



Informe de análisis

ESSALUD HEREDA AL NUEVO GOBIERNO UN SISTEMA QUE GASTA MÁS Y ATIENDE MENOS

Con el inicio del Gobierno de Keiko Fujimori, la situación de EsSalud se perfila como uno de los principales desafíos del sistema de salud. En un contexto en el que más del 70% de la fuerza laboral es informal y únicamente el 28% de los trabajadores contribuye al seguro social, la institución enfrenta una presión cada vez mayor sobre sus finanzas y su capacidad operativa.

28.0 %

de trabajadores afiliados a EsSalud en 2025

24 DÍAS

de espera promedio para conseguir una cita médica

73.8 %

de afiliados realizó gasto de bolsillo,
S/ 1,064 al año

12

conducciones distintas desde julio de 2021

1 Introducción

Durante los últimos años, el Seguro Social de Salud (EsSalud) ha pasado de ser un pilar de protección social a convertirse en un organismo tensionado por la expansión de sus funciones, el incremento de sus gastos y la falta de coherencia entre sus ingresos y las obligaciones que asume. Este proceso, acumulado entre 2019 y 2026, evidencia cómo la institución ha sido utilizada para implementar decisiones políticas, prestaciones y programas sin respaldo financiero, comprometiendo su equilibrio técnico y su capacidad de respuesta frente a los asegurados.

En un contexto donde más del 70% de los trabajadores peruanos permanece en la informalidad, EsSalud sostiene el sistema de aseguramiento formal con recursos limitados y crecientes exigencias. Sin embargo, la salud sigue siendo uno de los bienes más valorados por la ciudadanía y debería constituir un incentivo clave para promover la formalización laboral. Un sistema sólido, eficiente y confiable no solo protege al trabajador, sino que también estimula la permanencia en la formalidad al ofrecer seguridad y estabilidad a las familias.

A ello se suma que este balance llega en un momento decisivo. Con un nuevo gobierno ad portas de la juramentación del 28 de julio, el debate público vuelve a girar en torno a promesas de ampliación de derechos y expansión de beneficios sociales. Sin embargo, lo que deja este Congreso es una institución cada vez más presionada por mandatos y obligaciones aprobadas sin sostenibilidad financiera ni evaluación técnica, utilizando a EsSalud como vehículo de decisiones políticamente atractivas pero estructuralmente inviables.

Esa fragilidad no es solo financiera: es también de gobernanza. Basta un dato para dimensionarla. El 10 de junio de 2026, Jaime Moreno Eustaquio asumió como presidente ejecutivo de EsSalud y se convirtió en la duodécima persona en ocupar el máximo cargo de la institución desde el inicio del gobierno de Pedro Castillo en julio de 2021: doce conducciones distintas en menos de cinco años. En paralelo, las recientes denuncias y cuestionamientos sobre su gestión institucional no hacen sino profundizar la desconfianza ciudadana en un sistema que debería representar seguridad, eficiencia y protección.

Este informe analiza esa evolución, apoyándose en el Libro Blanco de EsSalud (2019–2022), el Estudio Financiero Actuarial elaborado por la OIT (2023) y las encuestas oficiales más recientes, con el objetivo de identificar las causas y consecuencias de esta expansión sin sostenibilidad.

Lo que deja este Congreso es una institución cada vez más presionada por mandatos y obligaciones aprobadas sin sostenibilidad financiera ni evaluación técnica.

2 ¿Qué es EsSalud y cómo se financia?

El Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud) es un organismo público descentralizado con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, dotado de autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable, conforme a la Ley N.º 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud. Su finalidad es otorgar prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación y prestaciones económicas y sociales propias del régimen contributivo de seguridad social en salud.

De acuerdo con el artículo 11 de la citada ley, los recursos que administra EsSalud son intangibles y no pueden destinarse a fines distintos a los de su creación. Estos se constituyen por los aportes de los afiliados y empleadores, sus reservas e inversiones financieras, los ingresos por seguros y los rendimientos generados. EsSalud no recibe recursos directos del Tesoro Público, por lo que su sostenibilidad depende únicamente de los aportes de los trabajadores formales y sus empleadores.

Se organiza bajo el modelo Bismarck, basado en contribuciones obligatorias que realizan los empleadores por cada trabajador formal. A diferencia del Seguro Integral de Salud (SIS), que se financia con recursos fiscales, EsSalud depende de los aportes de los trabajadores y empresas del sector formal.

El financiamiento proviene principalmente del 9% de la remuneración mensual de cada trabajador formal, aportado por el empleador y recaudado por la SUNAT. Los pensionistas contribuyen con el 4% de su pensión, y los afiliados potestativos aportan según el plan elegido. A esto se suman regímenes especiales (CAS, agrario, pesquero) y el régimen de las EPS, donde el empleador puede derivar el 25 % de la cotización (2,25 % del salario) a una entidad privada.

