



Instituto  
de Análisis  
y Gestión

BRIEF DE POLÍTICA  
DOCUMENTO DE  
TRABAJO N°. 01

# Perú: Aseguramiento y gasto de bolsillo, 2000-2023

Augusto Portocarrero Grados  
Luis Enrique Mercado  
Instituto de Análisis y Gestión

Lima 2026

# Perú: Aseguramiento y gasto de bolsillo, 2000–2023

Augusto Portocarrero Grados · Luis Enrique Mercado · Instituto de Análisis y Gestión · Lima, 2026

Citar como:

Portocarrero Grados, A. & Mercado, L. E. (2026). Perú: Aseguramiento y gasto de bolsillo, 2000–2023 (Documento de Trabajo N.º 01). Instituto de Análisis y Gestión.

## Mensajes clave

- El Perú redujo su gasto de bolsillo en salud de más del 40% del gasto total a fines de los noventa al 28% en 2023, pero sigue por encima de la meta del 20% que recomienda la OPS/OMS y muestra señales de estancamiento tras la pandemia.
- La ampliación del aseguramiento público —sobre todo del SIS— explica buena parte de esa caída, pero tener seguro no garantiza acceso gratuito: cuando faltan medicamentos, análisis o consultas oportunas, el asegurado paga de su bolsillo.
- El aseguramiento universal es una condición necesaria pero no suficiente; su promesa solo se cumple cuando la cobertura formal se traduce en acceso efectivo y protección financiera real.
- Avanzar exige dos ejes: mejorar la calidad y capacidad de la oferta (eficiencia operativa y un primer nivel de atención fortalecido) y fortalecer el financiamiento y su uso eficiente.

El presente artículo analiza cómo ha evolucionado el gasto de bolsillo en el Perú y el rol del aseguramiento entre 2000 y 2023, con énfasis en 2019, 2023 y 2024, para conocer su relación y comportamiento, y precisar los retos que deben enfrentarse para seguir reduciéndolo. El país ha reducido el gasto de bolsillo de más del 40% del gasto total a fines de los noventa al 28% en 2023; sin embargo, permanece por encima de la meta del 20% recomendada por la OPS/OMS y muestra señales de estancamiento tras la pandemia. Aunque el aseguramiento público amplió la cobertura, esta no siempre se traduce en acceso efectivo y gratuito: la falta de medicamentos, análisis y consultas oportunas obliga a desembolsos directos. El aseguramiento universal es una condición necesaria pero no suficiente. El texto está dirigido a un público no especializado que sigue las políticas de salud.

El Perú es uno de los países de América Latina que ha logrado reducir de manera sustancial el gasto de bolsillo en salud: de más del 40% del gasto total en salud a fines de los noventa al 28% en 2023. Pese a este avance, el país aún se mantiene por encima de la meta del 20% recomendada por la OPS/OMS para evitar que el gasto de bolsillo se convierta en una barrera de acceso<sup>1</sup>. Más aún, la trayectoria seguida muestra señales de

<sup>1</sup>Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>.

estancamiento: a pesar del crecimiento sostenido del aseguramiento, los asegurados continúan realizando desembolsos directos significativos para acceder a los servicios de salud.

El gasto de bolsillo, aquel que los hogares realizan en el momento de la atención, es una restricción importante para el acceso a los servicios de salud y puede llevar al empobrecimiento de las familias y exponerlas a un gasto catastrófico<sup>2 3</sup>.

La disponibilidad de servicios de salud es una condición necesaria pero no suficiente para mejorar la salud de la población. Las políticas de protección financiera son igualmente indispensables, en particular para los hogares en situación de pobreza, quienes son los más expuestos al riesgo de incurrir en gastos catastróficos<sup>4</sup>. Reducir la dependencia de los pagos directos y fortalecer la protección contra riesgos financieros son, por tanto, objetivos centrales de cualquier estrategia de cobertura universal.

En esa línea, la estrategia de acceso universal a la salud de la OPS establece que, para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera, el gasto público en salud debe superar el 6% del Producto Bruto Interno (PBI)<sup>5</sup>. No obstante, ello resulta necesario, pero no suficiente: se requiere también mejorar la eficiencia del sistema y fortalecer los mecanismos de protección financiera de los hogares<sup>6</sup>.

## El gasto de bolsillo en América Latina

---

La mayor parte de la población de la región cuenta con cobertura de los servicios de salud esenciales<sup>7</sup>. En más de doce países, dicha cobertura oscila entre el 78% y el 86% (Gráfico 1). Sin embargo, esta amplia cobertura formal coexiste con un acceso efectivo aún limitado, en parte debido al peso que sigue teniendo el gasto de bolsillo como mecanismo de financiamiento.

---

<sup>2</sup>Xu, K. (2003) Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis, 2003, *The Lancet*, 362(9378), 111-117. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)13861-5

<sup>3</sup>La protección financiera de la salud en la Región de las Américas. Métodos para medir el gasto catastrófico y empobrecedor. (2022). OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55714>

<sup>4</sup>Xu, K. Op.cit.

