes (desde Juliaca con 75.7 % hasta Moyobamba con 46.0%), debido a la incorporación de la Red Jaén (48.2 %) desde el 2022. La tendencia general al envejecimiento causó que las dos redes con menor índice en 2018 incrementaran sus tasas siete años después: Madre de Dios ascendió a 46.1 % y Moyobamba a 46.0 %.

Tabla 8. Índice de Envejecimiento por Red Asistencial, 2018 y 2025
(Absolutos y porcentuales)

Año 2018				Año 2025			
REDES ASISTENCIALES	0 – 14 años	60 años a más	Índice de Envejecimiento %	Red Asistencial	Asegurados	Asegurados Adulto Mayor	Índice de Envejecimiento (%)
Total	2 767 568	1 688 681	61.02	Nacional	2 518 296	2 245 943	89.19
REBAGLIATI	420 449	376 764	89.61	REBAGLIATI	354 285	488 900	138.00
ÁNCASH	53 648	38 972	72.64	TACNA	22 780	26 916	118.16
TACNA	25 823	18 599	72.02	PUNO	18 850	20 107	106.67
ALMENARA	371 367	253 658	68.30	MOQUEGUA	19 640	20 206	102.88
PUNO	21 530	14 703	68.29	ALMENARA	308 220	316 477	102.68
AREQUIPA	159 555	108 223	67.83	ÁNCASH	50 774	49 028	96.56
MOQUEGUA	22 617	15 004	66.34	AREQUIPA	152 090	144 905	95.28
LAMBAYEQUE	147 218	94 133	63.94	SABOGAL	392 673	354 506	90.28
JUNÍN	90 857	54 836	60.35	LAMBAYEQUE	130 014	112 244	86.33
SABOGAL	453 193	264 856	58.44	JUNÍN	84 570	72 005	85.14
CUSCO	76 731	41 294	53.82	CUSCO	74 585	61 992	83.12
LA LIBERTAD	173 837	93 044	53.52	JULIACA	32 383	24 525	75.73
JULIACA	32 033	16 501	51.51	LA LIBERTAD	167 980	123 504	73.52
ICA	127 087	64 476	50.73	ICA	116 508	84 034	72.13
PIURA	175 630	79 830	45.45	AYACUCHO	24 591	17 689	71.93
HUARAZ	28 012	12 727	45.43	HUARAZ	26 684	18 642	69.86
AYACUCHO	26 480	11 873	44.84	TUMBES	18 544	11 567	62.38
HUÁNUCO	43 200	18 466	42.75	PIURA	174 723	108 004	61.81
TUMBES	19 498	7 856	40.29	APURÍMAC	22 043	13 478	61.14
TARAPOTO	29 141	11 445	39.27	TARAPOTO	30 254	18 420	60.88
APURÍMAC	20 872	8 129	38.95	HUÁNUCO	44 104	26 434	59.94
AMAZONAS	17 484	6 378	36.48	LORETO	62 218	35 938	57.76
PASCO	25 906	9 146	35.30	CAJAMARCA	47 889	25 668	53.60
LORETO	69 879	24 615	35.23	PASCO	22 510	11 923	52.97
HUANCAVELICA	19 418	6 531	33.63	AMAZONAS	17 757	9 293	52.33
CAJAMARCA	49 731	16 431	33.04	HUANCAVELICA	18 353	9 478	51.64
UCAYALI	41 412	13 292	32.10	UCAYALI	44 158	21 741	49.23
MOYOBAMBA	14,156	4 186	29.57	JAÉN	14 015	6 761	48.24
MADRE DE DIOS	10 804	2 713	25.11	MADRE DE DIOS	10 471	4 828	46.11
				MOYOBAMBA	14 630	6 730	46.00

Fuente: EsSalud - Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas- GCSPE

Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GCPP.

Nota: En el año 2018 Red Asistencial Jaén no existía, habiendo sido creada oficialmente a partir del año 2022.

Este análisis evalúa la estructura demográfica de la población asegurada y se enfoca exclusivamente en los centros asistenciales cuyo Índice de Envejecimiento supera el promedio nacional de 89.19% (es decir, aquellos con más de 89 adultos mayores por cada 100 niños de 0 a 14 años).

