Revista de Investigación Multidisciplinaria

CTSCAFE PARA CIUDADANOS.....

http://www.ctscafe.pe

ISSN 2521-8093



Volumen X- N°30 NOVIEMBRE 2026

http;//www.ctscafe.pe

Lima - Perú

REVISTA DE INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

CTS CAFE Para ciudadanos…

http://www.ctscafe.pe

Volumen X- N° 30 Noviembre 2026

ISSN 2521-8093

EsSalud: del síntoma a la receta

Parte I. Diagnóstico de la problemática de EsSalud

Dra. Martha Carolina Linares Barrantes
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Correo electrónico: klinares.estudio@gmail.com

Recibido: 23 Septiembre 2026 Aceptado:15 Noviembre 2026

Resumen: Este artículo describe el Sistema de Salud Peruano y se centra en EsSalud, se realiza una breve descripción de su funcionamiento, con data actualizada describe los síntomas desde la perspectiva de una persona que conoce la realidad, desde dentro, y se plantean propuestas para su mejora y refundación institucional. El objetivo es mostrar el diagnóstico actualizado de la problemática de EsSalud y un Plan de acción completo y transformador para la reestructuración y recuperación del Seguro Social de Salud, con metas claras, considerando un contexto turbulento de cambios políticos donde resurge la preocupación por el bienestar social, principalmente la salud pública.

Palabras clave: ESSALUD/ Gestión de salud/ Gobernanza de salud/ Dirección de salud/ Atención al asegurado

Abstract: This article describes the Peruvian health system with a focus on EsSalud; it outlines the organization's operations and—drawing on up-to-date data and an insider's perspective on the actual situation—describes the issues at hand while proposing measures for improvement and institutional renewal. The aim is to present an up-to-date diagnosis of the challenges facing EsSalud, alongside a comprehensive, transformative action plan for restructuring and revitalizing the Social Health Insurance system. This plan sets out clear goals, taking into account a turbulent political landscape marked by a resurgence of concern for social welfare—particularly public health.

Keywords: ESSALUD/ Health Management/ Health Governance/ Health Directorate/ Insured Care

Résumé : Cet article décrit le système de santé péruvien, en particulier EsSalud. Il en présente un aperçu, s'appuyant sur des données actualisées pour décrire ses problèmes du point de vue d'un acteur de terrain. Enfin, il propose des solutions pour son amélioration et sa restructuration institutionnelle. L'objectif est de dresser un diagnostic actualisé des défis d'EsSalud et d'élaborer un plan d'action global et transformateur pour la restructuration et le redressement du système d'assurance maladie sociale, assorti d'objectifs clairs, compte tenu du contexte politique instable et du regain d'intérêt pour la protection sociale, notamment la santé publique.

Mots-clés: ESSALUD / Gestion de la santé / Gouvernance de la santé / Direction de la santé / Assurance maladie

1. Introducción

EsSalud, es una institución sobrediagnosticada, percibida como una organización con graves problemas de corrupción, su ineficiente gestión de recursos, ausencia de controles, falta de transparencia y débil rendición de cuentas, impacta en una prestación de servicios de salud oportuna y de calidad. El deficiente funcionamiento de EsSalud es una muestra típica de lo que ocurre cuando la corrupción se suma a la incapacidad.

En EsSalud la gestión de recursos deficiente y las graves fallas en los mecanismos de control genera que no exista stock suficiente de medicamentos, dispositivos médicos y materiales de laboratorio necesarios, mientras existe sobrestock de lo que no se necesita.

Las deficiencias en la programación de las citas médicas, la insuficiencia de profesionales de la salud, aumenta los tiempos de espera entre citas en la atención primaria e incrementa las listas de espera de intervenciones quirúrgicas. Las colas en los servicios de emergencia se producen porque la demanda supera a la capacidad de brindar el servicio, parte de ella está formada por pacientes que podrían ser atendidos en centros de atención primaria, que acuden a las emergencias ante la falta de citas con la idea de que "*es más fácil que te atiendan por emergencia*". En los servicios de Emergencia, muchas veces es el personal de vigilancia, a modo de un cuasi triaje, quien decide si se trata de emergencia o urgencia.

En EsSalud es común encontrar equipos de apoyo al diagnóstico que no funcionan por meses, obligando a los pacientes a utilizar servicios privados externos, así también que el día de que le programaron la intervención quirúrgica, el paciente es notificado por teléfono, que la cirugía fue suspendida por "*falta de material quirúrgico*", o porque "*no llegó el lente intraocular del modelo x*", etc. o, en el peor de los casos, se suspende la intervención en sala, luego de haber sometido al paciente a la preparación previa con sedación.

En adición la institución presenta una brecha de infraestructura y equipamiento al año 2035 valorizada en S/ 31 mil millones (EsSalud, 2019) con una ratio de 3 profesionales de la salud (médico, enfermera y obstetra) por cada 1000 asegurados al año 2025 manteniendo una brecha frente al 4.5 recomendado como indicador mínimo por OMS y una ratio de 13.7 médicos por cada 10,000 asegurados (EsSalud 2026e) promedio que disfraza la desigual distribución geográfica de médicos que se concentran en las redes prestacionales de Lima y principales ciudades del país.

Curarse de alguna dolencia en EsSalud es casi un milagro; sin embargo, lo que más llama la atención es que el personal asistencial principalmente médicos y enfermeras, son reconocidos como profesionales altamente competentes y comprometidos y en general tanto el personal asistencial como el administrativo, se encuentran muy identificados con la institución. Asimismo, EsSalud maneja un presupuesto elevado, cuyo ingreso es bastante mayor al de muchos ministerios, pese a ello, muestra déficits operativos sostenidos desde 2017 (ComexPerú, 2026).

En síntesis, EsSalud no funciona en los niveles adecuados de servicio, Los asegurados con capacidad económica prefieren atenderse en instituciones de salud privadas, 6 de cada 10 asegurados de EsSalud se atienden fuera del sistema cuando enferman (ComexPerú, 2025) y últimamente ha surgido el fenómeno creciente por el cual muchos trabajadores buscan mecanismos que permitan su desafiliación de EsSalud, para poder acceder al Seguro Integral de Salud SIS. Sin embargo, mientras la insatisfacción en la atención sigue en aumento, los aportes obligato-

rios a las empresas, que constituyen los ingresos operativos que financian el funcionamiento de EsSalud, se continúan descontando, y el presupuesto se sigue gastando.

2. El Sistema de Salud en el Perú

En el Sistema de Salud peruano el órgano Rector es el Ministerio de Salud MINSA. Bajo la rectoría del MINSA se articulan múltiples subsistemas que operan con distintos mecanismos de financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios, (MINSA, 2016).

La instancia supervisora del sistema de salud, está conformada por la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud - SUSALUD, ejerce también ese rol la Superintendencia de Banca y Seguros SBS para los privados.

Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) son entidades públicas, privadas o mixtas que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de atenciones de salud y que ofrezcan cobertura de riesgos de salud. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), son establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, autorizados para brindar los servicios de salud correspondientes a su nivel de atención. Todas las IAFAS e IPRESS públicas, privadas y mixtas, son supervisadas por SUSALUD.

El sistema presenta diferentes fuentes de financiamiento: Aportes de empleadores a EsSalud, recursos del Tesoro Público al Seguro Integral de Salud SIS, gasto del bolsillo de los hogares, primas de seguros privados. Ver la figura 1.

2.1. Aseguramiento (Iafas)

La principal IAFAS pública es el SIS (Seguro Integral de Salud), que cubre al 65.8% de la población, es un sistema no contributivo que se financia por impuestos y cubre a todos los residentes en el Perú que no tienen otro seguro de salud. La segunda IAFAS pública es EsSalud, que afilia aproximadamente el 23.5% de la población, es un sistema contributivo que cubre a los trabajadores asalariados y a sus familias, se financia con el aporte obligatorio del 9% de la remuneración mensual a cargo del empleador. Existen además otras cuatro IAFAS públicas que aseguran a los miembros de las FFAA y PNP: el Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional (Saludpol), de la Marina de Guerra (FOSMAR), del Ejército (FOSPEME) y de la Fuerza Aérea (FOSFAP), que se financian a través de los presupuestos que reciben de los sectores Defensa e Interior (INEI, 2025).

El sistema de salud cuenta, además, con empresas prestadoras de salud (EPS) IAFAS privadas cuya suscripción es voluntaria, aplican primas, copagos, franquicias con topes de financiamiento, se financian con una parte del aporte del empleador a EsSalud, los asegurados mantienen la prestación de mayor complejidad y alto costo en EsSalud. Existen otras modalidades de aseguramiento públicos, privados o mixtos distintas a las señaladas anteriormente, prestan atenciones de menor complejidad y constituyen aproximadamente el 4.1% (INEI, ibid.)

Según la Encuesta Nacional de Hogares, al cuarto trimestre del 2025, el 93,4% de la población nacional contaba con algún seguro de salud público o privado.

Cada IAFAS atiende a poblaciones específicas y opera con reglas propias.

