
Evaluación actuarial del Plan de Salud Familiar Complementario

Elaborado a solicitud de FOSFAP



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Carlos V. Gazzo". To the right of the signature is a circular official seal.

CARLOS V. GAZZO
DN : 08784546

JUNIO DE 2025
CARLOS V. GAZZO

Descargo de responsabilidad

El presente informe ha sido elaborado con base en información provista por la IAFAS-FOSFAP, así como en registros administrativos, clínicos y financieros disponibles al momento de su elaboración. Las proyecciones, simulaciones y recomendaciones contenidas en el documento responden a supuestos técnicos definidos explícitamente y están sujetas a variabilidad inherente a los datos, al comportamiento de los afiliados y a cambios en el entorno regulatorio o institucional.

Este documento no constituye una recomendación vinculante ni representa necesariamente la posición oficial de FOSFAP. La implementación de cualquier medida sugerida debe ser evaluada por las instancias correspondientes considerando criterios legales, operativos y presupuestales adicionales.

El autor declara no tener intereses personales, comerciales ni institucionales en los resultados del presente análisis, y garantiza plena independencia técnica en la elaboración de los contenidos.



Tabla de contenido

1.	Introducción.....	4
2.	Descripción institucional de la IAFAS-FOSFAP	5
2.1	Plan Específico de Salud.....	6
2.2	Plan de Salud Complementario Familiar	7
2.3	Plan de Salud Complementario Oncológico Familiar	7
2.4	Plan de Salud Complementario para Padres	8
2.5	Plan de Salud Complementario Oncológico para Padres.....	9
2.6	Naturaleza mutualista y solidaria del fondo	10
3.	Póliza de Salud Complementaria (familiar y padres)	11
3.1	Por grupo Etario.....	11
3.2	Perfil epidemiológico 2024.....	12
3.2.1	Carga asistencial crónica sostenida	13
3.2.2	Comorbilidades.....	15
3.2.3	Pacientes con tres comorbilidades: núcleo crítico de riesgo sostenido	17
3.2.4	Análisis de patrones diagnósticos por grupo etario	18
3.2.5	Conclusiones técnicas: perfil epidemiológico por grupo de edad y sus implicancias en el riesgo del fondo	20
4	Prestadores de servicios de salud	21
4.1	Análisis clínico y operativo comparado entre redes.....	22
5	Evaluación financiera del Plan Complementario Familiar 2024.....	24
5.1	Ánálisis del ingreso por primas del Plan Complementario Familiar – 2024	25
5.2	Condiciones de atención según red de prestación y tipo de afiliado	26
5.2.1	Características operativas y económicas de las redes de atención	27
5.3	Siniestros y Copagos	28
5.4	Relación Prima/Siniestro: análisis por grupo de afiliados	30
5.5	Resultado técnico estimado – Año 2024	30
5.5.1	Resultados diferenciados por agrupación familiar	33
6	Escenario financiero proyectados a 5 años: análisis de sostenibilidad y alternativas de ajuste	34
6.1	Impacto del incremento de prima sobre el saldo técnico del Plan Complementario (sin incluir padres/madres)	35
7	Ejes estratégicos para el reequilibrio financiero del fondo	36
7.1	Adecuación de la prima familiar solidaria	36
7.2	Contención del gasto en red extra FAP.....	37
7.3	Optimización operativa de la red FAP	38



7.4	Gestión segmentada del riesgo	39
7.5	Revisión de los mecanismos de gobernanza financiera	40
7.6	Reserva técnica actuarial y obligaciones normativas	40
3.2.1	Metodología para estimar la reserva técnica.....	41
3.2.2	Ampliación de la Reserva Técnica	42
7.7	Revisión del plan de afiliación de padres y madres.....	43
7.8	Límites del modelo actual y condiciones para una reforma técnica del Plan Complementario.....	44
8.	Conclusiones y Recomendaciones.....	47
9.	ANEXO 1: Lineamientos técnicos para la formulación de la Póliza del Plan de Salud Complementario Familiar	51



1. Introducción

El presente documento ha sido elaborado por encargo de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú (IAFAS-FOSFAP), con el propósito de evaluar la factibilidad técnica y la sostenibilidad financiera del Plan de Salud Complementario Familiar que esta institución administra. La naturaleza y complejidad del encargo han requerido el desarrollo de un análisis especializado, con enfoque actuarial, orientado a dimensionar el equilibrio técnico del fondo, los patrones de uso de los servicios, y los riesgos asociados a la estructura actual de aseguramiento.