En términos de gestión, EsSalud combina las funciones de asegurador y prestador. Administra directamente los fondos recaudados y los distribuye entre sus 30 redes asistenciales a nivel nacional, que agrupan hospitales, policlínicos y centros de atención primaria. La mayor parte de sus recursos se destina al gasto en personal, bienes, servicios e infraestructura.

Este modelo, que en teoría garantiza sostenibilidad mediante el principio de contributividad, enfrenta un problema estructural más profundo: una gestión desordenada y poco eficiente de los recursos. En los últimos años, EsSalud ha incrementado su estructura administrativa, fragmentado sus procesos internos y perdido capacidad de control sobre el gasto. Las decisiones políticas y administrativas han priorizado la expansión funcional antes que la mejora en la gestión, generando una institución más grande, pero no necesariamente más efectiva.



Cabe recordar que la finalidad principal de EsSalud es administrar el régimen contributivo de seguridad social en salud, que no se financia con fondos fiscales, sino con aportes de empleadores en favor de los asegurados. Por ello, cualquier disposición que imponga nuevas obligaciones sin financiamiento afecta su autonomía y vulnera el principio de intangibilidad reconocido en el artículo 12 de la Constitución.

3 Radiografía del aseguramiento: pocos aportan, muchos dependen

En 2025, apenas el 28.0 % de los trabajadores se encuentra afiliado a EsSalud, lo que equivale a 4,9 millones de personas (EPEN, 2025). La mayoría de estos asegurados son trabajadores dependientes (79.5 %) y residentes urbanos (95.2 %). En contraste, la cobertura en zonas rurales alcanza solo el 7.2 %, frente al 32.8 % urbano, una diferencia que refleja la persistente brecha territorial en el acceso a la seguridad social.

El asegurado promedio pertenece al grupo etario de 30 a 64 años (71.5 %), mientras que la afiliación de jóvenes entre 14 y 29 años apenas llega al 21.8 %, debido a su inserción mayoritaria en el trabajo informal. En el caso de los trabajadores independientes, la tasa de afiliación se reduce al 11.8 %, frente al 46.4 % de los trabajadores dependientes. Estas cifras confirman que EsSalud sigue siendo un sistema diseñado para un mercado laboral que el país no tiene: formal, urbano y estable.

La consecuencia es clara: mientras la base contributiva permanece estancada, las demandas sobre el sistema se multiplican. EsSalud financia prestaciones médicas, económicas y sociales —desde subsidios por maternidad y lactancia hasta atención oncológica especializada— con un presupuesto dependiente del número de trabajadores formales.



En 2025, EsSalud solo cubre al 28 % de los trabajadores, con una afiliación concentrada en el empleo formal urbano, lo que limita su sostenibilidad y profundiza las brechas de acceso a la seguridad social.

4 Un sistema tensionado: bajo acceso y gasto de bolsillo

Pese a su cobertura contributiva, EsSalud enfrenta dificultades para garantizar acceso efectivo a los servicios. Según la ENAHO 2025, solo tres de cada diez asegurados (33.2 %) que enfrentaron un problema de salud acudieron a consulta médica. Las mujeres registran una tasa de atención mayor (36.3 %) que los hombres (30.3 %), mientras que los jóvenes son quienes menos consultan (27.7 %).

El aseguramiento tampoco garantiza protección financiera: el 73.8 % de los afiliados tuvo que realizar gasto de bolsillo, con un promedio de S/ 1,064 al año. Este gasto se incrementa con la edad, alcanzando S/ 1,476 en los adultos mayores, los mismos que más dependen del sistema. Así, incluso dentro del aseguramiento formal, persisten barreras económicas y brechas en la cobertura efectiva.

Estos datos muestran un desequilibrio entre lo que EsSalud promete y lo que puede ofrecer. Mientras la entidad amplía sus funciones y obligaciones, el asegurado sigue pagando parte de su atención.

5 EsSalud no logra atender: el deterioro creciente de su capacidad operativa

El bajo acceso efectivo que enfrentan los asegurados no se explica porque EsSalud esté atendiendo a más personas, sino porque no logra atender a quienes ya debería atender. La institución opera hoy con una demanda insatisfecha creciente, colas más largas, tiempos de espera duplicados y una fuga sostenida hacia el sector privado y las EPS. El problema central no es la cantidad de afiliados, sino la incapacidad del sistema para absorber la demanda existente.

En 2025, EsSalud ejecutó S/ 8,822 millones en gastos de personal. Esta cifra equivale al 56.9% de lo que devengó la red pública MINSA-Gobiernos Regionales en personal y obligaciones sociales (S/ 15,507 millones), pese a que dicha red administra una dotación asistencial cuatro veces mayor. Mientras el MINSA y los gobiernos regionales contaban con 225,244 trabajadores asistenciales a diciembre de 2025, EsSalud registraba solo 55,886. La comparación revela una relación invertida: EsSalud concentra un gasto de personal muy elevado en relación con su tamaño asistencial, lo que sugiere que el problema no es únicamente de recursos, sino de eficiencia, organización interna y capacidad de convertir presupuesto en atención efectiva.