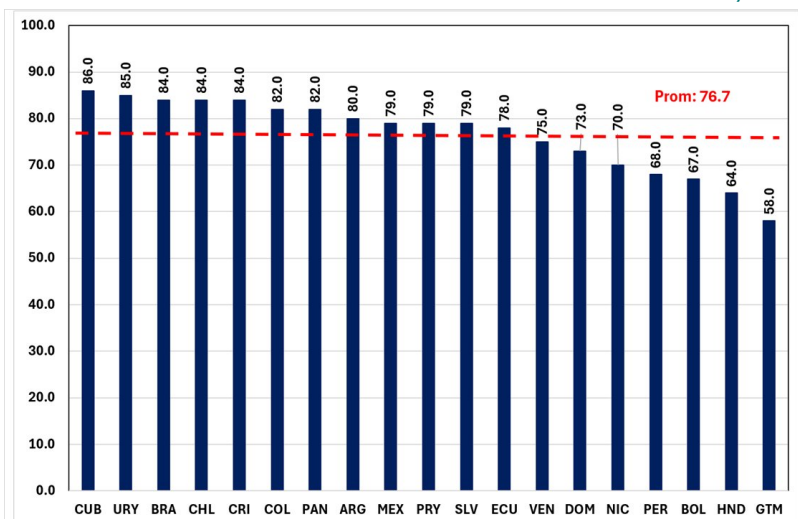
<sup>5</sup>Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>.

<sup>6</sup>Organización Panamericana de la Salud. Financiamiento de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: principales tendencias al 2023, 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/financiamiento-sistemas-salud-america-latina-caribe-principales-tendencias-al-2023>

<sup>7</sup>ODS: 3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales. <https://agenda2030lac.org/es/ods/3-salud-y-bienestar/metadatos/38>

Gráfico 1.

América Latina: Cobertura de los servicios de salud esenciales, 2023

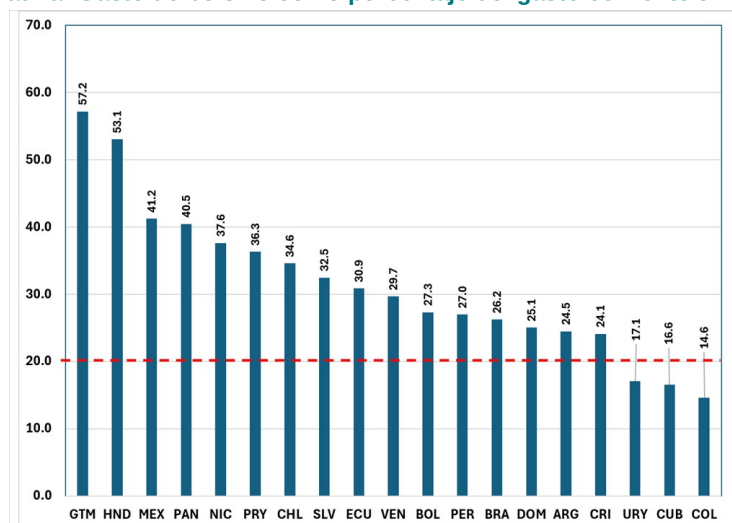


Fuente: OMS. The Global Health Observatory. UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1). Elaboración propia

Al 2023, solo tres países de la región registran un gasto de bolsillo inferior al umbral del 20% recomendado por la OPS/OMS (Gráfico 2). El componente más relevante del gasto de bolsillo es el destinado a medicamentos, que en países como Bolivia, Colombia, Ecuador y México supera el 60% del gasto de bolsillo total. Le sigue, en importancia, el gasto en servicios ambulatorios.

Gráfico 2.

América Latina: Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud, 2023

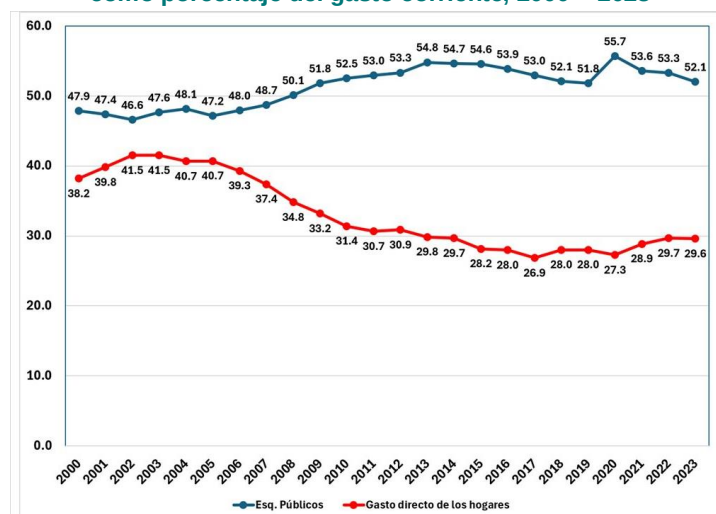


Fuente: OMS – GHED 2023. Elaboración propia

Los resultados de las Cuentas en Salud muestran una alta vinculación entre el comportamiento del gasto público y el gasto de bolsillo; es así como la tendencia creciente del primero hasta el 2019 como porcentaje del gasto total permitió una reducción del porcentaje del gasto de bolsillo en el financiamiento de la salud<sup>8</sup>.

<sup>8</sup>Organización Panamericana de la Salud. Financiamiento de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: principales tendencias al 2023, 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/financiamiento-sistemas-salud-america-latina-caribe-principales-tendencias-al-2023>

**Gráfico 3.**  
**América Latina: Evolución del gasto público y el gasto de bolsillo**  
**como porcentaje del gasto corriente, 2000 – 2023**