- El Pol. C.C. Víctor Panta Rodríguez de la Red Asistencial Ancash lidera a nivel nacional con un índice atípico de 1 874.32%. Esto equivale a casi 1 900 adultos mayores por cada 100 niños, registrando 22 042 personas de 60 años a más frente a solo 1 176 menores.
- La Red Asistencial Rebagliati concentra dos de los casos más críticos del país: el CAP III San Isidro en el segundo lugar con un índice de 561.57% (32 195 adultos mayores y 5 733 niños) y el Pol. Santa Cruz en el tercer puesto con un índice de 379.69% (13 669 adultos mayores y 3 600 niños).
- El cuarto y quinto lugar corresponden a la P.M. Yauricocha (Red Junín, índice de 350.00%) y la P.M. Construcción Civil (Red Almenara, índice de 333.33%). Sus altos índices se deben a poblaciones totales muy pequeñas (21 y 10 adultos mayores respectivamente) y no a una alta densidad urbana.

Los centros que superan el 89.19% presentan un índice de envejecimiento superior al valor nacional.

Tabla 9. Asegurados según Centro Asistencial e Índice de Envejecimiento, 2025
(Absolutos y porcentuales)

Red Asistencial	Centro Asistencial	Edades		Índice de envejecimiento%
		0-14	60 a +	
Nacional		2 518 296	2 245 943	89.19
RED ASISTENCIAL ANCASH	POL. C.C. VICTOR PANTA RODRIGUEZ	1 176	22 042	1 874.32
RED ASISTENCIAL REBAGLIATI	CAP III SAN ISIDRO	5 733	32 195	561.57
RED ASISTENCIAL REBAGLIATI	POL. SANTA CRUZ	3 600	13 669	379.69
RED ASISTENCIAL JUNIN	P.M. YAURICOCHA	6	21	350.00
RED ASISTENCIAL ALMENARA	P.M. CONSTRUCCION CIVIL	3	10	333.33
RED ASISTENCIAL AREQUIPA	POL. METROPOLITANO AREQUIPA	8 952	25 400	283.74
RED ASISTENCIAL REBAGLIATI	POL. PABLO BERMUDEZ	28 854	81 618	282.87
RED ASISTENCIAL TACNA	CAP I TARATA	133	372	279.70
RED ASISTENCIAL REBAGLIATI	POL. CHINCHA	17 951	49 833	277.61
RED ASISTENCIAL JULIACA	P.M. SANDIA	226	622	275.22
RED ASISTENCIAL TACNA	CAP I YLABAYA	183	494	269.95
RED ASISTENCIAL ALMENARA	CAP III ALFREDO PIAZZA ROBERTS	5 642	14 811	262.51
RED ASISTENCIAL ALMENARA	POL. SAN LUIS	14 871	34 986	235.26
RED ASISTENCIAL REBAGLIATI	CAP III SURQUILLO	8 988	20 356	226.48
RED ASISTENCIAL REBAGLIATI	POL. PROCERES	11 596	25 468	219.63
RED ASISTENCIAL SABOGAL	CAP II PARAMONGA	1 596	3 434	215.16
RED ASISTENCIAL AREQUIPA	CAP III PAUCARPATA	813	1 690	207.87
RED ASISTENCIAL MOQUEGUA	P.M. OMATE	219	417	190.41
RED ASISTENCIAL AREQUIPA	P.M. CORIRE	195	363	186.15
RED ASISTENCIAL ALMENARA	H.III HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU	17 708	31 641	178.68
RED ASISTENCIAL SABOGAL	IPRESS TREBOL - LOS OLIVOS	6 999	12 464	178.08
RED ASISTENCIAL TACNA	P.M. LOCUMBA	187	332	177.54
RED ASISTENCIAL MOQUEGUA	CAP II TORATA	363	644	177.41
RED ASISTENCIAL AREQUIPA	P.M. CARAVELI	122	210	172.13
RED ASISTENCIAL ALMENARA	POL. FRANCISCO PIZARRO	14 586	24 776	169.86
RED ASISTENCIAL ICA	CAP I PALPA	683	1 151	168.52
RED ASISTENCIAL PUNO	CAP II ACORA	683	1 143	167.35
RED ASISTENCIAL ALMENARA	H.II RAMON CASTILLA	29 431	47 467	161.28
RED ASISTENCIAL AREQUIPA	P.M. ATICO	155	248	160.00
RED ASISTENCIAL PUNO	P.M. YUNGUYO	481	766	159.25
RED ASISTENCIAL AYACUCHO	P.M. VILCASHUAMAN	222	353	159.01
RED ASISTENCIAL JULIACA	P.M. HUANCANE	1 380	2 150	155.80
RED ASISTENCIAL APURIMAC	CAP I ANTABAMBA	193	299	154.92
RED ASISTENCIAL REBAGLIATI	H.I CARLOS ALCANTARA BUTTERFIELD	43 233	66 761	154.42
RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE	CAP II PATAPO	2 425	3 614	149.03
RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD	H.II CHOCOPE	2 146	3 120	145.39
RED ASISTENCIAL ANCASH	P.M. PAMPAS - ANCASH	102	147	144.12
RED ASISTENCIAL AREQUIPA	P.M. CHUQUIBAMBA	229	329	143.67
RED ASISTENCIAL TACNA	CAP III METROPOLITANO TACNA	10 297	14 786	143.60
RED ASISTENCIAL SABOGAL	POL. - APP - ALBERTO LEOPOLDO BARTON T.	51 515	73 644	142.96
RED ASISTENCIAL PASCO	P.M. POZUZO	89	125	140.45
RED ASISTENCIAL REBAGLIATI	H.III SUAREZ-ANGAMOS	21 377	29 730	139.07
RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD	C.M. ESPECIALIZADO CASA GRANDE	3 390	4 645	137.02
RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD	H.I ALBRECHT	15 089	20 496	135.83
RED ASISTENCIAL PUNO	P.M. JULI	688	904	131.40
RED ASISTENCIAL REBAGLIATI	POL. - APP - GUILLERMO Kaelin DE LA F.	46 436	60 938	131.23
RED ASISTENCIAL SABOGAL	H.I OCTAVIO MONGRUT MUÑOZ	23 910	31 209	130.53
RED ASISTENCIAL PUNO	CAP III METROPOLITANO DE PUNO	3 881	5 048	130.07
RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE	C.M. CAYALTI	2 722	3 492	128.29
RED ASISTENCIAL CUSCO	C.M. ACOMAYO	404	512	126.73
RED ASISTENCIAL AREQUIPA	P.M. CHUCARAPI	642	813	126.64
RED ASISTENCIAL AYACUCHO	CAP I HUANCASANCOS	207	262	126.57
RED ASISTENCIAL TACNA	CAP I ITE	173	218	126.01
RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE	P.M. UCUPE	597	745	124.79
RED ASISTENCIAL SABOGAL	IPRESS VILLASOL - LOS OLIVOS	8 943	11 062	123.69
RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE	H.II CLINICO TUMAN	5 981	7 384	123.46
RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD	C.M. ASCOPE	760	930	122.37