Este problema se agrava con la incorporación creciente de trabajadores al régimen del Decreto Legislativo 728, que implica remuneraciones más altas, mayor estabilidad y mayores costos laborales. Entonces, se termina con gente más cara que atiende menos pacientes, un encarecimiento que no se acompaña de mejoras en eficiencia ni en ampliación de servicios. La institución se vuelve más costosa sin volverse más resolutiva.

Asimismo, mientras los recursos se concentran en planilla, la capacidad de atención se deteriora. En 2025, EsSalud reportó que el tiempo promedio de espera para conseguir una cita médica era de 24 días; aunque la entidad señala que esto representa una mejora frente a los 48 a 52 días registrados en los años posteriores a la pandemia, el plazo continúa siendo elevado para un sistema que debería garantizar atención oportuna. El primer nivel de atención, que debería resolver la mayor parte de los problemas de salud, recibe una fracción mínima del presupuesto institucional. Aunque más del 80% de los establecimientos son puestos y centros de salud, la falta de inversión impide que funcionen como puerta de entrada efectiva, generando una congestión permanente en hospitales y especialidades.

Este deterioro operativo es la causa directa del elevado gasto de bolsillo que enfrentan los asegurados. Seis de cada diez afiliados terminan buscando atención fuera del seguro social, mientras que el asegurado promedio de EsSalud gasta S/ 1,064 al año —casi el doble que un asegurado del SIS. Durante el 2025, los asegurados de EsSalud habrían desembolsado alrededor de S/ 2,611 millones en gasto privado para cubrir prestaciones que el sistema contributivo no les brinda. A ello se suma que 66.8% de asegurados ni siquiera busca atención cuando la necesita, ya sea por desconfianza en el servicio, demoras excesivas o falta de citas disponibles.

En síntesis, EsSalud no sufre por un “exceso de atenciones”, sino por atenciones que no ocurren. Tiene más demanda, pero no más oferta; más gasto, pero no más capacidad; más personal costoso, pero menos producción asistencial. La consecuencia es un sistema que recauda más de sus asegurados, pero los obliga a financiar por fuera buena parte de su atención en salud. El resultado, como advierte ComexPerú, es una red que “gasta más, atiende menos y genera un costo creciente para los asegurados”.

6 Diagnóstico financiero: una sostenibilidad cada vez más frágil

El Estudio Financiero Actuarial de la OIT (2023) presenta un diagnóstico contundente: el equilibrio financiero de EsSalud se encuentra comprometido. Si bien en 2022 la institución registró un resultado positivo, desde 2023 se proyectan déficits continuos que agotarían los resultados acumulados en 2024 y la reserva legal en 2026.

Entre las causas destacan el incremento del gasto en prestaciones médicas y económicas, la disminución de ingresos por exoneraciones como la inafectación de gratificaciones y el aumento del gasto en infraestructura, que pasará de S/ 887 millones en 2023 a más de S/ 2 000 millones en 2032. Además, la OIT advierte que las nuevas leyes que amplían beneficios sin financiamiento —como las vinculadas a subsidios, maternidad o programas especiales— acentúan la vulnerabilidad del sistema.

El informe recomienda fortalecer el primer nivel de atención, equiparar los aportes de todos los regímenes, restablecer la cotización sobre las gratificaciones y fijar una base mínima de aporte para los pensionistas. Pero, sobre todo, insiste en que no deben aprobarse nuevas obligaciones sin fuente de financiamiento definida.

7 Más funciones, más gastos: la expansión inorgánica de EsSalud

Pese a las advertencias técnicas, los últimos años han estado marcados por la expansión de funciones y mandatos sobre EsSalud. Cada gestión política ha impulsado la creación de nuevos programas, órganos y beneficios, muchos de ellos sin evaluación previa de impacto financiero.

El Libro Blanco (2019–2022) buscaba ordenar la institución y fortalecer su gobernanza. Sin embargo, el rumbo posterior ha sido el contrario. Se han incrementado las capas burocráticas, los mandatos asistenciales y las prestaciones económicas, mientras la capacidad técnica y los recursos humanos permanecen estancados. En paralelo, el Congreso ha aprobado normas que amplían derechos sin fuente presupuestal, trasladando el costo directo a la institución.

Por ejemplo, entre los años 2021 y 2026, el Congreso de la República aprobó una serie de leyes que modificaron, ampliaron o impusieron nuevas obligaciones a EsSalud. Varias de ellas fueron promulgadas por insistencia, es decir, pese a las observaciones del Poder Ejecutivo, que advirtió la falta de estudios actuariales, la ausencia de fuentes de financiamiento o la vulneración de la intangibilidad de los fondos de la seguridad social.