Fuente: OMS – GHED 2023. Elaboración propia

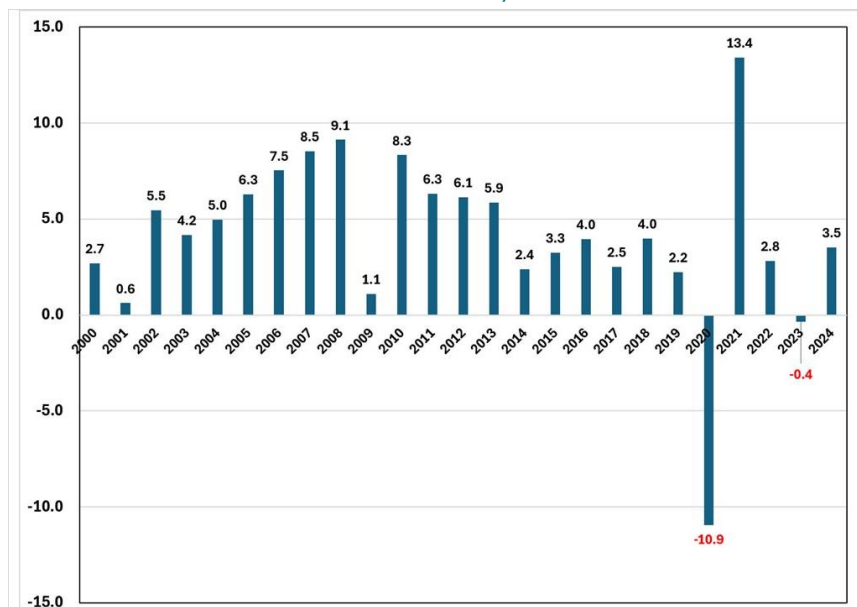
Esta dinámica se revirtió tras la pandemia: la caída relativa del gasto público se acompañó de un repunte del peso del gasto de bolsillo, lo que pone en evidencia la fragilidad de los avances logrados y la dependencia del sistema respecto al financiamiento público.

Se ha podido observar que Perú se encuentra en una posición por debajo del promedio de la región en sus objetivos respecto a la cobertura prestacional y financiera. La siguiente sección analizará la evolución del caso peruano con mayor detalle.

## La política del aseguramiento en salud en el Perú

La evolución de la economía peruana ha mostrado un crecimiento promedio de 4.1 por ciento. A lo largo de los años podemos encontrar dos grandes ciclos: el de auge entre el 2002 y el 2013, y el de la desaceleración que va del 2014 al 2019 (ver Gráfico 4), ambos periodos vinculados con el comportamiento del precio de los minerales que el país exporta. No fue así en el año 2020: la caída de 10.9 por ciento fue resultado del choque pandémico, y el crecimiento de 13.4 por ciento del 2021 se explica por un rebote estadístico. Sin embargo, la recuperación no fue uniforme: 2022 creció apenas 2.8 por ciento y 2023 cerró en terreno negativo con -0.35 por ciento. En el 2024, el PBI se incrementó en 3.5 por ciento, señal de una recuperación moderada, aunque todavía por debajo del potencial histórico del país.

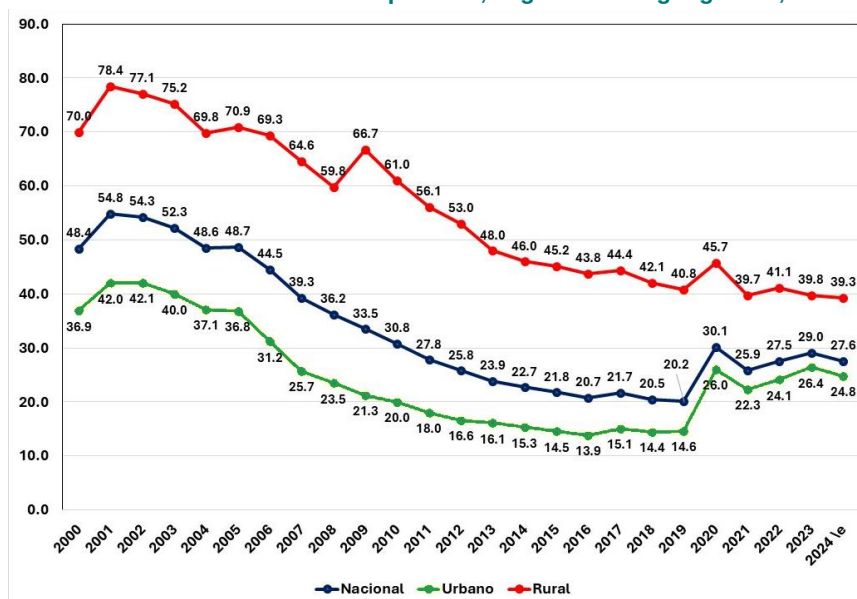
**Gráfico 4.**  
**Perú: evolución del PBI, 2000 – 2024**



Fuente: BCRP. Elaboración propia

Por otro lado, la incidencia de la pobreza se ha reducido sostenidamente entre el 2000 y el 2019. La pobreza nacional bajó de 48.4 en 2000 a un mínimo histórico de 20.2 por ciento en 2019. Este avance fue impulsado por el crecimiento económico y la expansión de programas sociales. Sin embargo, la desigualdad entre ambos ámbitos se ha mantenido. En 2024, la pobreza rural (39.3%) casi duplica a la urbana (24.8%). Aunque el área rural también mejoró, bajó de 70% en 2000, el ritmo fue más lento y la situación de partida era mucho más precaria.

**Gráfico 5.**  
**Perú: evolución de la incidencia de la pobreza, según ámbito geográfico, 2000 – 2024**



<sup>le</sup> Estimación. Fuente: INEI, distintos informes de Evolución de la Pobreza Monetaria. Elaboración propia

La pandemia impactó negativamente en la tendencia a la baja. La pobreza nacional saltó de 20.2 (2019) a 30.1 por ciento (2020), el mayor retroceso en toda la serie. El impacto fue particularmente severo en el área urbana, que pasó de 14.6 a 26 por ciento, reflejando la vulnerabilidad de los trabajadores informales urbanos ante las restricciones. La recuperación post pandemia (2024: 27.6%) no ha sido suficiente para recuperar el nivel del 2019. La recuperación gradual y con oscilaciones sugiere que el proceso es frágil.