Fuente: EsSalud, GCSPE/ Gerencia de Acceso y Acreditación del Asegurado.
Elaboración: EsSalud - SGAE/GGI/GCPP.



CAPÍTULO V.

HALLAZGOS PRINCIPALES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V HALLAZGOS PRINCIPALES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Hallazgos Principales

- El crecimiento sostenido de la población adulta mayor asegurada durante el periodo 2019–2025 evidencia una tendencia ascendente, registrándose únicamente una desaceleración temporal durante los años 2020 y 2021, coincidiendo con el periodo de emergencia sanitaria por COVID-19.
- El mayor envejecimiento de la población asegurada respecto de la población nacional refleja que la estructura demográfica de EsSalud presenta una participación relativamente más elevada de personas adultas mayores, configurando un perfil demográfico más envejecido que el observado en el conjunto del país.
- La heterogeneidad territorial del envejecimiento evidencia diferencias marcadas entre las Redes Asistenciales, identificándose redes con niveles de envejecimiento superiores al promedio institucional y otras, principalmente ubicadas en la Amazonía, que mantienen estructuras poblacionales relativamente más jóvenes.
- El incremento de la edad promedio y la transformación de la estructura etaria institucional muestran una tendencia creciente en la mayoría de Redes Asistenciales, reflejando un cambio progresivo en la composición por edades de la población asegurada.
- La feminización del envejecimiento de la población asegurada se manifiesta en el incremento progresivo de la participación de las mujeres conforme aumenta la edad, alcanzando una mayor representación en los grupos de longevos y centenarios.
- El envejecimiento del propio grupo adulto mayor se observa en el crecimiento más acelerado de la población de 75 años a más, mientras que el grupo de 60 a 74 años continúa concentrando la mayor proporción de personas adultas mayores.