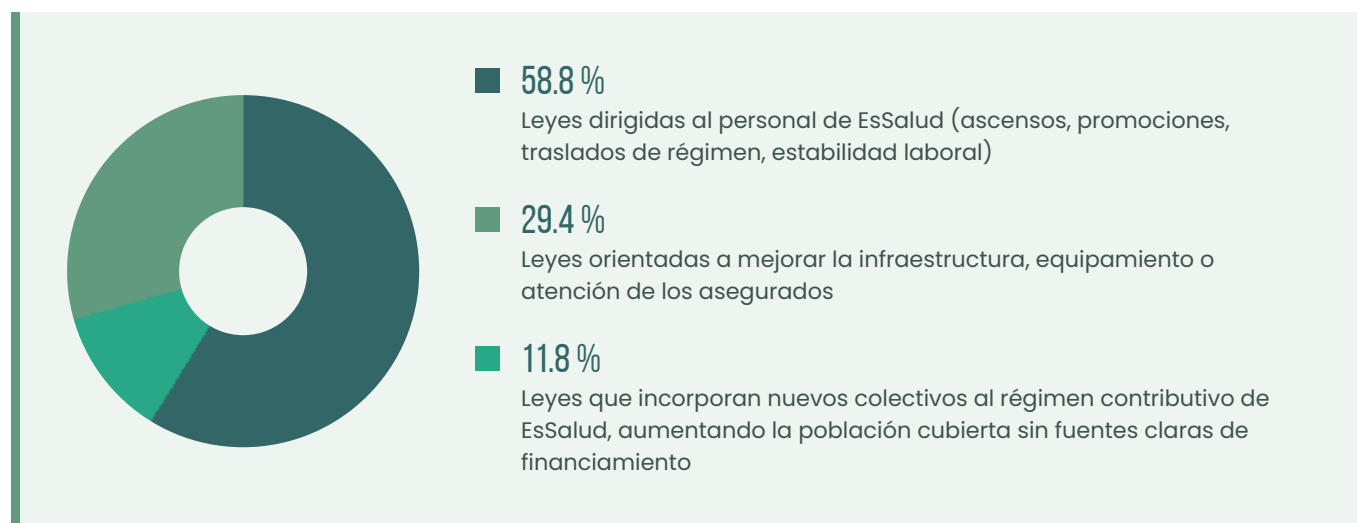


En los últimos años, EsSalud ha acumulado nuevas funciones y obligaciones sin financiamiento ni evaluación técnica, debilitando su sostenibilidad institucional y financiera.

GRÁFICO 1

Temáticas de las leyes aprobadas vinculadas a EsSalud

Periodo parlamentario 2021–2026



Elaboración: Horizonte Laboral.

Este conjunto de medidas ilustra la tendencia reciente: un activismo legislativo que multiplica las prestaciones y cargas presupuestales de EsSalud sin evaluación actuarial ni fuente de financiamiento.

En primer lugar, se aprobó la Ley N.º 31469 que modificó la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud para otorgar cobertura inmediata a mujeres gestantes afiliadas pero sin una evaluación actuarial previa. Pese a las advertencias sobre su impacto financiero, fue aprobada por insistencia.

Posteriormente, la Ley N.º 31703 incorporó a los trabajadores CAS indeterminados de EsSalud al régimen laboral del Decreto Legislativo 728. El Ejecutivo señaló que esta medida implicaba destinar recursos intangibles del régimen contributivo a fines distintos a los asistenciales, pero la norma fue ratificada, generando nuevos compromisos laborales y pensionarios.

En el mismo sentido, la Ley N.º 32045, que permitía la movilidad interna, ascensos y cambios de grupo ocupacional del personal de EsSalud, fue promulgada tras insistencia. El Ejecutivo observó que la norma replicaba esquemas de carrera administrativa ajenos al régimen privado de EsSalud y permitía convocar concursos públicos cerrados antes que abiertos, afectando los principios de mérito y transparencia. A pesar de ello, el Congreso la aprobó, generando nuevas cargas administrativas y salariales.

También por insistencia se aprobó la Ley N.º 32136, que autoriza a EsSalud a reconvertir y asignar plazas vacantes a favor de trabajadores declarados elegibles en su proceso de promoción interna. El Ejecutivo observó que no se había previsto fuente de financiamiento para cubrir la asignación de más de 180 plazas, lo que contravenía el principio de provisión presupuestaria y la intangibilidad de los fondos de EsSalud.

Del mismo modo, se aprobó la Ley N.º 32179, que autoriza la incorporación al régimen laboral del Decreto Legislativo 728 del personal de suplencia cuyo vínculo no fue renovado durante la emergencia sanitaria. El Poder Ejecutivo advirtió que implicaba un gasto considerable para EsSalud, no previsto en su presupuesto institucional, y que la entidad no contaba con recursos disponibles para financiar dichas contrataciones. Pese a ello, la norma fue promulgada, generando nuevas obligaciones laborales con impacto directo en el gasto corriente del seguro social.

A este grupo se suman normas aprobadas sin insistencia, pero con efectos indirectos en el gasto institucional, como la Ley N.º 31619, que declara de necesidad pública la ejecución de inversiones hospitalarias; la Ley N.º 31654, sobre convalidación del servicio SERUMS; la Ley N.º 31752, que dispone la construcción de un hospital en Áncash; y la Ley N.º 31870, que crea áreas de oncología en todos los hospitales del MINSA y de EsSalud, ampliando la estructura funcional sin sustento financiero.