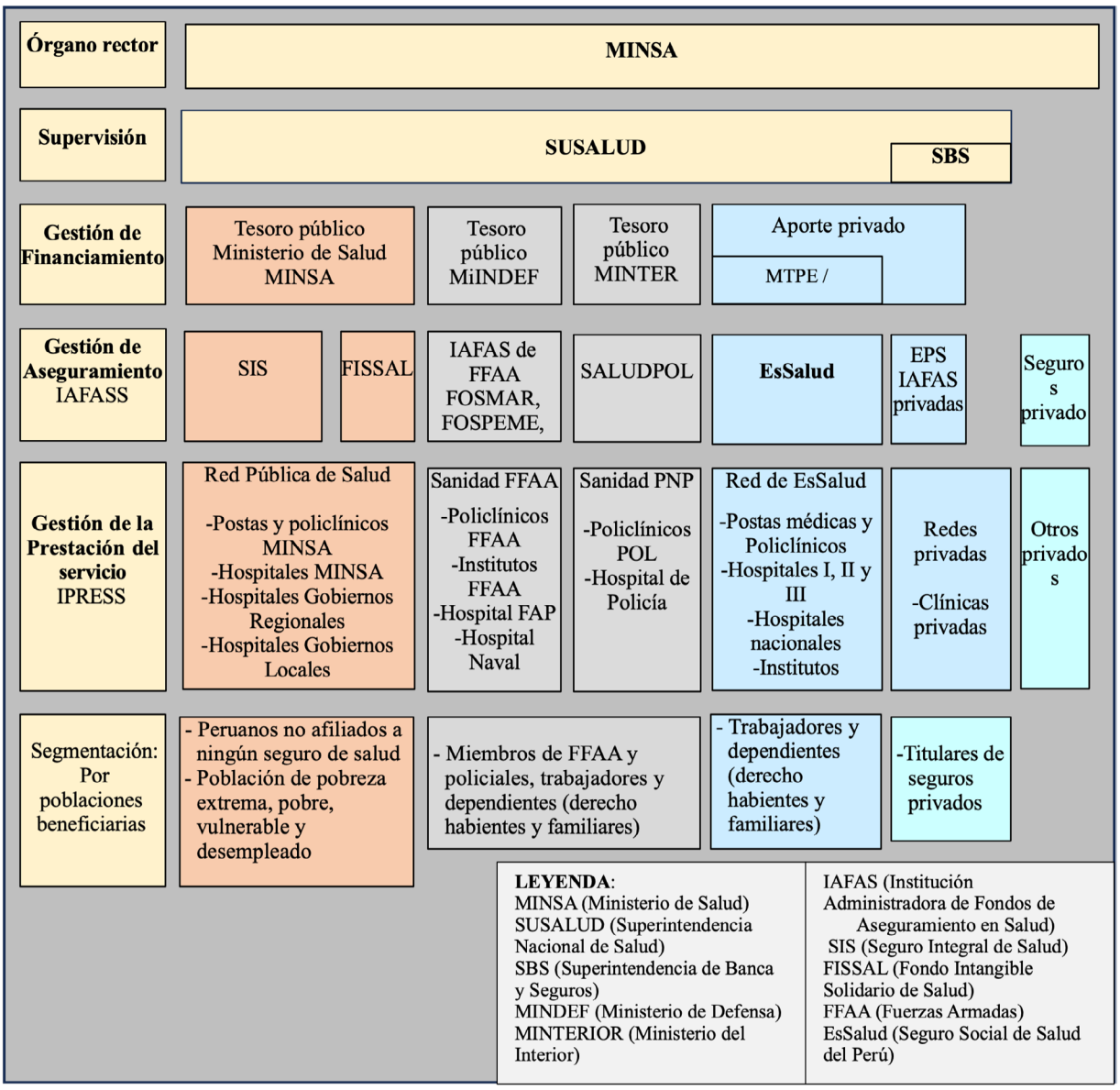
2.2. Prestación de Servicios (Ipress)

Los servicios de salud se brindan en redes asistenciales diferenciadas, a través de IPRESS. No existe complementariedad ni integración entre las redes.

Se tiene la Red de establecimientos del MINSA, la Red de EsSalud, las Clínicas privadas y la Sanidad de las FFAA y PNP.

Las IPRESS están organizadas en tres niveles de atención y categorías, definidas principalmente por el grado de complejidad de sus servicios y su capacidad resolutiva.

Figura N°1: Estructura del sistema de salud peruano



Fuente: Adaptado de Videnza Consultores (2020a, 2020b)

El primer nivel está integrado por centros de atención primaria, enfocados en consulta externa y prevención, sin internamiento (puestos de salud, consultorios). El segundo nivel de atención incluye hospitales y clínicas con especialidades básicas tales como medicina interna, ginecología, pediatría, cirugía general y tienen capacidad de hospitalización y atención a emergencias.

El tercer nivel, lo integran los establecimientos de alta complejidad para atención especializada, cuidados intensivos, especialidades complejas (cardiología, insuficiencia renal, cáncer, etc.).

Como se aprecia, se trata de un sistema mixto, fragmentado y segmentado. Mixto, desde el punto de vista de su financiamiento (los impuestos financian el SIS, los aportes de empleadores a EsSalud y los pagos de bolsillo a seguros privados), fragmentado, desde el punto de vista de la oferta de servicios pues estos son brindados por diferentes redes separadas que funcionan con sus propias reglas, y segmentado por condición laboral o nivel socioeconómico, según el tipo de población al que atiende. La fragmentación produce ineficiencias y es la principal traba para desarrollar políticas integradas y servicios de calidad uniforme.

2.3. Funcionamiento del sistema

Los IAFAS captan o gestionan recursos destinados a la cobertura de riesgos en salud o al financiamiento de prestaciones de salud, estableciendo convenios con las IPRESS para la atención de los asegurados a través de servicios de calidad, oportunos y con tarifas pactadas. Los pobladores acceden a las prestaciones según su tipo de aseguramiento. Las IAFAS públicas brindan las prestaciones de salud mayormente en sus IPRESS propias usando presupuestos que provienen de aportes de los asegurados o de impuestos.

El intercambio prestacional, se dificulta debido a la alta fragmentación del sistema de salud. Cada institución u organismo del sistema opera independientemente, es decir manejan su propio financiamiento, establecimientos de salud y procesos de prestación de servicios de salud propios, sin coordinación ni colaboración entre sí.

Las IPRESS trabajan con contratistas y proveedores distintos; asimismo, reportan a autoridades diferentes Como consecuencia de ello, se dificulta el acceso a la salud, no hay uniformidad en la prestación de los servicios, ni racionalidad en la distribución de infraestructura, las redes asistenciales coexisten, pero no se complementan, produciéndose duplicidad en unas y ausencia de establecimientos de salud en otras partes del territorio nacional. En muchos casos los pobladores deben recorrer grandes distancias para ser atendidos. Esta fragmentación del sistema de salud, impacta negativamente en la calidad del servicio y finalmente en la satisfacción del asegurado.

En el Perú, la función aseguradora y la función prestadora de servicios de salud se encuentran integradas en una misma institución, lo que distorsiona la finalidad de cada función, genera un conflicto de interés estructural impidiendo la eficaz evaluación y control de resultados, ya que quien financia se paga a sí mismo por la prestación de servicios, lo que ha debilitado los incentivos para mejorar la calidad, eficiencia y oportunidad de la atención.

El Decreto Legislativo N° 1158 establece que EsSalud es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) definiendo sus funciones como tal.

La separación de funciones en materia de salud, en el país, está definida y regulada por el Decreto Supremo 010-2016-SA, que aprobó las disposiciones para que las IAFAS Públicas, adecúen sus procesos, diseño organizacional y recursos para hacer efectiva la separación de funciones de aseguramiento y prestacionales, estableciendo plazos para su implementación, los que se han ido ampliando.

En EsSalud, se avanzó en estudios, informes y documentos, elaborados por la Organización Internacional de Trabajo (OIT), el Banco Mundial (BM) entre otros, para facilitar la implementación. A la fecha, EsSalud ha definido los procesos misionales y ha separado contablemente las transacciones de la IAFAS de aquellas correspondientes a sus IPRESS (EsSalud, 2019b).

La importancia de especializar las funciones de aseguramiento y prestacionales radica en que permitirá crear y consolidar eficiencias en la asignación y el uso de los recursos y las inversiones, mejorar la calidad de los servicios de salud (reducción de colas y tiempos de espera, abastecimiento inteligente de medicamentos, entre otros), fomentar la transparencia en el manejo de costos y en general, elevar el nivel de vida del asegurado.

La separación de funciones busca introducir competencia y mejora de la eficiencia, posibilita que el asegurador "compre servicios" pudiendo contratarlos de las IPPRESS propias o privadas evaluando el costo, la calidad y la oportunidad. La exigencia de servicios de calidad a una tarifa razonable obligará a las IPRESS públicas a ser productivas y eficientes, brindando servicios con menores costos y la mayor calidad, medida con indicadores de desempeño establecidos y controles de los niveles de servicio enfocados en la satisfacción de los asegurados, en un mercado competitivo. En EsSalud el aseguramiento no estaría cautivo a la prestación de servicios de salud en las IPRESS propias, se rompería el monopolio interno.

El modelo de separación de funciones se encuentra implementado en algunos países de Sudamérica, con diferentes resultados. Países como Colombia y Chile lograron alcanzar una cobertura casi universal (cercana al 100%) tras separar funciones. Si bien esto permitió que más personas accedieran a prestaciones de salud, la atención no siempre es inmediata. En Uruguay, además de la separación de funciones se integró en una sola red a prestadores públicos y privados bajo reglas comunes, obteniéndose indicadores de salud destacados, sin embargo el gasto en salud es alto y aún registran demoras en los tiempos entre citas especializadas. La transición hacia este nuevo modelo no garantiza resultados por sí sola; su éxito está condicionado a una implementación estratégica y a la capacidad institucional para regular y supervisar el cumplimiento de las metas de salud.