En este contexto, desde fines de los noventa se comenzó a organizar los primeros seguros públicos dirigidos a poblaciones específicas, con el propósito de complementar el financiamiento de los prestadores públicos a cargo del Ministerio de Salud (MINSA) en Lima Metropolitana y de los Consejos Transitorios de Administración Regional (CTAR) en el resto del país.

En ese marco se crearon el Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI). El SEG brindaba atención integral en salud a niños de entre 3 y 17 años matriculados en escuelas públicas; el SMI, por su parte, atendía a mujeres durante el embarazo y el puerperio, y a niños menores de 4 años.

Es en el 2002 en que estos seguros se fusionan y dan origen al Seguro Integral de Salud<sup>9</sup> (SIS). La población adscrita al SIS ha crecido, inicialmente incorporando a la población identificada como pobre, y después hasta incorporar a todo aquel que no tiene otro seguro<sup>10</sup>, sea de la seguridad social o un seguro privado. Es con el crecimiento del SIS que se ha ampliado de manera constante la población asegurada, con normas como la Ley marco del aseguramiento universal en salud (Ley AUS)<sup>11</sup> y las normas emitidas en el 2013 orientadas a fortalecer el rol del seguro público para ser la institución aseguradora del Ministerio de Salud (MINSA)<sup>12</sup>. Es así que la ampliación del aseguramiento del SIS explica el crecimiento de la población asegurada (Gráfico 6), como lo muestra la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG).

---

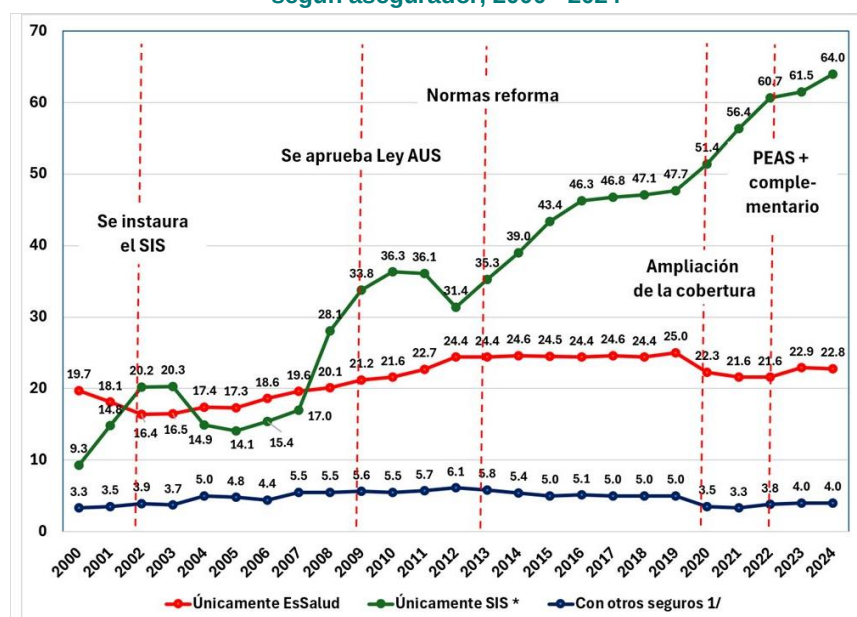
<sup>9</sup>El SIS se formalizó como Organismo Público Descentralizado (OPD) con la Ley N° 27657 (Ley del Ministerio de Salud) en enero de 2002.

<sup>10</sup>Decreto de Urgencia N° 017-2019, Decreto de Urgencia que establece medidas para la Cobertura Universal de Salud (28/11/2019)

<sup>11</sup>Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud del 9 de abril de 2009

<sup>12</sup>Entre otras normas se emitieron los Decretos Legislativos N°1163, que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, y N° 1165, que establece el mecanismo de “Farmacias Inclusivas” para mejorar el acceso a medicamentos esenciales a favor de los afiliados del Seguro Integral de Salud (SIS)

**Gráfico 6.**  
**Perú: Evolución de la cobertura poblacional del aseguramiento**  
**según asegurador, 2000 - 2024**



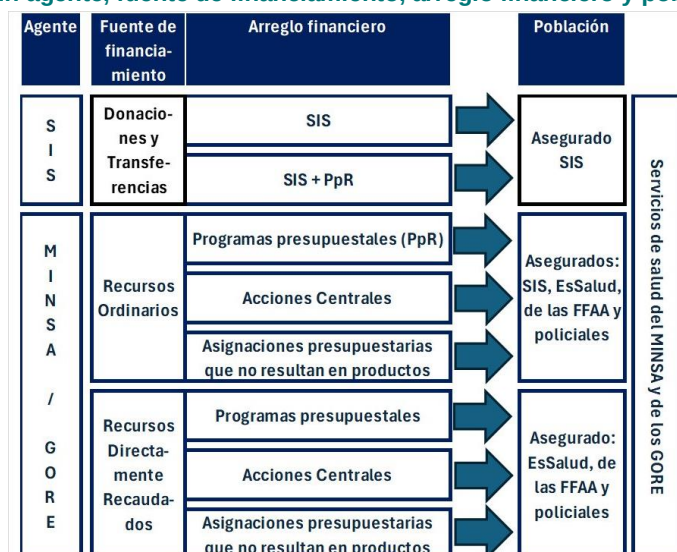
1/ Comprende Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y/o Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y a la población que tiene dos o más seguros (SIS con EsSalud). Fuente: INEI – ENAHO. Elaboración propia

El gráfico distingue tres grandes grupos: los asegurados del SIS, los de EsSalud, y una tercera categoría, representada por la línea azul, que agrupa a quienes cuentan con seguros de las Fuerzas Armadas y Policiales, seguros universitarios, seguros escolares privados y seguros privados de salud, así como a quienes tienen más de un seguro simultáneamente (por ejemplo, SIS y EsSalud). Esta segmentación refleja la alta fragmentación del financiamiento en el sistema de salud peruano.