5.2 Conclusiones

- Entre 2019 y 2025, la población asegurada de 60 años a más pasó de 1 775 165 a 2 245 943 personas, registrando un incremento absoluto de 470 778 asegurados y alcanzando el 17.5 % del total de asegurados de EsSalud al cierre de 2025. Aunque durante los años 2020 y 2021 se observó una desaceleración asociada al impacto de la pandemia por COVID-19, la evolución del periodo confirma que el envejecimiento constituye una característica demográfica consolidada de la población asegurada.
- En 2025, las personas adultas mayores representaron el 17.5 % de la población asegurada de EsSalud, porcentaje superior al 13.94 % estimado para la población peruana por el INEI (una diferencia de aproximadamente 3.6 puntos porcentuales). Estos resultados evidencian que la población asegurada presenta un grado de envejecimiento más avanzado que el observado en el ámbito nacional.
- El análisis territorial muestra que diez Redes Asistenciales registran porcentajes de personas adultas mayores iguales o superiores al promedio institucional (17.5 %),

destacando la Red Prestacional Rebagliati (23.1 %), seguida por Tacna (20.0 %), Áncash (19.5 %), Arequipa (18.9 %) y Almenara (18.9 %), mientras que las Redes Asistenciales ubicadas en la Amazonía presentan los menores niveles de envejecimiento. Estos resultados muestran que el proceso de envejecimiento de la población asegurada presenta una marcada heterogeneidad territorial, lo que evidencia la necesidad de considerar las particularidades demográficas de cada Red Prestacional en la planificación de los servicios de salud y de las prestaciones sociales.

- El incremento de la edad promedio de la población asegurada a nivel nacional, de 35.0 años en 2019 a 37.1 años en 2025, junto con las diferencias observadas entre Redes Asistenciales (que oscilan entre 32.5 a 40.7 años al 2025), evidencia una transformación progresiva de la estructura etaria institucional. Estos resultados muestran que el envejecimiento no solo se expresa en el aumento de la población adulta mayor, sino también en una mayor edad promedio de la población asegurada.
- La composición de la población adulta mayor asegurada evidencia un proceso de feminización del envejecimiento. En 2025, las mujeres representaron el 50.9 % en el grupo de la tercera edad (60 a 74 años), proporción que aumentó a 52.3 % en el grupo de la cuarta edad (75 a 89 años), al 58.9 % entre los longevos (90 a 99 años) y al 65.0 % en la población centenaria (100 años o más). Estos resultados muestran que la participación femenina se incrementa progresivamente conforme avanza la edad, consolidando una mayor representación de mujeres en los grupos de mayor longevidad.
- En 2025, el grupo de 60 a 74 años concentró la mayor proporción de la población adulta mayor asegurada, con 1 534 215 personas, equivalente al 68.3 % del total. Por su parte, los grupos de mayor edad registraron un crecimiento relativo más acelerado durante el periodo analizado: la población de 75 a 89 años alcanzó 632 015 asegurados (28.14 %), la de 90 a 99 años 76 514 (3.41 %) y la de 100 años a más 3 199 personas (0.14 %). Estos resultados evidencian un proceso progresivo de envejecimiento al interior de la propia población adulta mayor asegurada.

5.3 Recomendaciones

- Incorporar el seguimiento del envejecimiento poblacional como un componente permanente de los procesos de análisis y monitoreo institucional, utilizando los indicadores desarrollados en el presente estudio para evaluar periódicamente la evolución demográfica de la población asegurada.
- Poner a disposición de las áreas competentes los resultados del presente análisis, a fin de que el grado de envejecimiento de la población asegurada sea considerado como uno de los criterios en los procesos de planificación, programación y evaluación de la oferta asistencial.
- Promover estudios complementarios de carácter epidemiológico, asistencial, actuarial, financiero y prospectivo que permitan estimar las implicancias del envejecimiento sobre la demanda futura de servicios, la capacidad de respuesta, los requerimientos de recursos y la sostenibilidad institucional.