Más recientemente, el Congreso aprobó la Ley N.º 31704, que impone a EsSalud la obligación de rendir cuentas ante el sistema presupuestal público, a pesar de que el Decreto Legislativo 1440 reserva esa facultad al MEF. El Ejecutivo advirtió que la norma invadía competencias exclusivas y desconocía el marco presupuestal aplicable a entidades con autonomía financiera.

Asimismo, la Ley N.º 32059, aprobada por insistencia, autoriza la incorporación de trabajadores CAS a regímenes del Decreto Legislativo 728, vulnerando los criterios fijados por el Tribunal Constitucional. Otras normas, como la Ley N.º 32409 (incorporación de artistas como afiliados independientes) y la Ley N.º 32435 (culminación de obras hospitalarias en Arequipa), refuerzan el patrón de expansión normativa sin respaldo técnico, económico, ni coordinación sectorial.

A este patrón se han sumado, más recientemente, tres normas que profundizan la incorporación de personal a regímenes laborales más costosos sin fuente de financiamiento definida. La Ley N.º 32568 autoriza al MINSA y a EsSalud a ejecutar, por única vez y de forma progresiva durante cinco años, el nombramiento e incorporación al régimen del Decreto Legislativo 728 de los trabajadores beneficiarios de la Ley 31539, así como la incorporación al régimen CAS a plazo indeterminado (Decreto Legislativo 1057) de los beneficiarios de la Ley 31538. Aunque la norma invoca los principios de meritocracia y transparencia y condiciona el proceso a la disponibilidad presupuestal de cada entidad, en la práctica consolida una obligación laboral permanente sobre una masa de personal cuya cuantificación aún debe determinarse mediante un estudio técnico posterior, trasladando a EsSalud un compromiso de gasto sin haberlo evaluado previamente.

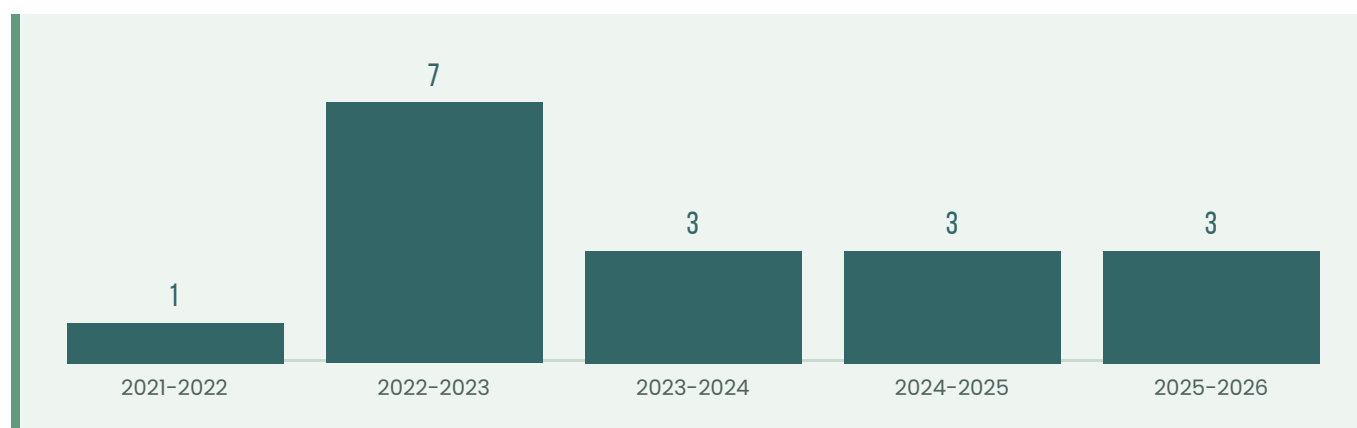
En la misma línea, la Ley N.º 32566 autorizó, excepcionalmente y por única vez, el cambio de contrato CAS-COVID a contrato CAS del personal asistencial de EsSalud que prestó servicios durante la emergencia sanitaria y que no fue alcanzado por los beneficios de la Ley 31539. Bajo el argumento de uniformizar las condiciones laborales, la medida extiende una obligación de gasto corriente sobre un grupo adicional de trabajadores, replicando el mismo mecanismo de regularización sucesiva que ha venido rigidizando la planilla institucional.

Finalmente, la Ley N.º 31549 modificó la décima disposición complementaria final de la Ley 31125 para disponer que el personal de suplencia a plazo fijo bajo el régimen del Decreto Legislativo 728, que mantenga vínculo laboral por dos años continuos o tres discontinuos y haya ingresado por concurso público, pase a contrato a plazo indeterminado en el mismo régimen. Con ello, una vinculación concebida como temporal se convierte en permanente, incrementando de forma estructural las obligaciones laborales del seguro social.