Esta complejidad se profundiza al considerar que la red de establecimientos del MINSA y de los gobiernos regionales (GORE), que atiende a los asegurados del SIS, recibe su financiamiento a través de múltiples canales: el MINSA para Lima Metropolitana y cada uno de los 25 gobiernos regionales para el resto del país.

Como se aprecia en el Flujograma 1, los establecimientos de salud pueden operar bajo hasta ocho arreglos financieros distintos, dependiendo de los agentes que transfieren los recursos y las fuentes de financiamiento involucradas. Esta fragmentación normativa no solo complejiza la gestión, sino que también limita la capacidad del sistema para garantizar una protección financiera efectiva a los asegurados, lo que se refleja en la persistencia del gasto de bolsillo que se analiza en el capítulo siguiente.

**Flujograma 1.**  
**Flujo de financiamiento de los servicios públicos de salud**  
**según agente, fuente de financiamiento, arreglo financiero y población**

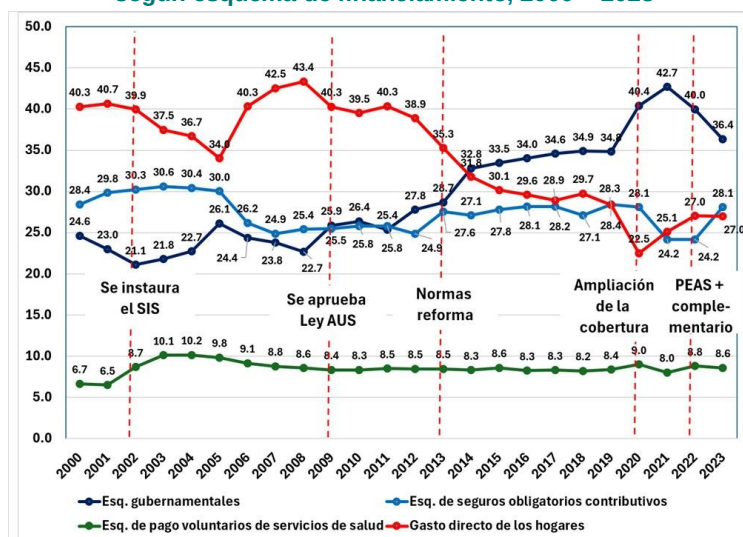


Fuente: DL 1440; MEF – Consulta amigable; Resolución Jefatural N.° 000165-2024-SIS/J. Elaboración propia

## Impacto del aseguramiento en el gasto de bolsillo

Durante décadas, los peruanos debieron financiar con sus propios recursos el acceso a los servicios de salud. El gasto de bolsillo (GdB) fue históricamente la principal fuente de financiamiento del sistema, pero su participación relativa ha disminuido de forma sostenida desde el año 2000, a medida que el gasto público fue ganando peso. Un hito relevante se produjo en 2014, cuando el GdB dejó de ser la principal forma de financiamiento del gasto corriente en salud, siendo desplazado por el gasto de gobierno (Gráfico 7). Esta tendencia refleja el efecto acumulado de la expansión del aseguramiento público y del incremento del gasto público en salud.

**Gráfico 7.**  
**Perú: Gasto corriente en salud**  
**según esquema de financiamiento, 2000 – 2023**

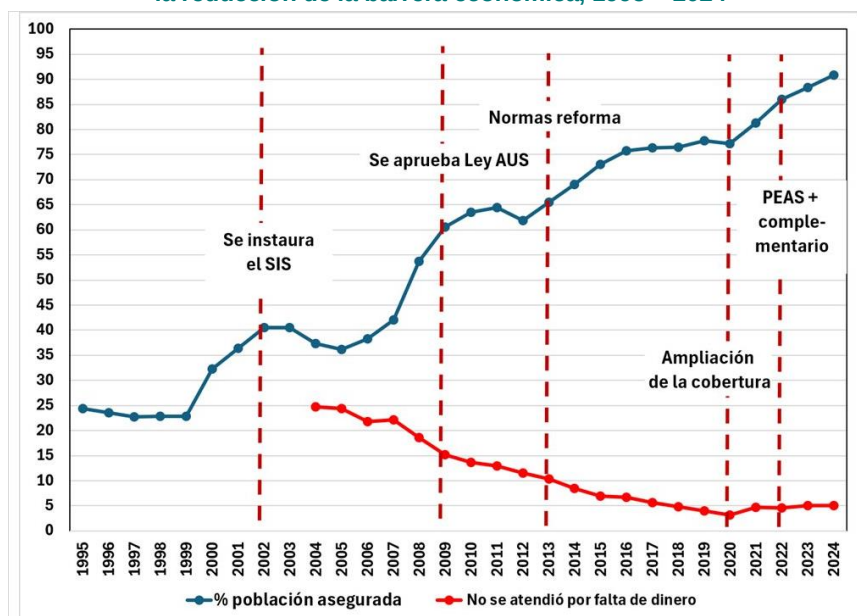


Fuente: OMS – GHED 2023. Elaboración propia

La reducción del gasto de bolsillo no solo responde al crecimiento de la población asegurada, sino también a la ampliación progresiva de los planes de cobertura del SIS. El sistema inició con una oferta de prestaciones básica, estructurada en torno a las actividades de los Programas Verticales del MINSA, conocida como Lista de Prestaciones Institucionales del SIS (LPIS). Con la Ley AUS se incorporó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que estableció un conjunto garantizado de prestaciones para todos los asegurados. Este plan fue ampliado en 2021 mediante el Decreto Supremo N.º 023-2021-SA, incorporando nuevas prestaciones y fortaleciendo la protección financiera de los hogares.