Cada cierto tiempo frente a los problemas del sector salud, surgen planteamientos de unificación estructural de MINSA y EsSalud, incluyendo la sanidad de las FFAA y Policía, para eliminar la fragmentación del sistema (actualmente, el Proyecto de Ley N.º 13909/2026-CR). Esta propuesta es inviable, ya que la fuente de financiamiento de cada institución, MINSA y ESALUD, es completamente distinta; más del 97% de los recursos de EsSalud provienen de la recaudación de aportes de los empleadores (instituciones y empresa privada), y son fondos constitucionalmente intangibles, según el artículo 12 de la Constitución Política del Perú; mientras que el financiamiento del Ministerio de Salud (MINSA) y el Seguro Integral de Salud (SIS) proviene principalmente de recursos del Tesoro Público (casi 99% en el SIS), destinados a cubrir atenciones gratuitas para más de 26 millones de asegurados que no aportan a la seguridad social (MIMSA, 2026). La principal objeción técnica a esta propuesta, es el riesgo de que los fondos de EsSalud terminen subsidiando al resto del sistema, lo que distorsionaría la naturaleza contributiva del modelo, afectando su sostenibilidad y la calidad prestacional para el asegurado. En la práctica, implicaría la disolución del régimen de seguridad social.

Desde el año 2006, con la suscripción del Convenio N° 049 -2006/MINSA entre MINSA y EsSalud se han dado algunos pasos para el intercambio prestacional, pero no se ha afianzado debido principalmente a que no se ha tomado acuerdos clave respecto de los precios y estanda-

rización de procedimientos de carácter asistencial, administrativo, informático y/o tecnológico, ni de los niveles de servicio, compras conjuntas, etc. Los convenios de intercambio prestacional han disminuido y son poco utilizados.

3. Seguro Social de Salud-EsSalud

El Seguro Social de Salud del Perú - EsSalud es un organismo público descentralizado adscrito al sector de Trabajo y Promoción del Empleo, con personería jurídica y autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable, que administra los fondos intangibles de la seguridad social.

La misión de EsSalud consiste en dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de salud (prevención, promoción, recuperación, rehabilitación), económicas y sociales a la población asegurada y sus derechohabientes.

Su autonomía ha sido relativa pues aparte de su dependencia funcional del Ministerio de Trabajo, la ley de presupuesto de 2011 la incluyó bajo la supervisión de FONAFE, que regula su presupuesto. Sin embargo, la Ley de Presupuesto 2026 permite a EsSalud gestionar sus recursos directamente, al excluirla del control de FONAFE durante el periodo fiscal 2026. EsSalud maneja actualmente un Presupuesto Institucional de S/. 19,189,447,194, (EsSalud, 2026a), de los cuales las Redes Asistenciales se llevan el 69.4% que asciende a S/.13,268,450,023, con un Presupuesto de Inversiones de S/. 601,116,145 (3.2% de egresos del PIA).

Tiene a su cargo 402 IPRESS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) de las cuales 393 constituye la oferta propia y 9 IPRESS como oferta extrainstitucional que funciona por medio de convenios.

Su Oferta propia está conformada por 4 Redes Prestacionales y 26 Redes Asistenciales, 2 Institutos (Instituto Nacional Cardiovascular- INCOR e Instituto Nacional de Oftalmología - INO) y 1 Centro Especializado (Centro Nacional de Salud Renal - CNSR) (EsSalud, 2025b).

A enero 2026 EsSalud atiende al 37.3% de la población peruana 12 813,806 asegurados, de ellos son Titulares 8 202,944 (64%) y Derechohabientes 4 387,237 (36%) (EsSalud, 2026b). EsSalud tiene 64081 trabajadores de ellos 55,886 (87.2%) es personal asistencial y 8,195 (12.8%) es personal administrativo. (EsSalud, 2026b, 2025b).

EsSalud atiende mensualmente en promedio 2 063,302 Consultas totales (incluye consulta externa, consultas de atención inmediata, entre otros), 17,049 teleconsultas, 35,429 intervenciones quirúrgicas, 638,051 emergencias, Altas 43017, con un promedio de 6.2 días de estancia (EsSalud, 2026c).

La organización es vertical con una alta centralización y mantiene las funciones de aseguramiento y prestación integradas (no hay separación funcional completa entre IPRESS e IAFAS). Tiene 10 gerencias centrales, y en promedio por cada una de las 30 redes prestacionales/asistenciales 1 gerente de red, entre 3 y 5 gerencias funcionales y de12 a 20 jefaturas.

3.1. El modelo de atención en EsSalud

La atención privilegia la oferta sobre la demanda; es decir, lo que se ofrece no está en función a las necesidades del asegurado sino en función de la capacidad operativa de EsSalud, cuya brecha de infraestructura y personal constituyen fuertes barreras de acceso para los asegurados a los servicios de salud prestados por EsSalud.

Aunque se han realizado intentos por fomentar una cultura centrada en el asegurado, no se han conseguido cambios significativos debido a la burocracia rígida arraigada, inestabilidad institucional, falta de autonomía financiera real y por las falencias de infraestructura y de personal asistencial.

El modelo prestacional de EsSalud tiene un enfoque recuperativo que da mayor importancia a la atención especializada de los EESS de Nivel II (hospitales generales y especializados) y nivel III (Hospitales Nacionales e Institutos Especializados), de mayor complejidad y capacidad de resolución, postergando a los EESS de nivel I, de atención primaria (Centro médico. Policlínico de complejidad creciente y Centro especializado). En el acápite 3.6.2, se analiza la asignación presupuestal por niveles de EESS.

3.2. Infraestructura y brechas

La infraestructura hospitalaria a nivel nacional a diciembre 2025, por niveles de atención (EsSalud, 2025, 2025b), se presenta en la tabla 1.

Tabla N°1: Distribución de infraestructura hospitalaria a nivel nacional

IPRESS – EsSalud 2025 por nivel de atención	Infraestructura hospitalaria	% Infraestructura hospitalaria	Población asegurada	% Población asegurada
Primer Nivel	319	79.3%	7,324,831	58.2%
Segundo Nivel	71	17.7%	5,259,997	41.8%
Tercer Nivel	12	3.0%		
TOTALES	**402**	**100.0%**	12,584,828	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Esta distribución incluye la oferta extrainstitucional 07 establecimientos del primer nivel de atención y 02 del segundo nivel de atención.

A mayo 2025, el 58.2% de la población asegurada está adscrita al primer nivel, mientras que el 41.8% al segundo nivel (EsSalud, 2026d), como se aprecia a continuación.

La distribución de IPPRESS de EsSalud a nivel nacional no es homogénea. La cobertura de EsSalud se dificulta por las condiciones de accesibilidad de cada región especialmente la sierra y zonas altoandinas. Los establecimientos de salud se encuentran mayormente en ciudades de la costa, mientras distritos más alejados de la sierra y selva carecen de infraestructura sanitaria de seguridad social o la existente se encuentra en muy mal estado.

Las redes prestacionales de Lima poseen mayor número de IPRESS propias (Sabogal 21, Rebagliati 17 y Almenara 17 IPRESS) que concentran el 46% de la población total asegurada (Rebagliati 2,097,919, Sabogal 1,968,046 y Almenara 1,669,839).

Las Redes Prestacionales, a diferencia de las Asistenciales son estructuras de gestión de mayor complejidad ofrecen atención especializada y supervisan la prestación de servicios que incluyen establecimientos de salud de mayor nivel.

En provincias, las redes asistenciales con el mayor número de IPRESS son La Libertad (37 IPRESS), seguida de Arequipa (28 IPRESS), Lambayeque (24 IPRESS) y Junín (23 IPRESS) mientras que en los últimos lugares figuran las redes de Jaén (4 IPRESS), Moyobamba (3 IPRESS) y Madre de Dios (3 IPRESS). (EsSalud, 2026d).

En concordancia con los "Lineamientos para la elaboración del Plan Multianual de Mantenimiento de la Infraestructura y el Equipamiento en los Establecimientos de Salud" aprobados mediante la Resolución Ministerial N°533- 2016/MINSA, EsSalud aprobó la "Norma de Gestión de Mantenimiento Hospitalario en EsSalud" mediante la Resolución de Gerencia General N°1563-GG- ESSALUD-2019. De acuerdo a ella se utiliza el indicador Estado de Conservación para calificar la condición material y física del edificio o los bienes de los establecimientos de salud (infraestructura hospitalaria) como buena, regular y mala. El estado regular describe infraestructura con deterioro con acabados e instalaciones con desperfectos, pero sin peligro de desplome y que recibe ocasionalmente mantenimiento. El estado malo comprende infraestructura muy deteriorada que requiere reparaciones mayores, complejas y costosas, que compromete la prestación del servicio asistencial.