GRÁFICO 2

Distribución anual de normas aprobadas con impacto en EsSalud

Periodo parlamentario 2021-2026



Elaboración: Horizonte Laboral.

En conjunto, estas leyes configuran un proceso de expansión legislativa que ignora los principios básicos del régimen contributivo. Al aprobarse sin estudios actuariales —en contravención del Decreto Legislativo N.º 1171 y del Convenio 102 de la OIT— y sin prever financiamiento, se ha comprometido la estabilidad financiera de EsSalud y se ha debilitado su autonomía institucional.

Este fenómeno, descrito por la OIT como un “desequilibrio creciente entre prestaciones e ingresos”, refleja una tendencia política de corto plazo: usar a EsSalud como vehículo de políticas populistas sin respaldo fiscal.

El resultado es un sistema que asume cada vez más mandatos, financia nuevas prestaciones con los mismos recursos y se aleja del principio de contributividad que le da sustento. La reiterada aprobación de normas por insistencia refleja una tendencia a legislar sin evaluación técnica, trasladando al asegurado y al propio sistema los costos de decisiones políticamente rentables, pero financieramente insostenibles.

8 ¿Qué no salió pero se aprobó en Comisión de Trabajo?

El recuento de leyes promulgadas no agota el riesgo que enfrenta EsSalud. Buena parte de la presión sobre la institución no se cristalizó en normas vigentes, sino que quedó a mitad de camino: dictámenes aprobados en la Comisión de Trabajo y Seguridad Social que no llegaron a convertirse en ley, pero que permanecen como antecedente legislativo listo para ser retomado. Pero sobre todo, esta avalancha de iniciativas es una buena muestra de la poca responsabilidad con la que se pretende otorgar beneficios que luego no son factibles de implementar y contribuyen a incrementar los problemas de EsSalud.

La magnitud del fenómeno es considerable. Entre 2021 y 2026, la Comisión de Trabajo y Seguridad Social dictaminó al menos 47 proyectos de ley que involucran directamente a EsSalud. La actividad legislativa sobre la institución, lejos de moderarse ante las advertencias de sostenibilidad, se multiplicó hasta alcanzar su punto más alto en la última legislatura, justo la que cierra con el cambio de gobierno. Dos grupos concentran la mayoría de estas iniciativas: las que imponen obligaciones laborales (incorporaciones al régimen del Decreto Legislativo 728, cambios de contrato CAS, promociones internas y reconversión de plazas) y las que ordenan construir o equipar infraestructura hospitalaria sin financiamiento ni estudios de demanda que la respalden.

Este activismo no es un asunto interno de EsSalud ni una discusión meramente administrativa. EsSalud se financia con los aportes de los empleadores, no con recursos del Tesoro Público. Cada dictamen que le impone una nueva carga laboral, que amplía beneficiarios sin contribución o que compromete su caja está disponiendo, en la práctica, del dinero que debería ser destinado a darle una atención de calidad a sus asegurados.

El bloque más problemático es el de régimen laboral. Casi todos los dictámenes de esta materia avanzan en la misma dirección: incorporar personal a regímenes más costosos o rígidos, sin evaluación de impacto ni previsión de financiamiento. El Proyecto de Ley 5014/2022-CR, por ejemplo, proponía regular la promoción interna, el cambio de grupo ocupacional y la reconversión del personal de EsSalud, obligando a convocar concursos internos antes que abiertos y eliminando la exigencia de experiencia previa en el grupo ocupacional al que se postula. En la misma lógica, el Proyecto de Ley 14451/2025-CR autoriza a EsSalud a reconvertir y asignar plazas a favor del personal declarado elegible en la promoción interna, pero extiende la medida a los procesos "que se realicen en adelante", convirtiendo una autorización excepcional en una habilitación permanente que genera obligaciones de gasto en personal año tras año, sobre una entidad que ya destina más de la mitad de su presupuesto a planilla.

Un segundo grupo apunta a la libre elección del establecimiento de salud. El Proyecto de Ley 10761/2024-CR reconocía el derecho del asegurado a atenderse en cualquier establecimiento del país, eliminando la adscripción por centro laboral o domicilio. La intención, dar más opciones al asegurado, es atendible pero choca con el diseño real de EsSalud: la institución opera bajo un esquema de capitación fija, con personal y recursos anclados a hospitales concretos, sin margen para trasladar especialistas o infraestructura según se muevan los pacientes. Así, la libre elección se vuelve una promesa formal que congestionaría los hospitales de mayor complejidad, o los que funcionan relativamente bien, y agravaría la inequidad territorial. Más lejos aún llegaba el Proyecto de Ley 13951/2025-CR, que planteaba la libre elección de prestadores privados, incluidas las EPS, mediante un bono financiado por EsSalud: un mecanismo sin valorización clara de las prestaciones ni esquema de financiamiento definido, que podría desarticular la lógica de aseguramiento colectivo y trasladar al sector privado una mayor demanda de atenciones en todos los niveles de complejidad, sin que EsSalud pueda realmente afrontar los costos de esas prestaciones.