El efecto de la ampliación del aseguramiento y de los planes de atención ha reducido de manera significativa la necesidad de dinero como condición para acceder a los servicios de salud. Como se aprecia en el Gráfico 8, la tendencia es clara: a medida que la población asegurada creció, la proporción de personas que señalaron no haber acudido a un establecimiento de salud por falta de dinero fue disminuyendo de manera consistente entre 1995 y 2024, a pesar de que el estar asegurado no garantiza el acceso real<sup>13</sup>. Sin embargo, la tendencia a la reducción de la barrera por falta de dinero parece haberse estancado después de la pandemia del Covid-19.

**Gráfico 8.**  
**Perú: Incremento de la población asegurada y**  
**la reducción de la barrera económica, 1995 – 2024**



Fuente: INEI – ENAHO. Elaboración propia

No obstante, estos avances tienen límites. A pesar del aseguramiento, una parte de los hogares continúa realizando gastos de bolsillo, lo que indica que la cobertura formal no siempre se traduce en acceso efectivo y gratuito a las prestaciones. Este es el problema que se examina en el capítulo siguiente.

## Los límites del aseguramiento

Además de la falta de dinero, hay otras razones que se relacionan con la capacidad del sistema de salud de ofrecer servicios cercanos a los ciudadanos de manera oportuna y con calidad. En la Encuesta Nacional de

<sup>13</sup>Petrera, M. (2025). La atención de salud en Perú: algunas reflexiones actuales. En H. Bonilla, G. Rochabrún y B. Seminario (Eds.), Perú: transformaciones y permanencias en dos siglos de República (pp. 760–805).

Hogares (ENAHO) aparecen como barreras de acceso a los servicios de salud la distancia al establecimiento, la poca confianza, la demora en la atención o el maltrato del personal de salud.

En general, frente a las barreras la mayoría de la gente ha optado por solucionar sus problemas de salud con remedios caseros o autorrecetarse, o por decidir que no es necesario, esto último más marcado para los mayores ingresos (quintil 5). Razones como lejanía, falta de confianza, demora en la atención, no tener seguro o tener que enfrentar maltrato del personal son más marcadas para las personas con menores ingresos (quintil 1) (Cuadro 1).

**Cuadro 1. Perú: Razones por las cuales la población no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud según quintiles de ingreso 11, 2019, 2022, 2023 y 2024 12**

|      | No tuvo dinero | Queda lejos | Falta de confianza | Demoran mucho | Remedios caseros / autorreceta | No fue necesario | No tiene seguro | Falta de tiempo | Maltrato del personal | Otro motivo |
|------|----------------|-------------|--------------------|---------------|--------------------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|-------------|
| 2019 |                |             |                    |               |                                |                  |                 |                 |                       |             |
| 1    | 6.54           | 8.66        | 10.53              | 5.44          | 32.60                          | 26.89            | 1.19            | 5.12            | 0.51                  | 2.51        |
| 2    | 4.74           | 3.61        | 12.10              | 4.25          | 30.65                          | 34.06            | 1.60            | 6.74            | 0.50                  | 1.75        |
| 3    | 3.30           | 2.08        | 11.28              | 3.33          | 30.27                          | 37.24            | 1.88            | 8.58            | 0.44                  | 1.60        |
| 4    | 2.83           | 1.75        | 9.08               | 2.71          | 29.78                          | 43.52            | 1.33            | 7.20            | 0.33                  | 1.48        |
| 5    | 1.87           | 1.16        | 8.71               | 2.33          | 32.88                          | 43.38            | 0.71            | 7.33            | 0.26                  | 1.37        |
| 2022 |                |             |                    |               |                                |                  |                 |                 |                       |             |
| 1    | 6.70           | 7.90        | 10.22              | 5.51          | 34.62                          | 25.92            | 0.44            | 3.95            | 0.69                  | 4.06        |
| 2    | 5.18           | 3.99        | 11.50              | 3.67          | 32.98                          | 32.52            | 0.56            | 5.49            | 0.41                  | 3.70        |
| 3    | 4.27           | 2.86        | 11.44              | 3.02          | 33.57                          | 35.18            | 0.68            | 5.51            | 0.60                  | 2.87        |
| 4    | 3.81           | 2.39        | 11.07              | 2.68          | 31.87                          | 37.65            | 0.55            | 6.75            | 0.57                  | 2.67        |
| 5    | 2.12           | 1.43        | 9.48               | 1.87          | 34.59                          | 41.84            | 0.40            | 5.10            | 0.45                  | 2.73        |
| 2023 |                |             |                    |               |                                |                  |                 |                 |                       |             |
| 1    | 8.15           | 8.06        | 12.63              | 6.09          | 29.59                          | 25.52            | 0.81            | 5.40            | 0.80                  | 2.94        |
| 2    | 5.22           | 4.52        | 13.98              | 3.87          | 30.49                          | 32.56            | 0.74            | 5.87            | 0.42                  | 2.33        |
| 3    | 4.75           | 3.26        | 12.08              | 3.19          | 30.52                          | 35.86            | 0.66            | 6.77            | 0.81                  | 2.09        |
| 4    | 3.57           | 2.95        | 11.49              | 3.23          | 31.96                          | 36.80            | 0.58            | 6.93            | 0.17                  | 2.31        |
| 5    | 2.32           | 1.72        | 10.50              | 1.64          | 31.86                          | 41.50            | 0.63            | 7.00            | 0.36                  | 2.47        |
| 2024 |                |             |                    |               |                                |                  |                 |                 |                       |             |
| 1    | 7.68           | 8.97        | 12.77              | 5.84          | 31.51                          | 23.79            | 0.66            | 4.92            | 0.72                  | 3.15        |
| 2    | 5.53           | 4.29        | 16.07              | 4.64          | 30.87                          | 27.73            | 0.78            | 7.11            | 0.39                  | 2.60        |
| 3    | 4.56           | 3.40        | 14.44              | 3.59          | 32.74                          | 31.57            | 0.56            | 6.71            | 0.38                  | 2.05        |
| 4    | 4.19           | 3.06        | 14.00              | 2.69          | 29.67                          | 35.80            | 0.59            | 7.54            | 0.46                  | 2.00        |
| 5    | 2.39           | 2.10        | 11.12              | 2.25          | 31.57                          | 39.41            | 0.60            | 8.62            | 0.21                  | 1.72        |