La Gerencia Central de Proyectos de Inversión, en su boletín estadístico de mayo 2025, señaló que sólo el 39.9% de los establecimientos de salud de la oferta propia de EsSalud se encuentra en estado de conservación “Bueno”, mientras que el 60.1%, se encuentran en estados “Regular” y “Malo”. (EsSalud, 2026d). Este porcentaje se eleva si se toman en consideración criterios de Defensa Nacional e Índice de Seguridad Hospitalaria-ISH con estándares más rigurosos, principalmente en los establecimientos de nivel I. Las redes asistenciales con establecimientos de salud en mejor estado son las de La Libertad y Lambayeque y las redes asistenciales con mayor número de establecimientos en mal estado son la Red Asistencial Piura y Sabogal.

Con información de los Planes Directores de Inversiones 2016-2025, en el marco de la Programación Multianual de Inversiones (PMI) de EsSalud 2017-2029 (EsSalud, 2026d), se calcularon indicadores de brechas o de acceso a servicios en EsSalud. El indicador de brecha de capacidad instalada la califica como adecuada e inadecuada, evalúa no solo el aspecto físico sino el cumplimiento de las Normas Técnicas de Salud vigentes en cuanto a infraestructura y equipamiento en sus servicios críticos. Un hospital puede tener estado de conservación bueno (físicamente), pero ser inadecuado porque no cumple con los estándares sectoriales de equipamiento o espacio. El indicador brecha de acceso a servicios o cobertura evalúa la necesidad de nuevos servicios especializados o establecimientos de salud (CAP, policlínico/centro médico, hospital I, II, III e Institutos especializados).

En el primer nivel de atención se estima que el 76% de establecimientos de salud presentan capacidad instalada inadecuada, y que se requiere cubrir una brecha de 156 establecimientos de salud por implementar. Asimismo, respecto de los establecimientos de salud en el segundo y tercer nivel de atención, se estima que el 88% de hospitales cuentan con capacidad instalada

inadecuada y se identifica una brecha de 26 hospitales por implementar. En el caso de los 2 Institutos especializados Centro Nacional de Salud Renal de la Red Prestacional Almenara e Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) de la Red Prestacional Rebagliati, con un promedio de antigüedad, mayor a 50 años, no cumplen con las normas técnicas actuales lo que determina un indicador de 100% con infraestructura inadecuada aparte del deterioro físico propiamente.

La brecha de infraestructura y equipamiento que existe en la institución se ha calculado en más de S/ 31 mil millones cuya valorización se muestra en el Plan Estratégico de Inversiones de EsSalud al año 2035 (EsSalud, 2019), cifra que incluye 1. la brecha de prestaciones de salud (oferta nueva de IPRESS, infraestructura faltante en IPRESS existentes para cumplir con la categorización según norma, IPRESS que requieren rehabilitación y 2. la brecha de prestaciones sociales (mayor cantidad de Centro de Adulto Mayor - CAM y Centros de Rehabilitación Profesional y Social - CERP).

3.3. Brechas de personal

En el 2016 en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030 de la ONU, la OMS actualizó el umbral de profesionales de la salud (suma de médicos, enfermeras y obstetras) por cada 1,000 habitantes, a 4.5 (45 profesionales de la salud por cada 10,000 habitantes) indicador mínimo para cubrir metas de salud más amplias (World Health Organization, 2016).

En el Perú la densidad de profesionales de la salud (suma de médicos, enfermeras y obstetras) por cada 10,000 habitantes actualmente asciende a 44.9 profesionales de la salud por cada 10,000 habitantes (Ministerio de Salud, 2026).

EsSalud al 31 diciembre 2025 según su planilla (EsSalud, 2026e) tenía una densidad promedio 3 profesionales en salud por cada 1000 asegurados. Este resultado evidencia una brecha crítica frente al umbral mínimo recomendado de 4.5 por la OMS para garantizar la cobertura sanitaria universal. Ninguna Red prestacional/asistencial cumple. Las mejores rankeadas son las Redes Prestacionales Rebagliati y Almenara con 4.18 y 4.16 profesionales de salud por cada 1000 asegurados.

En las revisiones del Plan Estratégico Institucional se ha identificado como una debilidad recurrente la insuficiente cantidad de personal asistencial principalmente de médicos, lo que traduce en deficiente calidad de los servicios de salud, imposibilidad de acceso adecuado, extensos tiempos de espera para la atención médica, deficiencias en atención a las áreas rurales, imposibilidad de desarrollo de programas de prevención y detección temprana, deficiencias en el seguimiento y atención especial de enfermedades crónicas.

Si analizamos cantidad de médicos, a diciembre de 2025, el Perú registraba una densidad nacional de 17.9 médicos por cada 10,000 habitantes (Ministerio de Salud, 2026), mientras que EsSalud operaba con una ratio de 13.7 por cada 10,000 asegurados, debajo del promedio nacional. Aunque ambas cifras superan el estándar mínimo de la OMS (10 médicos por cada 10,000 habitantes); sin embargo, este superávit es solo aparente, pues el promedio disfraza una severa concentración de médicos en las redes prestacionales de Lima y Callao (Rebagliati y Almenara, Sabogal) y las principales capitales departamento como Arequipa, Trujillo y Chiclayo. Mientras estas sedes presentan este exceso aparente, 15 redes asistenciales de zonas rurales de la Amazonía y de la sierra central operan en niveles críticos (ratios de 0.6 a 0.8), lo que demuestra que el problema institucional no es solo la falta de personal, sino su desigual distribución geográfica.

De acuerdo con el PEI 2025-2030, EsSalud ha identificado una brecha crítica de 4,298 profesionales asistenciales destinados exclusivamente a potenciar el primer nivel. De este total, la necesidad de 1,068 médicos es prioritaria para fortalecer el primer nivel de atención, pasar de un modelo recuperativo (hospitales) a uno preventivo descongestionando el sistema y corrigiendo dicha distorsión geográfica (EsSalud, 2025).

3.4. Equipamiento biomédico y electromecánico

De acuerdo a la "Norma de Gestión de Mantenimiento Hospitalario en EsSalud" aprobada por Resolución de Gerencia General N°1563-GG- ESSALUD-2019, el equipamiento hospitalario puede encontrarse operativo o no operativo. Si se encuentra operativo, puede tener condición de bueno (si rinde conforme lo establece su estándar de funcionamiento y/o especificación técnica de fábrica y se encuentra dentro de su tiempo de vida útil), regular (si rinde alrededor del 50% de su estándar de funcionamiento o ha superado su tiempo de vida útil) o malo (si rinde alrededor del 25% de su estándar de funcionamiento).

Asimismo, un equipo operativo en condición de malo puede ser malo por reparar, por causa de defectos técnicos y/o físicos severos, y de malo para baja, si además ha superado su tiempo de vida útil, sus repuestos están descontinuados y su mantenimiento correctivo supera el 40% del costo de un equipo nuevo de similares características.

Habiendo hecho estas precisiones, EsSalud cuenta con 66 282 equipos (49 991 biomédicos y 16 291 electromecánicos) distribuidos en los EESS a nivel nacional; de ellos, el 16.32 % se encuentran inoperativos (EsSalud, 2026f). Es evidente que los promedios disfrazan la inoperatividad de equipos biomédicos de alta gama (tomógrafos computarizados de alta gama, Resonadores magnéticos de alto campo, aceleradores lineales, y otros) cuya inactividad impacta en el incremento las listas de espera para cirugías e incrementa los tiempos entre consultas en los hospitales de EsSalud. Ver la tabla 2 a continuación.

Tabla N°2: Equipamiento biomédico y electromecánico

	Operativo	**Inoperativo**	**Total**	**Operativo%**	**Inoperativo%**	**Total**
Biomédicos	**41,049**	**8,942**	**49,991**	61.93	13.49	**75.42**
Electromecánicos	**14414**	**1877**	**16291**	21.75	2.83	24.58
TOTAL	**55,463**	**10,819**	**66,282**	83.68	16.32	**100.00**

Fuente: Plan Operativo Institucional 2026 (p. 7), Seguro Social de Salud, 2026. Datos de la Gerencia Central de Proyectos de Inversión (Software SISMAC, diciembre de 2025).

El Estudio de la Gestión Institucional de EsSalud, elaborado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), señala que el incremento de la inversión en equipamiento de calidad ha reducido la obsolescencia hasta niveles cercanos al 30% (OIT & EsSalud, 2020) (WHO, 2016). Dicho Estudio encontró una marcada desproporción de equipos entre las diferentes redes, siendo aquellas con gran número de beneficiarios (Sabogal, Piura y Rebagliati) las que tienen una cantidad menor de equipo por cada 1,000 asegurados 3 frente a redes como Pasco, Apurímac y Amazonas que tienen 13 por cada 1000 asegurados. Detectó además que el 46.2% los equi-

pos biomédicos y electromecánicos disponibles, se concentraba en cinco redes asistenciales de salud (Rebagliati, Almenara, Sabogal, La Libertad y Arequipa), mientras que, en las redes asistenciales de Ayacucho, Moquegua, Puno, Cajamarca, Juliaca, Tumbes, Ucayali, Huaraz, Huancavelica, Madre de Dios y Moyobamba el total de equipos no alcanzaba ni el 0.5% de equipos disponibles en el país. (OIT y EsSalud, Ibid.).

Respecto de la vida útil el Estudio en mención, encontró que el 30.4% del total de equipos (26.5% del equipamiento biomédico y 40.8% de los equipos electromecánicos) se encontraban fuera de su vida útil (por lo general de entre 10 a 15 años). En más del 50% de las redes asistenciales se utilizaba más de un 40% de equipos electromecánicos fuera de su vida útil, con los riesgos para la salud y seguridad de los pacientes, riesgos eléctricos o mecánicos, costos de mantenimiento correctivo, etc. (OIT y EsSalud, Ibid.).