La evaluación se enmarca en el modelo de aseguramiento mutualista y solidario que rige a FOSFAP. En el Perú, el principio de mutualidad está reconocido en la Ley del Contrato de Seguro N.^o 29946, que establece que “las pérdidas de pocos son cubiertas por la contribución de muchos”, y es recogido también por APESSEG como fundamento técnico del seguro. Un seguro mutualista funciona bajo ese principio: los afiliados aportan a un fondo común sin fines de lucro cuyo objetivo es cubrir los riesgos de salud del colectivo, priorizando solidaridad y suficiencia financiera antes que rentabilidad comercial¹.

En este marco, aunque no opere bajo lógicas comerciales tradicionales, el modelo exige una gestión técnica rigurosa para garantizar continuidad y sostenibilidad de las coberturas. Por ello, el estudio aplica herramientas actuariales y financieras, junto con un análisis detallado del perfil epidemiológico de la población asegurada, la frecuencia y severidad de las atenciones, y el comportamiento operativo y económico de las redes prestadoras, tanto institucionales como privadas.

La estructura del informe contempla, en primer lugar, una descripción funcional y normativa de FOSFAP, así como de los planes que administra, con énfasis en el de Salud Complementario Familiar. Posteriormente, se analiza la composición demográfica de los afiliados, evidenciando un claro proceso de envejecimiento poblacional que incrementa la exposición al riesgo financiero y asistencial. Este patrón se ve reflejado en la alta prevalencia de enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hiperplasia prostática y osteoartropatías, así como en la coexistencia frecuente de múltiples diagnósticos (comorbilidad), especialmente en los grupos etarios mayores.

El análisis técnico demuestra que la carga de enfermedad no se distribuye homogéneamente en la población asegurada. Un subconjunto reducido de afiliados, caracterizado por multimorbilidad persistente y elevada frecuencia de uso, concentra una proporción significativa del gasto médico, lo que plantea desafíos críticos para la suficiencia de la prima vigente y para la sostenibilidad general del plan. Asimismo, el uso intensivo de la Red Extra FAP, que representa un 42 % del gasto total pero solo un 11 % del volumen de atenciones, amplifica la exposición financiera del fondo debido a los costos unitarios elevados en el sector privado.

En términos financieros, el estudio estima un saldo técnico negativo del Plan Complementario Familiar durante el ejercicio 2024, con un déficit superior a los S/ 9 millones. Este resultado refleja no solo una prima insuficiente frente al costo real de los



¹ Ley del Contrato de Seguro N.^o 29946 (principio de mutualidad).

APESEG, “Principios de los seguros” (mutualidad como base técnica).

SBS, Ley N.^o 26702 (marco general del sistema de seguros).

siniestros, sino también la existencia de subsidios cruzados entre subgrupos de afiliados, lo cual distorsiona los principios técnicos de equidad contributiva y dificulta la gestión de riesgos por parte de la IAFAS.

Adicionalmente, los costos observados deben ajustarse por la inflación médica anual², que en el Perú ha mostrado variaciones superiores a la inflación general. Este ajuste es indispensable para estimar de manera realista el costo futuro de las prestaciones, dado que los precios de medicamentos, insumos, procedimientos y contratos de servicios clínicos tienden a crecer por encima del índice de precios al consumidor. Ignorar este efecto subestima el gasto proyectado y agrava la insuficiencia de la prima vigente.