1/ Siendo el quintil 1 el que abarca la población de menor ingreso. 2/ Sobre el total de la población que reportó estar enferma o haber sufrido un accidente durante las últimas cuatro semanas. Fuente: INEI – ENAHO. Elaboración propia

Un problema adicional afecta a quienes sí cuentan con seguro: la cobertura formal no siempre se traduce en acceso completo y gratuito a las prestaciones. Cuando el sistema entrega la consulta, pero no los análisis, o cuando no dispone de los medicamentos recetados, el asegurado debe cubrir esos servicios por su propia cuenta, convirtiéndose en gasto de bolsillo. Limitaciones en la oferta pública y del SIS, principal asegurador, impiden que se desarrolle como un verdadero seguro<sup>14</sup>, así como de EsSalud para expandir su oferta fuera de las grandes ciudades, juegan en contra de los asegurados.

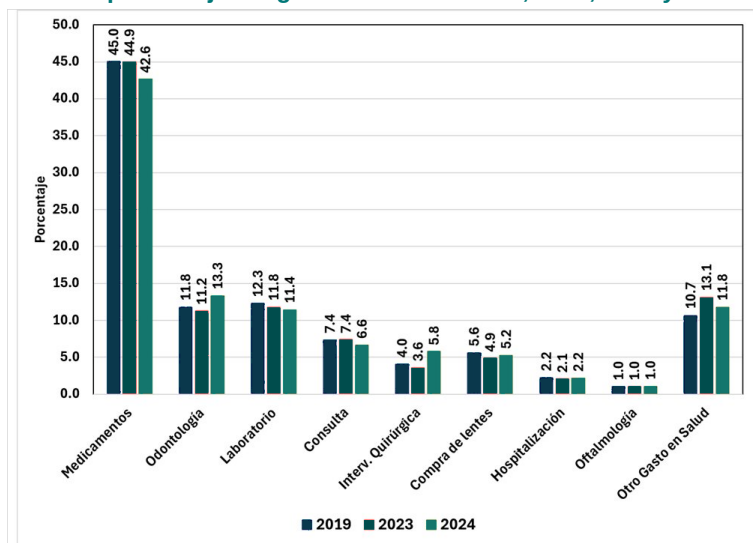
Este fenómeno es frecuente en el caso de los medicamentos, cuya entrega oportuna y completa se ve afectada tanto por restricciones presupuestarias como por limitaciones en la capacidad de ejecución del gasto existente<sup>15</sup>. Otras fuentes relevantes de gasto de bolsillo entre los asegurados son las consultas odontológicas, los análisis de laboratorio y las consultas médicas fuera de la red, como se ilustra en el Gráfico 9.

<sup>14</sup>Petrera, M. (2025). La atención de salud en Perú: algunas reflexiones actuales. En H. Bonilla, G. Rochabrún y B. Seminario (Eds.), Perú: transformaciones y permanencias en dos siglos de República (pp. 760-805). Editorial Otra Mirada.

<sup>15</sup>Giusti, Paulina, Granados, Arturo. Nota técnica. Hay que asegurar que los pacientes reciban sus recetas completas y oportunamente sin que recurran al gasto de bolsillo. 10 recomendaciones para mejorar el sistema público de abastecimiento de medicamentos. Abril 2024.

Gráfico 9.

Perú: Razones del gasto de bolsillo de los hogares con seguro como porcentaje del gasto de bolsillo total, 2019, 2023 y 2024

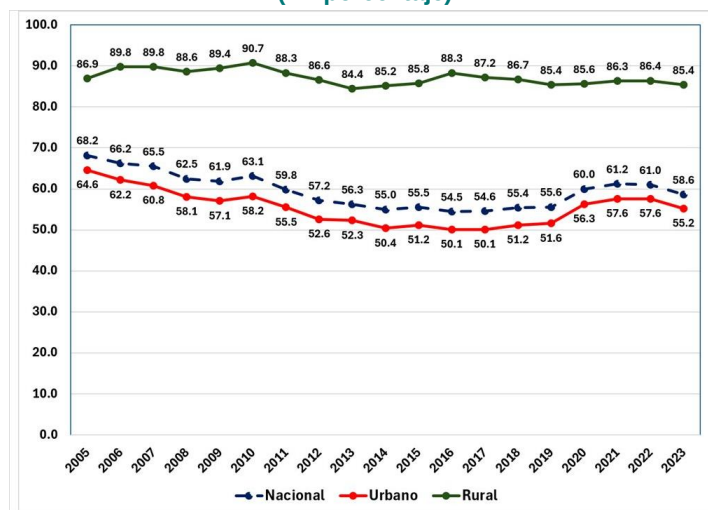


Fuente: INEI – ENAHO. Elaboración propia

Por otro lado, el sistema debe enfrentar los problemas para incrementar el financiamiento. En el caso del Seguro Integral de Salud, depende de las posibilidades del gobierno de aumentar el presupuesto. Las proyecciones del gobierno muestran que el crecimiento del Producto Bruto Interno superará ligeramente el 3 por ciento a lo largo de los siguientes años, y que la presión tributaria se mantendrá alrededor del 15 por ciento<sup>16</sup>.