A ellos se suma un grupo persistente de dictámenes que amplían la cobertura de derechohabientes sin exigir aporte adicional: la incorporación de hijos mayores en tratamiento por enfermedades crónicas (PL 5187/2022), de hijos estudiantes hasta los 28 años (PL 4481/2022) o, en su versión más amplia, de hijos estudiantes hasta los 25 años y de padres dependientes (PL 6525/2023). Todos comparten el mismo defecto de origen: incrementan el gasto sin ampliar los ingresos, trasladando a un régimen contributivo ya deficitario el costo de proteger a personas que no aportan directamente, en abierta tensión con el principio de intangibilidad de los fondos.



El caso más extremo, sin embargo, ni siquiera logró aprobarse en comisión, pero merece mención por lo que revela sobre los límites que llegó a explorar el debate legislativo. El Proyecto de Ley 11207/2024-CR proponía modificar la composición del Consejo Directivo de EsSalud para reemplazar la estructura tripartita (tres representantes del Estado, tres de los empleadores y tres de los asegurados) por una fórmula que incorporaba a colegios profesionales y reducía la representación de quienes financian el sistema. La medida habría roto el equilibrio tripartito que sostiene la gobernanza de la seguridad social, reconocido en los Convenios 144 y 102 de la OIT que el Perú ha ratificado, desvinculando la dirección de la institución de los beneficiarios de la institución, poniendo su conducción en las manos del personal de EsSalud. Aunque no prosperó, junto con los otros dictámenes evidencia el riesgo que hay cuando en la Comisión de Trabajo y Seguridad Social no se comprende a cabalidad el funcionamiento de EsSalud o pese a ello, se priorizan medias populares en el corto plazo sin considerar los graves trastornos que provocarán en el mediano.

9 EsSalud ante el gobierno entrante: ¿reforma o continuidad?

El deterioro financiero y operativo de EsSalud llega a un punto de inflexión. Con Fuerza Popular ya elegido y a pocas semanas de asumir el gobierno el 28 de julio, la pregunta deja de ser qué se ofreció en campaña y pasa a ser qué se propone hacer con la seguridad social desde el poder. Y aquí conviene una precisión que el presente informe vuelve ineludible: la expansión sin sostenibilidad que documentan estas páginas no fue obra del Ejecutivo, sino del Congreso, que aprobó por insistencia y sin estudios actuariales la mayoría de las cargas que hoy comprometen a la institución. Por eso, evaluar el futuro de EsSalud exige mirar no solo qué hará quien conduzca el Ejecutivo, sino qué hará el Congreso que legisla sobre él. Una reforma sería requiere a los dos.

Desde el Ejecutivo, el plan de gobierno de Fuerza Popular menciona a EsSalud de manera tangencial. La institución aparece dentro de medidas orientadas a la formalización y a la articulación de registros. Son, en esencia, tres. La primera es la promoción del empleo juvenil formal mediante un régimen especial de aseguramiento en salud para trabajadores de 18 a 23 años contratados por MYPE: los jóvenes empleados en microempresas se afiliarían al SIS con cobertura total financiada por el Estado, mientras que en las pequeñas empresas el Estado asumiría el 50 % del aporte a EsSalud durante los primeros cinco años de contratación. La segunda es la preinscripción automática a Pensión 65 de la población potencial de 64 años, enlazada con RENIEC, SISFOH y EsSalud. La tercera es el desarrollo de un Sistema Nacional de Información Nominal en Salud Infantil y Materna, interoperable con RENIEC, EsSalud y el SIS.

El problema no está en lo que proponen, sino en lo que omiten. Ninguna de estas medidas aborda la gobernanza de la institución, la sostenibilidad de su régimen contributivo ni la eficiencia de su gasto.

El panorama no mejora al mirar al Congreso entrante, que será, en última instancia, quien apruebe o bloquee cualquier agenda de reforma. Las bancadas que lo integran tampoco ofrecen un diagnóstico a la altura. Renovación Popular, Juntos por el Perú y Cívico Obras no presentan ninguna medida sobre EsSalud. Buen Gobierno propone consolidar un sistema prestacional único e integrado que articule los subsistemas públicos, EsSalud, los servicios municipales y de las fuerzas armadas y el sector privado. Ahora Nación plantea integrar los servicios del MINSA, los gobiernos regionales, EsSalud y privados para que la afiliación se traduzca en atención real, mediante un sistema único de referencia y contrarreferencia e historias clínicas interoperables. Son las propuestas más ambiciosas del conjunto, pero comparten el mismo punto ciego: hablan de integración y de cobertura, no de gobernanza ni de sostenibilidad financiera. Proponen sumar a EsSalud a un sistema mayor sin resolver antes por qué EsSalud, por sí solo, gasta más y atiende menos.