GLOSARIO

GLOSARIO

- **Adulto Mayor:** Persona de 60 a más años de edad, caracterizada por los cambios biológicos, psicológicos y sociales que aparecen como consecuencia del tiempo de vida, conforme a lo establecido en la Resolución N° 146-GCPEyS-ESSALUD-2008.
- **Consulta Externa:** Modalidad de atención médica ambulatoria programada que se brinda a los pacientes en consultorios, independiente de los servicios de urgencia u hospitalización.
- **Envejecimiento por Ciclo de Vida:** Clasificación operativa adoptada para el presente informe que subdivide a la población asegurada de 60 años a más en cuatro categorías de análisis: Tercera edad (60 a 74 años), Cuarta edad (75 a 89 años), Longevos (90 a 99 años) y Centenarios (100 a más años).
- **Envejecimiento Poblacional:** Proceso demográfico expresado por el incremento progresivo de la proporción de la población adulta mayor con respecto al total de la población.
- **Índice de Envejecimiento:** Técnica estandarizada utilizada para medir el proceso de envejecimiento, definida como el porcentaje que representa la población mayor de 60 años (P_{60+}) sobre la población menores de 15 años.
- **Paciente:** Persona o individuo que recibe atención de salud formal dentro de los servicios institucionales, diferenciado del concepto de "atención" o "consulta", que refiere al volumen o frecuencia de la actividad médica.
- **Razón de Sexo:** Indicador que expresa la composición por sexo de una población mediante la relación cuantitativa entre hombres y mujeres. Se calcula como el cociente del total de hombres respecto al de mujeres, multiplicado por una base de 100.
- **Red Asistencial:** Conjunto de centros de salud y hospitales de complejidad variable vinculados técnica y administrativamente para asegurar la atención integral de una población asegurada en un ámbito geográfico delimitado.
- **Tasa de Crecimiento:** Indicador que cuantifica la intensidad o velocidad del incremento poblacional en un periodo determinado, eliminando el efecto del tamaño de la población y del intervalo de medición. Su valor expresa la variación por cada 1 000 habitantes durante el periodo de analizado.
- **Transición Demográfica:** Proceso de largo plazo mediante el cual una población pasa de altos niveles de natalidad y mortalidad a niveles bajos y controlados, transformando la estructura por edades.



ACRÓNIMOS

ACRÓNIMOS

- **CELADE:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
- **CEPAL:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- **CIC:** Cuenta Individual de Capitalización.
- **ECNT:** Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
- **ENDES:** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
- **ESSI:** Sistema de Salud Inteligente.
- **EVN:** Esperanza de Vida al Nacer.
- **INEI:** Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- **IPRESS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- **MIMP:** Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
- **MINSA:** Ministerio de Salud.
- **NTS:** Norma Técnica de Salud.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas.
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- **PADOMI:** Programa de Atención Domiciliaria.
- **PAM:** Persona Adulta Mayor.
- **PNMPAM:** Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2 030.
- **SIS:** Seguro Integral de Salud.
- **SUNAT:** Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria.
- **TD:** Transición Demográfica.
- **TGF:** Tasa Global de Fecundidad.
- **UBPS:** Unidad Básica de Prestaciones Sociales.
- **UN DESA:** División de Población de las Naciones Unidas (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales).
- **VACAM:** Valoración Clínica de la Persona Adulta Mayor.



REFERENCIAS

REFERENCIAS

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (s. f.). *Índice de envejecimiento poblacional. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)*. https://celade.cepal.org/redatam/ryesp/cairo/WebHelp/Metalatina/indice_de_envejecimiento.html.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe 2024: Perspectivas poblacionales y cambios demográficos acelerados en el primer cuarto del siglo XXI en América Latina y el Caribe. Santiago: CEPAL; 2024

EsSalud. (2025). *Informe técnico del perfil del asegurado: IV trimestre 2025. Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto*.

Ham-Chande, R. (1996). El envejecimiento demográfico: Notas sobre sus conceptos y teoría. *Papeles de Población*, 2(9), 115–132.

Huenchuan, S. (2004). *Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina. Comisión Económica para América Latina y el Caribe*.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (s. f.). *Perú: Estimaciones y proyecciones de la población nacional, 1995–2030 (Boletín de Análisis Demográfico N.º 39)*.

Ley N.º 30478. Ley que modifica el artículo 40 y la vigésimo cuarta disposición final y transitoria del Texto Único Ordenado de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones. (2016). <https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/30478.pdf>

Omran, A. R. (1971). *The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509–538.

Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2024). *World population prospects 2024. United Nations*. <https://population.un.org/wpp/>

Welti, C. (Ed.). (s. f.). *Demografía II. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía*.



EsSalud

Domingo Cueto 120, Jesús María
Lima - Perú. Tel. 265 6000 / 265 7000