Gráfico 10.

Perú: Evolución de la tasa de informalidad laboral privada según ámbito, 2005 - 2023  
(En porcentaje)



Tomado de: Fernando Cuadros Luque. Principales indicadores del mercado laboral y propuestas de políticas. Otra Mirada, 26/08/2025.

En el caso de EsSalud, el financiamiento proviene de las contribuciones de los empleadores —equivalentes al 9% de la remuneración del trabajador—, lo que lo hace altamente vulnerable a la informalidad laboral. Como muestra el Gráfico 10, las tasas de informalidad en el ámbito rural superan ampliamente las del ámbito urbano

<sup>16</sup>Marco Macroeconómico Multianual.

y se han mantenido persistentemente elevadas. Esta situación se agrava por disposiciones legales que reducen la base de cotización de trabajadores del Estado: quienes se encuentran bajo el régimen CAS aportan sobre el 45% de una UIT; los trabajadores del Ministerio de Educación y del Sector Salud, sobre el 65% de su remuneración. Ello implica que el Estado no cotiza el monto pleno que correspondería, debilitando la base financiera de EsSalud.

En conjunto, las limitaciones descritas en este capítulo configuran un escenario en el que el aseguramiento universal, aunque necesario, resulta insuficiente por sí solo para garantizar la protección financiera de los hogares. Superar estos límites requiere tanto fortalecer la capacidad de oferta del sistema como asegurar fuentes de financiamiento sostenibles y equitativas, aspectos que se abordan en las recomendaciones del capítulo siguiente.

## Recomendaciones

---

El análisis presentado en los capítulos anteriores permite identificar dos grandes ejes de acción para avanzar hacia la reducción del gasto de bolsillo a niveles inferiores al 20% recomendado por la OPS/OMS. El primero tiene que ver con las condiciones de la oferta: el hecho de que una proporción significativa de hogares asegurados siga incurriendo en gastos de bolsillo refleja que el sistema no siempre entrega de manera completa y oportuna las prestaciones a las que tiene derecho el asegurado. El segundo eje es el del financiamiento: sin recursos suficientes y bien utilizados, ninguna mejora en la cobertura formal se traduce en protección financiera real.

### Mejorar la calidad y la capacidad de la oferta

En el corto y mediano plazo, la prioridad debe ser mejorar los procesos internos del sistema para hacerlo más eficiente sin necesariamente incrementar el presupuesto. Esto implica reducir los pasos administrativos que demoran la atención, optimizar la programación de camas hospitalarias, movilizar al personal hacia donde la demanda lo requiere, e implementar tecnologías que agilicen la atención. De esta manera, se fomenta que los establecimientos de salud operen a plena capacidad durante todas las horas disponibles, lo que representa una oportunidad concreta de mejora sin inversión adicional.

En el mediano y largo plazo, se requiere reorientar la inversión hacia el fortalecimiento del primer nivel de atención, en el marco de la Atención Primaria de Salud con un funcionamiento en redes integradas de servicios. El modelo actual, centrado en los hospitales, no responde adecuadamente a las necesidades de la mayoría de la población, en particular la de menores ingresos y la de zonas rurales.

Acercar los servicios a los ciudadanos es una condición necesaria para reducir las barreras de acceso no económicas —distancia, demora, desconfianza— que, como muestra el Cuadro 1, afectan desproporcionadamente a los hogares del primer quintil.

### Fortalecer el financiamiento y su uso eficiente

En el corto y mediano plazo, el desafío no es solo aumentar los recursos sino gestionarlos mejor. Los incrementos presupuestales deben orientarse hacia el modelo de atención primaria descrito, y no continuar reforzando un sistema hospitalocéntrico que concentra el gasto en el nivel de mayor costo. Paralelamente, es indispensable invertir en fortalecer la capacidad de absorción del gasto: los equipos de administración actuales y los mecanismos de ejecución presupuestal limitan la posibilidad de que mayores recursos se traduzcan efectivamente en más y mejores servicios.

En el largo plazo, los dos principales aseguradores públicos enfrentan restricciones estructurales que deben abordarse de fondo. El SIS depende de una recaudación tributaria que, con una presión en torno al 15% del PBI, deja poco margen para incrementos sostenidos del gasto en salud. EsSalud, por su parte, ve erosionada su base de financiamiento por la alta informalidad laboral y por regímenes legales que reducen las cotizaciones de los propios trabajadores del Estado. Corregir estas excepciones, restituyendo el aporte pleno del 9% sobre la remuneración para todos los trabajadores del sector público, y avanzar en la formalización del mercado laboral son condiciones necesarias para que EsSalud pueda cumplir su rol de asegurador de manera sostenible.

En suma, alcanzar la meta del 20% de gasto de bolsillo no depende de una sola intervención, sino de una estrategia articulada que combine mejoras en la calidad y capacidad de la prestación de salud —que incluya la eficiencia operativa, la reorientación de la inversión hacia el primer nivel de atención—, y un fortalecimiento progresivo de las bases del financiamiento público. El aseguramiento universal es una condición necesaria, pero, como muestra la experiencia peruana, no suficiente: su promesa solo se cumple cuando la cobertura formal se traduce en acceso efectivo y en protección financiera real para todos los hogares.