Ese es el vacío que atraviesa a todo el espectro político. El debate sobre EsSalud tiende a concentrarse en la ampliación de cobertura, en nuevos mecanismos de acceso o en la integración de sistemas, pero omite la variable crítica: la eficiencia operativa y la calidad de la gestión del régimen contributivo. El problema de EsSalud no es, en lo esencial, la falta de recursos, sino que no logra convertir los que ya tiene en atención efectiva. Por eso, prometer mayor acceso o mayor integración sin ordenar la gestión ni la estructura de gasto deja intacto el desequilibrio que la propia OIT ha advertido. La salida no pasa por inyectar más financiamiento a la institución, sino por sacarla de la crisis con una gestión eficiente. En un país donde más del 70 % de la fuerza laboral se encuentra en la informalidad, cualquier medida que incremente las obligaciones del sistema sin resolver antes cómo se administra termina profundizando el problema estructural.

La pregunta de fondo, entonces, no es solo qué hará el nuevo Ejecutivo, sino si el nuevo Congreso repetirá la historia. El período que termina demostró que un Legislativo dispuesto a legislar por insistencia, sin estudios actuariales ni fuente de financiamiento, puede comprometer por sí solo la estabilidad de la institución. Si esa lógica se mantiene, ningún esfuerzo del Ejecutivo bastará; si cambia, se abre la posibilidad —hoy incierta— de una reforma real. Porque el verdadero reto no está en cómo expandir EsSalud ni en cuánto financiarlo, sino en cómo gestionarlo: recuperar eficiencia en la atención para que la capacidad instalada se traduzca en atención real, ordenar su estructura de gasto, fortalecer su base contributiva mediante la formalización del empleo y blindar la intangibilidad de sus recursos frente a decisiones de corto plazo. No hay capacidad de atención efectiva porque el problema es de gestión; mejorar la gestión es la vía para atender a las personas. Y eso exige algo que el ciclo anterior no tuvo: un Ejecutivo y un Congreso dispuestos, al mismo tiempo, a reformar en lugar de repartir.

10 Conclusiones

El análisis integral de EsSalud muestra un sistema que se expande en funciones, mandatos y obligaciones, pero que simultáneamente pierde capacidad para atender a sus asegurados. La institución no sólo enfrenta una contracción financiera, sino también un deterioro operativo profundo: gasta más, pero atiende menos; incorpora personal más costoso, pero sin aumentar su productividad; y sostiene crecientes presiones políticas que amplían prestaciones sin financiamiento ni estudios actuariales.

La evidencia revela que EsSalud no está respondiendo a la demanda existente. Los tiempos de espera se han duplicado, el primer nivel de atención permanece debilitado y una proporción creciente de asegurados se ve obligada a buscar atención en el sector privado o a renunciar a ella. Esto ha generado un gasto de bolsillo sostenido que contradice la lógica misma del régimen contributivo y erosiona la confianza en la seguridad social como pilar de protección.

Al mismo tiempo, la institución carga con un marco normativo que multiplica sus obligaciones y rigidiza su estructura, especialmente por la incorporación progresiva de personal bajo el régimen 728, que eleva los costos sin mejorar los servicios. Esta combinación —expansión normativa, encarecimiento de la planilla, debilitamiento del primer nivel y falta de gobernanza— ha configurado un sistema más pesado, más caro y menos resolutivo.

De continuar esta tendencia, EsSalud no solo enfrentará un deterioro financiero acelerado, sino también un desalineamiento crítico entre lo que se le exige y lo que realmente puede ofrecer. El saldo que deja este período es una seguridad social utilizada como espacio de expansión legislativa sin sostenibilidad ni responsabilidad fiscal: EsSalud ha sido cargado con nuevas obligaciones, beneficios y mandatos aprobados sin estudios actuariales ni financiamiento definido, debilitando su autonomía y comprometiendo su equilibrio contributivo. En paralelo, las denuncias y cuestionamientos recientes sobre su gestión institucional profundizan la desconfianza ciudadana en un sistema que debería ser sinónimo de protección y estabilidad. El riesgo es evidente: una institución esencial para millones de trabajadores puede terminar debilitada no solo por falta de recursos, sino también por decisiones políticas de corto plazo y por una gobernanza cada vez más frágil.

Ese es el punto de partida que hereda el gobierno entrante. La sostenibilidad del sistema depende de recuperar el principio de contributividad, frenar las expansiones sin financiamiento, ordenar la estructura institucional, invertir en el primer nivel de atención y fortalecer la gobernanza para que las decisiones técnicas prevalezcan sobre los incentivos políticos de corto plazo. El desafío para la próxima gestión no será, por tanto, ampliar EsSalud, sino reordenarlo: solo así el país podrá contar con una seguridad social sostenible, capaz de proteger al trabajador y su familia y de convertirse en un verdadero motor para la formalidad y la equidad social.

**Elaborado por:**

Paloma Cotrina, Especialista Legal

Gestión de Datos:

Allison Torres, Analista de Datos

Revisado:

Mayén Ugarte, Presidenta del Consejo Directivo

Diseño editorial:

Diana Wu, Coordinadora de Comunicaciones

Conoce más de nuestros informes de análisis en:



www.h-laboral.org/recursos