3.5. Experiencia Asociaciones Público Privadas

A través de las Asociaciones Público-Privadas (APP), EsSalud transfiere riesgos financieros y técnicos a las empresas privadas, reduce la brecha de infraestructura y moderniza sus servicios sin comprometer su liquidez inmediata ni arriesgar el fondo intangible de los aportes de sus asegurados *y* garantizando prestaciones de salud de calidad.

Para reducir la brecha de infraestructura y equipamiento y mejorar sus servicios EsSalud, ha suscrito a la fecha 6 APP, de las cuales 2 se encuentran funcionando prestando servicio integral de Bata Blanca, Gris y Verde en el Nuevo Hospital III Callao, Alberto Barton Thompson y el Nuevo Hospital III VMT y Guillermo Kaelín de la Fuente desde el 2014 con buenos resultados. Estos contratos de concesión que operan bajo la modalidad de financiamiento autofinanciada, fueron suscritos con BT Group a través de dos empresas consorciadas de propósito específico Callao Salud S.A.C. y Villa María del Triunfo Salud S.A.C.

Una tercera APP viene prestando servicios especializados, mediante la empresa SALOG, que gestiona la logística de medicamentos (almacenamiento, distribución y entrega), opera el Almacén Central de Medicamentos e Insumos Hospitalarios de EsSalud en el Callao, para atender a las redes prestacionales//asistenciales de Lima y Callao, servicios que presta desde febrero de 2010.

Los contratos de concesión para el diseño, construcción y equipamiento hospitalario clínico y no clínico y la Operación y Mantenimiento de los Servicios Bata Gris y Bata Verde de los Hospitales de Alta Complejidad de Piura y Hospital Especializado de Chimbote se suscribieron con la empresa adjudicataria IBT Health LLC (parte de IBT Group), a mediados de 2024. La modalidad de inversión de estos contratos, a diferencia de anteriores, es cofinanciada, exige compromisos, seguros y coberturas financieras especiales del Estado. Ambos proyectos se encuentran actualmente en la fase final de aprobación de sus expedientes técnicos y permisos legales obligatorios. Se estima que deberían empezar la construcción entre fines de 2026 e inicios de 2027.

Al implementar esta modalidad de participación de la inversión privada EsSalud optimiza el uso de los aportes de los asegurados, ya que el financiamiento inicial es asumido enteramente por el inversionista privado y la retribución económica de la institución se convierte en un costo corriente planificado dentro del presupuesto anual. La institución solo retribuye económicamente al concesionario cuando el hospital se encuentra operando al 100% de su capacidad y

bajo niveles de servicio supervisados. Con estos ingresos el concesionario paga los costos de operación, cubre las cuotas de la deuda bancaria y retiene la utilidad neta.

En todos estos casos el Estado a través de EsSalud, controla el desempeño de las empresas concesionarias con metas e indicadores de atención a los asegurados, estado de la infraestructura y equipamiento, así como procesos ágiles y eficientes. En el caso de los hospitales, el pago capitado promueve la eficiencia en costos y un enfoque en prevención y promoción de la salud. Susalud supervisa el desempeño de las concesionarias desde el punto de vista del derecho a la salud de los asegurados.

Según la información de EsSalud, en su Evaluación de Ejecución Presupuestal Anual en el periodo 2016-2025 se observa el crecimiento sostenido de ingresos y egresos, donde los rubros que resaltan son gastos de personal (remuneraciones, bonificaciones, viáticos, entre otros) y servicios prestados por terceros que captan el 76.43% de los egresos. El rubro personal, representa en promedio el 49.98% de los egresos. En los años recientes (2023-2025), la tasa de crecimiento de gastos en personal supera hasta en dos veces la tasa de crecimiento de ingresos, y hasta en 11 veces la tasa de crecimiento de los egresos operativos.

3.6. Presupuesto

El análisis de la ejecución presupuestal 2016-2025 muestra una tendencia estable de crecimiento, en todos sus componentes, excepto en la etapa de la pandemia donde hubo variaciones a la baja, pero pasada la situación de emergencia retomaron su tendencia al alza, como se observa en la tabla 1 Ejecución presupuestal de EsSalud 2016-2025, se analiza principalmente los rubros de ingresos, egresos, gastos de personal e inversiones, lo que se describe en tabla 3.

Los egresos en proyectos de inversión presentan una tasa de crecimiento promedio en el periodo del 24.63%; sin embargo, los montos asignados son ínfimos, representando en promedio apenas el 1.71% de los egresos.

En el período bajo estudio, se obtuvo ingresos por 131 mil millones de soles, se gastaron 129 mil millones, solo en personal se gastó 64 mil millones, y en proyectos de inversión apenas 2 mil millones. ComexPerú, en su semanario 1293 de febrero 2026 manifiesta su preocupación por el monto pagado al personal por bonos de productividad de casi 10 mil millones de soles en el período 2019-2024, en un contexto donde “se atendieron menos pacientes y el tiempo de espera aumentó de 10.4 días a 26.9 días, de acuerdo a la misma entidad” (ComexPerú, 2026).

La gestión financiera deficiente se percibe en la tendencia de crecimiento de egresos operativos que exceden los ingresos (ver la figura 2), la tasa de crecimiento de egresos es superior a la de ingresos, lo que ha generado problemas de liquidez, que fueron cubiertos durante la pandemia mediante transferencias del Tesoro Público, pero que han continuado hasta la actualidad, como indica Comex “por la falta de voluntad de los funcionarios de revisar los desembolsos de EsSalud” (ComexPerú, 2026).

La falta de liquidez temporal pone de manifiesto una incorrecta gestión financiera, sin adecuada previsión del flujo de caja, que impide afrontar las deudas de corto plazo, lo que, de persistir, podría poner en peligro la provisión de bienes y servicios. En el futuro, EsSalud podría caer en insolvencia sostenida, debiendo recurrir a nuevas transferencias del Tesoro Público. Esta situación impacta en la satisfacción del asegurado que reclama ante establecimientos precarios, falta de medicamentos o equipamiento malogrado, entre otros.

El manejo financiero de corto plazo se agrava por situaciones que perjudican la recaudación, tales como deudas impagas del sector público y privado (deuda tributaria ascendente a S/. 2,700 millones y no tributaria ascendente a S/.2,900), gratificaciones de julio y diciembre no sujetas a descuentos (por las que se deja de percibir cerca de S/. 3,000 millones por año), también "subsidios cruzados" como las menores tasas de aporte del sector agrario (se deja de percibir 257 millones por año) y la base imponible máxima en el aporte del trabajador CAS a EsSalud (se deja de percibir S/.257 millones por año).

Tabla N°3: Ejecución presupuestal de EsSalud. Período 2016-2025 en millones S/., como % de ingreso, tasa de crecimiento anual

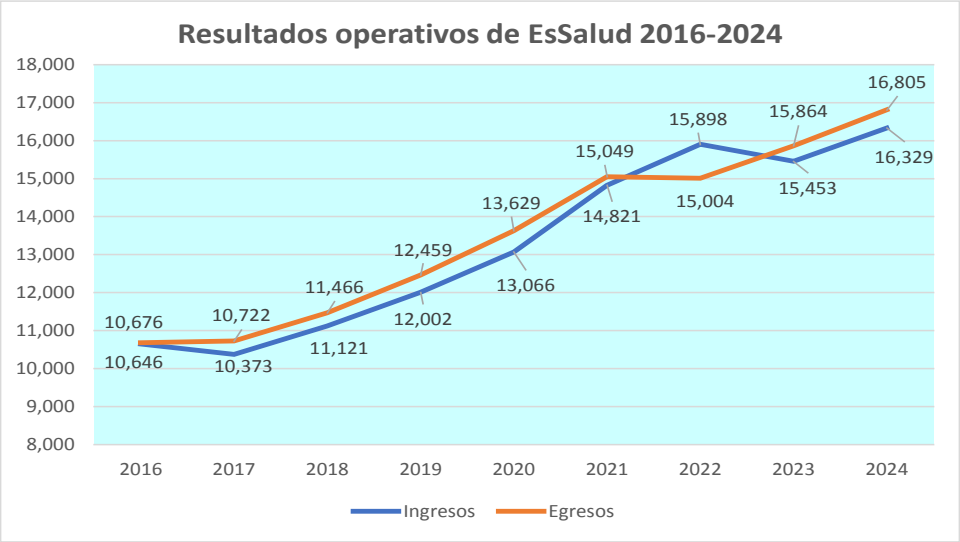
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total periodo
1 INGRESOS DE OPERACION	10,055.6	10,420.1	11,184.9	12,146.3	11,387.3	13,071.5	14,072.0	15,078.6	16,039.8	17,469.5	**130,925.5**
2 EGRESOS DE OPERACIÓN	9,506.9	10,028.7	10,642.6	11,487.8	12,616.6	13,734.5	13,425.9	14,654.7	16,225.3	16,378.0	**128,701.1**
2.2 gastos de personal	4,999.8	5,379.8	5,684.1	6,235.9	5,866.7	5,980.9	6,220.8	7,162.0	7,966.4	8,824.0	**64,320.3**
2.3 servicios prest x terceros	2,199.6	2,172.4	2,335.3	2,425.8	3,751.4	4,820.7	4,128.6	3,990.2	4,134.2	4,088.6	**34,046.9**
3.1.1 PROYECTOS DE INVERSION	157.0	87.4	96.2	123.2	109.8	137.5	279.9	321.6	290.1	594.1	**2,196.8**
5.2 RESULTADO ECONOMICO	-122.7	-60.8	25.0	130.9	-485.5	20.1	-227.3	-229.3	-938.4	-8.2	**-1,896.3**

EJECUTADO COMO % EGRESOS	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	PROM PERIODO
1.1 INGRESOS DE OPERACION	105.8%	103.9%	105.1%	105.7%	90.3%	95.2%	104.8%	102.9%	98.9%	106.7%	**101.73%**
2.1 EGRESOS DE OPERACIÓN	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	**100.00%**
2.2 gastos de personal	52.6%	53.6%	53.4%	54.3%	46.5%	43.5%	46.3%	48.9%	49.1%	53.9%	**49.98%**
2.3 servicios prest x terceros	23.1%	21.7%	21.9%	21.1%	29.7%	35.1%	30.8%	27.2%	25.5%	25.0%	**26.45%**
2.3.1 PROYECTOS DE INVERSION	1.7%	0.9%	0.9%	1.1%	0.9%	1.0%	2.1%	2.2%	1.8%	3.6%	**1.71%**
5.2 RESULTADO ECONOMICO	-1.3%	-0.6%	0.2%	1.1%	-3.8%	0.1%	-1.7%	-1.6%	-5.8%	-0.1%	**-1.47%**

EJECUTADO TASA CRECIMIENTO %	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	PROM PERIODO
1.1 INGRESOS DE OPERACION		3.6	7.3	8.6	-6.2	14.8	7.7	7.2	6.4	8.9	6.47
2.1 EGRESOS DE OPERACIÓN		5.5	6.1	7.9	9.8	8.9	-2.2	9.2	10.7	0.9	6.31
2.2 gastos de personal		7.6	5.7	9.7	-5.9	1.9	4.0	15.1	11.2	10.8	6.68
2.3 servicios prest x terceros		-1.2	7.5	3.9	54.6	28.5	-14.4	-3.4	3.6	-1.1	8.68
2.3.1 PROYECTOS DE INVERSION		-44.3	10.0	28.2	-10.9	25.2	103.6	14.9	-9.8	104.8	24.63
5.2 RESULTADO ECONOMICO		-50.5	-141.2	422.6	-470.9	-104.1	-1,230.4	0.9	309.2	-99.1	-151.51

Fuente: Elaboración propia, basado en EsSalud (2016-2025) Ejecución Presupuestal

Figura N°2: Tendencia de ingresos operativos y egresos operativos



Fuente: Elaboración propia. Adaptado de ComexPerú (2026), EsSalud (2026a)

3.6.1. Presupuesto institucional de apertura de EsSalud (PIA)

El PIA para el presente año es de S/. 19,189,447,194, el 96.8% de ingresos provienen de aportaciones del sector privado por S/.18,568,152,939 (EsSalud, 2026). Interpretando la información presupuestal, en la tabla 4, el mayor egreso de operación lo constituye el destinado a los gastos operativos de las Redes Asistenciales, S/.13,268,450,023 (69.4%). El gasto asignado a remuneraciones en las redes asistenciales equivale al 54.9%. del presupuesto total para dichas Redes y 39.3% del monto asignado para programas centrales administrados por encargo, se destina a remuneraciones de las dependencias de la sede Central.

Tabla N°4: Gastos Operativos de las Redes Prestacionales y Asistenciales 2026 en soles

	Totales	% de ingresos	Remuneraciones	Remuneraciones % del total
1.1 Ingresos de operación	19,189,447,194	100.00%	**9,034,923,882**	47.08%
- Ing. aportes de sector privado	18,568,152,939	96.76%		
1.2 Egresos de operación				
- Redes asistenciales	13,268,450,023	69.14%	7,278,446,047	54.86%
- Administración por encargo	3,920,104,089	20.43%	1,541,598,636	39.33%
- AFESSALUD	248,899,788	1.30%	214,879,199	86.33%
Total egresos de operación	17,437,453,900	90.87%	**9,034,923,882**	51.81%

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de EsSalud (2026a)

La elevada participación de las remuneraciones en gastos operativos requiere de un análisis exhaustivo, y el planteamiento de una política salarial basada en evaluación del desempeño, productividad y resultados, como incentivo para la mejora en la prestación de los servicios en EsSalud.

En general, se observa una estructura de costos desequilibrada, situación que refleja la formulación del presupuesto sobre la base de una proyección histórica simple, basada en objetivos y metas inerciales, sin analizar costos, anticipar escenarios futuros ni atender a las necesidades reales.

En la tabla 3 se observa las prioridades en la asignación de recursos, mientras remuneraciones capta casi 50% del gasto operativo de EsSalud, las inversiones bordean un exiguo 3.2%, es previsible que la cobertura, capacidad de atención y prestación del servicio, se deteriore año a año y aumente la brecha entre la oferta requerida versus la oferta real de servicios de salud.

Tabla N°5: Prioridad de inversiones dentro del presupuesto de egresos 2026

	Sub totales	% de egresos operación
1.2 Egresos de operación		
- Remuneraciones	9,034,923,882	47.87%
- Bienes y servicios (e)	8,953,372,217	47.44%
- Inversiones	601,116,145	3.19%
- Otros	283,353,989	1.50%
Total egresos de operación	18,872,766,233	100.00%

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de EsSalud (2026a)

Para el año 2026 el presupuesto de inversiones es de S/. 601,116,145.00, comprende 396 millones de soles, destinados a 40 proyectos de inversión, obras de construcción, ampliación o modernización de ambientes y servicios de salud. en distintos departamentos del país y, 204 millones de soles, para la compra, reposición y renovación de equipos médicos y asistenciales.

El costo total de las inversiones del Programa Multianual de Inversiones (PMI) de EsSalud para el período 2026-2028, bajo Invierte.pe asciende a S/ 3 849 900 265, incluye una amplia gama de proyectos e intervenciones, Inversiones en APP, a largo plazo, pero la capacidad financiera real para inversiones está limitada a lo presupuestado en el año fiscal (EsSalud, 2026d).

Los bajos niveles de inversión presupuestados cada año reflejan una discutible visión de desarrollo de largo plazo, que deriva, posiblemente, de la falta de autonomía real en el manejo de los fondos, de la improvisación en el manejo de EsSalud, frecuentes rotaciones de su alta dirección, derivado posiblemente de la poca institucionalidad y "debilidad del consejo directivo" (ComexPerú, 2026).

En general, la situación de déficit operativo combinada con el ínfimo nivel de inversión planeado muestra falta de estrategia de largo plazo e inexistencia de prioridades en el gasto, a pesar de que, en la atención primaria, el 76% de EESS funcionan con infraestructura inadecuada y se requieren 156 EESS nuevos (EsSalud, 2026c),

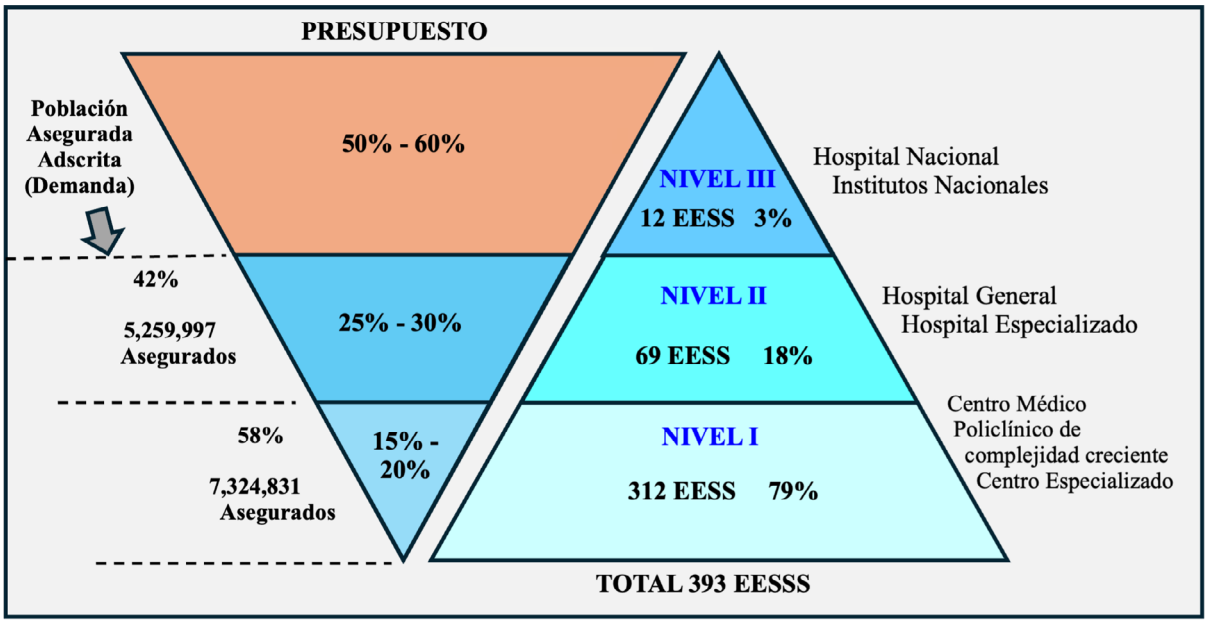
3.6.2. Asignación Presupuestal según niveles de Establecimientos de Salud

La Resolución de Gerencia General N°1471-GGESSALUD-2013, aprobó la Directiva N°018-GG-ESSALUD-2013 que clasifica los EESS por niveles de atención en función a la complejidad (especialización, tecnología, dificultad de intervenciones o tratamientos) y capacidad resolutiva.

El modelo prestacional de EsSalud, enfatiza su actuación en la atención recuperativa de la salud, lo que se refleja en la asignación presupuestal, que prioriza a los establecimientos especializados en la atención de enfermedades complejas (Niveles II y III). Como consecuencia, se debilita la Atención primaria de salud. limitando las acciones de prevención, filtro y contención en el primer nivel. En otras palabras, la asignación presupuestal se orienta hacia el nivel de mayor complejidad en desmedro del primer nivel de atención.

La población asegurada de EsSalud comprende más de 12 millones de asegurados, adscritos a 381 EESS de nivel I y II. El nivel I y II cubre la demanda del 100% de asegurados, pero solo recibe entre 40% y 50% del presupuesto de EsSalud, como se detalla en la figura 3.

Figura N°3: Asignación de presupuesto y población asegurada según niveles de EESS en EsSalud.



Fuente: Elaboración propia, adaptado de Gerencia Central de Prestaciones de salud 2025

Del total de asegurados de 12.6 millones, el Nivel I con 58% de asegurados (7.3 millones) es atendido por el 79% de EESS (312 EESS) y se le asigna hasta el 20% del presupuesto; el Nivel II con 42% de asegurados (5.3 millones) es atendido por el 18% de EESS (69 EESS que comprende hospitales generales y hospitales especializados) y se le asigna hasta el 30% del presupuesto. El Nivel III no tiene población asegurada adscrita, los pacientes son referidos a este nivel por tener patologías complejas que superan la capacidad resolutiva de los Niveles I y II, es atendido por el 3% de EESS (12 EESS que comprende hospitales de referencia nacional e institutos nacionales) y se le asigna hasta el 55% del presupuesto.

4. Discusiones preliminares

Las discusiones iniciales se concentran en la atención en los EESS, la que se representa como una pirámide en cuya base se ubican los EESS de nivel I que corresponde a la atención primaria, acceso al sistema de salud, su objetivo es resolver los problemas médicos más comunes y prevenir enfermedades, actuando como mecanismo de contención y evitar congestión en los hospitales y emergencias de los niveles superiores.

En cambio, la asignación presupuestal se representa como una pirámide invertida, donde se asigna menores recursos a los niveles I y II, y se prioriza el nivel III, el cual absorbe la mitad de los recursos de la entidad para atender patologías de alta especialización. Esta situación representa una deficiente asignación de recursos ya que se posterga la atención primaria, urgente y crítica en el contexto de salud peruano y se privilegia la atención especializada de un reducido número de pacientes que no alcanzan el 1% de asegurados.

5. Conclusiones preliminares

Es necesario analizar las causas de los problemas con técnicas de análisis de organizaciones, a fin de desarrollar las propuestas de mejora, lo que se presenta en la segunda parte del artículo de investigación.

6. Agradecimiento

Expreso mi agradecimiento al Dr. José Félix Palomino Manchego, Decano de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y al Dr. Francisco Rogger Carruitero Lecca asesor de tesis de doctorado por su apoyo y orientación en el desarrollo de mi trabajo de investigación doctoral, base del presente artículo, cuya visión y orientación constituyen pilares fundamentales para la culminación de mi estudio doctoral.

7. Literatura citada

ComexPerú (2025). Diagnóstico y propuestas para mejorar EsSalud11/11/2025. Seguro Social de Salud-EsSalud ¿Por qué no funciona? https://comexperu.org.pe/ articulo/ diagnostico-y-propuestas-para-mejorar-essalud

ComexPerú (2025b). EsSalud: retrocesos en telemedicina e intercambio prestacional tras la pandemia. https://www.comexperu.org.pe/articulo/essalud-retrocesos-en-telemedicina-e-intercambio-prestacional-tras-la-pandemia

ComexPerú (2026). EsSalud: más gasto, menos margen y mayor riesgo de depender de transferencias. 27/02/26. https://www.comexperu.org.pe/articulo/essalud-mas-gasto-menos-margen-y-mayor-riesgo-de-depender-de-transferencias

Contraloría General de la República CGR (2024). Índice de Riesgos de Corrupción e Inconducta Funcional INCO 2024. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6520701/5686160-indice-de-la-corrupcion-e-inconducta-funcional-inco-2o23%282%29.pdf?v=1720800749

EsSalud Seguro Social de Salud (2017). Ejecución Presupuestal Ejercicio 2016.

EsSalud (2018). Ejecución Presupuestal Ejercicio 2017.

EsSalud (2019). Plan Estratégico de Inversiones 2019-2035. Gerencia Central de Proyectos de Inversión.

EsSalud (2019b). Hacia la modernización de la Seguridad Social en el Perú. Libro blanco para el diálogo. Políticas y hoja de ruta para el fortalecimiento del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2022. https://www.essalud.gob.pe/transparencia/libro_blanco/libro_blanco_1.pdf#:~:text=Desde%20que%20asumimos%20la%20conducci%C3%B3n%20de%20EsSalud,3)%20fortalecer%20el%20primer%20nivel%20de%20atenci%C3%B3n.

EsSalud (2019c). Ejecución Presupuestal Ejercicio 2018.

EsSalud (2020). Ejecución Presupuestal Ejercicio 2019.

EsSalud (2021). Ejecución Presupuestal Ejercicio 2020.

EsSalud (2022). Ejecución Presupuestal Ejercicio 2021.

EsSalud (2023). Ejecución Presupuestal Ejercicio 2022.

EsSalud (2024)**.** Plan Estratégico Institucional 2025-2030**.** Gerencia Central De Planeamiento y Presupuesto.

EsSalud (2024b). Ejecución Presupuestal Ejercicio 2023.

EsSalud (2025). Informativo Mensual. EsSalud en cifras, cifras definitivas a diciembre 2025. Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto.

EsSalud (2025b). Memoria Anual 2025. Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto.

EsSalud (2025c). Ejecución Presupuestal Ejercicio 2024.

EsSalud (2026). Resolución de Gerencia General N° 000451-GG-EsSalud- 2026. Presupuesto a nivel Desagregado por Fondos y Dependencias del Presupuesto Institucional de Apertura del Seguro Social de Salud (EsSalud) correspondiente al Año Fiscal 2026.

EsSalud (2026b). Población Agregada de EsSalud actualizada a enero 2026. Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto Estadísticas actualizadas a enero 2026. https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZWJjYTMyNGYtOTE0ZS00NWJmLTg0MDgtNGQ4NmM3NDEzYjMxIiwidCI6IjM0ZjMyNDE5LTFjMDUtNDc1Ni04OTZlLTQ1ZDYzMzcyNjU5YiIsImMiOjR9.

EsSalud (2026c). Estadísticas actualizadas a enero 2026. Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto.

EsSalud (2026d). Programa Multianual de Inversiones (PMI) 2027-2029 del Seguro Social de Salud – ESSALUD. Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, Gerencia de Programación Multianual.

EsSalud (2026 e). Información de personal por grupos ocupacionales y niveles - IV Trimestre 2025. Gerencia Central de Gestión de las Personas. Portal de Transparencia Estándar. transparencia.gob.pe.

EsSalud (2026f). Plan Operativo Institucional 2026 (Informe N.º 7615921). Plataforma digital única del Estado Peruano. https://www.gob.pe/institucion/essalud/ informes-publicaciones/7615921-plan-operativo-institucional-2026

EsSalud (2026g). Informe de evaluación del Plan Estratégico Institucional 2025-2030 (al segundo semestre del 2025). Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto.essalud.gob.pe.

EsSalud (2026g). Ejecución Presupuestal Ejercicio 2025.

INEI Instituto Nacional de Estadística e Informática (2025). Informe Técnico: Perú, Condiciones de Vida, cuarto trimestre 2025 (Encuesta Nacional de Hogares). inei.gob.pe

MINSA Ministerio de Salud (2026). Indicadores de recursos humanos en salud: Densidad de médicos, enfermeras y obstetras por cada 10,000 habitantes - Cierre 2025. Dirección General de Personal de la Salud; Observatorio de Recursos Humanos en Salud. minsa.gob.pe

MINSA (2016, 27 de febrero). Decreto Supremo N° 010-2016-SA. Apruébese las "Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas – IAFAS Públicas". Diario Oficial El Peruano. https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1350195-1.

OIT Organización Internacional del Trabajo (2024). Opiniones, percepciones y valoraciones de los trabajadores de EsSalud sobre el desempeño institucional. https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-08/ESTUDIO%20SOBRE%20LAS%20OPINIONES.pdf

OIT&EsSalud Oficina de la OIT para los Países Andinos & Seguro Social de Salud. (2020). Evaluación de la gestión institucional de EsSalud. Repositorio Institucional de EsSalud. essalud.gob.pe

Videnza Consultores. (2020, septiembre). Marco general del sistema de salud (Documento de investigación). Redes - Promoción de la Inversión en Infraestructura. https://www.redesarrollo.pe/wp-content/uploads/2020/09/marco-general-del-sistema-de-salud.pdf

Videnza Consultores (2020b). Sistema de salud en el Perú. https://videnzaconsultores.org/wp-content/uploads/2023/05/Nota-de-Politica.pdf

WHO World Health Organization (2016). Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals (Human Resources for Health Observer Series No. 17). who.int

CTS CAFE Para ciudadanos…

REVISTA DE INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

FORMATO DE PRESENTACIÓN DE ARTÍCULO

Para todos aquellos investigadores científicos y al público en general que deseen publicar sus trabajos en esta su ***Revista de Investigación Multidisciplianria CTSCAFE*** y para la correcta revisión por parte de nuestro Comité Científico de los artículos que serán escogidos para la publicación, los archivos de su artículo deveran ser enviados por correo electrónico a los editores: **revistactscafe@ctscafe.pe**. Los trabajos pueden ser presentados en idioma castellano, inglés o francés siguiendo las siguientes indicaciones:

Título del Articulo: Español, Inglés, francés y portugués escrito en altas y bajas, con una longitud no mayor a 150 caracteres, incluidos espacios.

Autor-autores: Nombre y apellido del autor o los autores. Afiliación institucional de los autores, correo electrónico de cada uno de los autores, indicando la dirección postal del autor para correspondencia si es que tuviera.

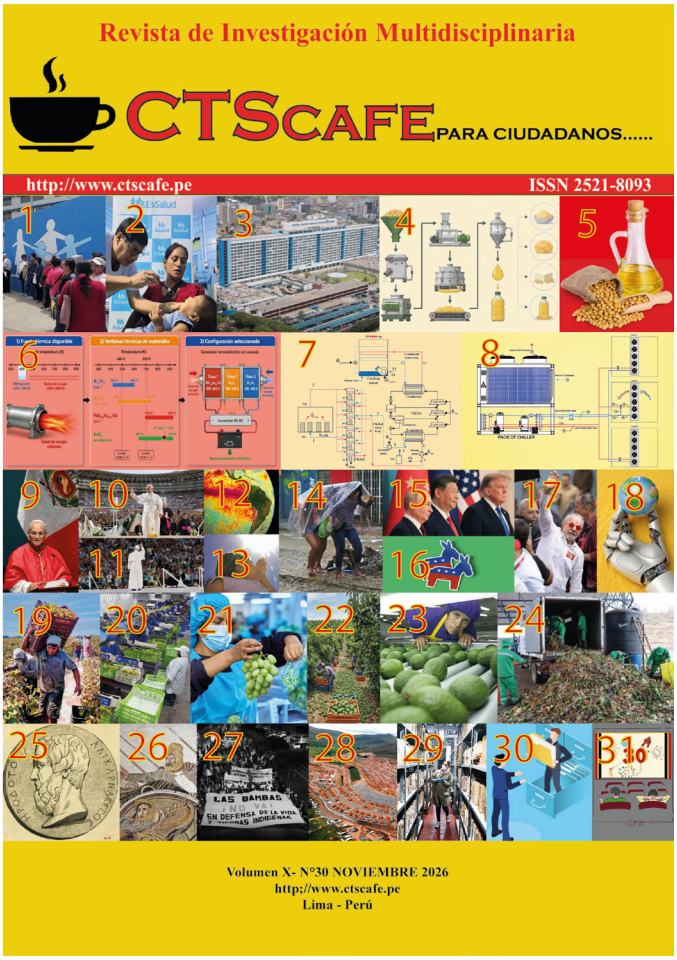
Resumen: no mayor de 250 palabras en Español, Inglés, y Francés

Palabras clave: cinco en español, inglés, y francés

Cuerpo: El cuerpo del artículo debe presentar:

1- **Introducción**
2- **Material y métodos**
3- **Resultados**
4- **Discusión**
5- **Agradecimiento**
6- **Conclusiones**
7- **Literatura Citada** (Incluirá todas las referencias citadas en el texto dispuestas solamente en orden alfabético y sin numeración. La cita se inicia con el apellido del primer autor a continuación, sin coma, las iniciales del nombre separadas con puntos y sin espacio. El segundo y tercer autor deben de tener las iniciales de los nombre y a continuación el apellido. El último autor se diferenciara por que le antecede el símbolo &. Si hubiesen más de tres autores pueden ser indicados con la abreviatura et al. Los nombres de las publicaciones periódicas (revistas) pueden ir en la abreviatura oficial considerada según su código ISSN. El código DOI debe ser colocado al final de la referencia. En la literatura citada solamente se usa letra tipo normal, no itálica, no versalita).

ÍNDICE DE IMÁGENES



De izquierda a derecha

1. https://www.defensoria.gob.pe/lambayeque-defensoria-del-pueblo-permitio-ampliar-atencion-y-reducir-colas-en-hospital-essalud-de-chiclayo/
2. https://www.radionacional.gob.pe/noticias/nacional/essalud-lleva-atencion-medica-a-santa-rosa-y-caballococha-en-loreto
3. tomado de @EsSaludPeru
4. Instagram.com/p/DbEgeVMm-e6/
5. https://delagarzamateriasprimas.com/aceite-de-soya/
6. Saavedra, Baquerizo & Zarate (2026)
7. Angulo, Huarcusi, Lopez, Barrientos & Suarez (2026)
8. Angulo, Huarcusi, Lopez, Barrientos & Suarez (2026)
9. https://www.lafm.com.co/internacional/papa-leon-xiv-peru-lima-gira-del-argentina-uruguay-417351#google_vignette
10. https://www.facebook.com/identidadlatina/posts/papa-leo-en-el-estadio-nacional-como-es-costumbre-la-visita-del-papa-incluy%C3%B3-un-/1998772628095432/
11. https://diariocorreo.pe/peru/papa-leon-xiv-en-peru-como-obtener-entradas-gratis-para-la-vigilia-en-el-estadio-nacional-noticia/
12. https://www.infobae.com/peru/2026/10/08/fenomeno-el-nino-cambia-el-panorama-climatico-en-peru-se-adelantan-las-lluvias-en-todo-el-litoral-y-preven-records-de-temperatura/
13. https://www.infobae.com/peru/2024/02/28/el-sol-no-dara-tregua-temperaturas-altas-continuaran-en-lima-hasta-la-primera-quincena-de-marzo-pese-a-fin-de-ola-de-calor/
14. https://andina.pe/agencia/noticia-el-nino-podria-tener-un-mayor-impacto-a-fines-2026-esto-dicen-las-agencias-del-clima-1070134.aspx#google_vignette
15. https://crnnoticias.com/cumbre-apec-2026-china-acuerdos-comercio-energia/
16. https://www.rfi.fr/es/programas/noticias-de-am%C3%A9rica/20260628-estados-unidos-el-partido-dem%C3%B3crata-en-agitaci%C3%B3n
17. https://www.facebook.com/LaCronicaDeHoy/posts/-luiz-in%C3%A1cio-lula-da-silva-gan%C3%B3-la-segunda-vuelta-de-las-elecciones-presidencial/122254981148288324/
18. Imagen trabajada en base a https://www.elcorreo.com/sociedad/robots-aduenan-20171108215153-nt.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.elcorreo.com%2Fsociedad%2Frobots-aduenan-20171108215153-nt.html
19. https://www.agroperu.pe/midagri-articula-venta-directa-de-161-toneladas-de-uva-de-productores-de-canete-a-la-industria-pisquera/
20. https://andina.pe/agencia/noticia-peru-se-consolida-como-principal-productor-y-exportador-mundial-uvas-1095802.aspx
21. https://andina.pe/agencia/noticia-peru-se-consolida-como-principal-productor-y-exportador-mundial-uvas-1095802.aspx
22. https://www.facebook.com/Asociaciondeexportadores/posts/la-palta-peruana-no-se-detiene-si-bien-se-exporta-todo-el-a%C3%B1o-su-campa%C3%B1a-va-de-m/1380634897435509/
23. https://elcomercio.pe/economia/peru/agricultores-arequipenos-quintuplicaron-su-produccion-anual-de-palta-hass-afirmo-midagri-nndc-noticia/
24. https://andina.pe/agencia/noticia-economia-circular-comunidad-cusquena-produce-abono-natural-a-partir-residuos-organicos-1007744.aspxhttps://polarexpres.es/realizar-transporte-medicamentos/
25. https://www.thecollector.com/ancient-egypt-animals-herodotus-histories/?utm_source=Pinterest&utm_medium=organic
26. https://www.flickr.com/photos/mymuk/6548565499?utm_source=Pinterest&utm_medium=organic
27. https://dialogoshumanos.pe/2022/05/01/conflicto-en-las-bambas-cuando-el-reclamo-por-los-derechos-humanos-y-comunales-es-respondido-con-represion-estatal/
28. https://www.rcrperu.com/se-necesita-un-plan-de-desarrollo-para-que-las-bambas-pueda-beneficiar-a-las-regiones-de-apurimac-y-el-cusco/
29. https://www.elperuano.pe/noticia/157101-archivo-general-de-la-nacion-la-institucion-que-salvaguarda-los-documentos-del-peru
30. https://www.unir.net/revista/humanidades/archivista-archivologo/
31. Ilustración realizada por M. Villavicencio (noviembre 2026)

REVISTA DE INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

CTSCAFE Para ciudadanos…

http://www.ctscafe.pe

Volumen X- N° 30 Noviembre 2026

Contáctenos en nuestro correo electrónico

revistactscafe@ctscafe.pe

Página Web:

http://ctscafe.pe