Es relevante señalar que conforme a lo dispuesto por el artículo 16 del Decreto Supremo N° 007-2025-DE), la entidad está obligada a constituir reservas actuariales para garantizar la estabilidad financiera del aseguramiento. Si bien este informe se centra en el comportamiento del Plan Complementario Familiar, su análisis técnico debe interpretarse en el marco de dicha exigencia normativa, en tanto la estimación del riesgo y del saldo técnico condiciona la magnitud y suficiencia de las reservas que la IAFAS debe mantener.

Finalmente, el informe concluye que la actual estructura de primas, reglas de afiliación, y modalidades de acceso a la red de servicios requieren ajustes sustantivos si se desea preservar la viabilidad del modelo solidario. En ese sentido, se modelan diferentes alternativas, se proponen recomendaciones de política y diseño actuarial orientadas a mejorar la segmentación del riesgo, optimizar el uso de la red institucional, y establecer mecanismos de ajuste que permitan contener el gasto sin comprometer el acceso efectivo a las prestaciones esenciales.

2. Descripción institucional de la IAFAS-FOSFAP

La Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú (IAFAS-FOSFAP) cumple la función de gestionar los recursos destinados a financiar la atención integral en salud del personal militar de la Fuerza Aérea del Perú, tanto en actividad como en situación de disponibilidad o retiro, así como de sus familiares dependientes.



Su origen se remonta a 1989, con la creación del Programa de Asistencia Médica de la FAP (PAMFA), y posteriormente del Fondo de Salud para el Personal Militar de las Fuerzas Armadas (FOSPEMFA) mediante Decreto Supremo N.º 245-89-EF. En el caso específico de la FAP, este fondo se denominó FOSFAP.

A partir del Decreto Legislativo N.º 1173 del 7 de diciembre de 2013, el fondo adquiere la categoría de IAFAS, modificando su denominación oficial a IAFAS-FOSFAP, y quedando sujeto a la regulación y supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Esta norma otorga al fondo personería jurídica propia y lo incorpora al marco regulatorio del aseguramiento universal en salud, con registro ante SUNAT bajo el RUC N.º 20492080811.

Actualmente, la IAFAS-FOSFAP opera como un fondo de naturaleza mutualista y solidaria, financiado mediante aportes del personal militar y de la propia institución, bajo un

² <https://m.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/informe-de-precios/1/#lista>

esquema de prima familiar variable según el grado del titular, y con la posibilidad de afiliar a familiares directos adicionales mediante contribuciones específicas (Padre y Madre). El fondo cubre prestaciones de salud a través de su red de establecimientos FAP y mediante convenios con redes prestadoras externas, incluyendo atención farmacológica y tratamiento oncológico, conforme a la disponibilidad financiera y las evaluaciones técnico-actuariales que rigen su funcionamiento.

De acuerdo con el Boletín Estadístico de SUSALUD 2024, la IAFAS-FOSFAP reporta un total de 44,713 afiliados, incluyendo titulares, derechohabientes, así como padres y/o madres del titular militar. Según sus estados financieros correspondientes al ejercicio 2023, el fondo administró aportes por un monto total de S/ 72.8 millones y registró un patrimonio neto de S/ 20.4 millones, reflejando su capacidad operativa y la acumulación de reservas para la sostenibilidad del aseguramiento.

FOSFAP administra cinco planes de seguro diferenciados, con base en criterios poblacionales, tipo de cobertura y segmentación de riesgo. A continuación, se describen sus principales características:

2.1 Plan Específico de Salud

El Plan Específico de Salud constituye la cobertura obligatoria que administra la IAFAS-FOSFAP conforme a lo dispuesto en el Decreto Legislativo N.º 1173 y al Texto Único Ordenado de la Ley N.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Este plan garantiza las prestaciones contenidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), actualmente regulado por el Decreto Supremo N.º 023-2021-SA y sus modificatorias.

La afiliación a esta póliza es automática para el personal militar de la Fuerza Aérea del Perú en situación de actividad, disponibilidad o retiro, así como para los cadetes y alumnos de los centros de formación militar. La cobertura se extiende también a sus derechohabientes debidamente registrados. La inclusión de beneficiarios se realiza conforme al Manual FAP 160-3 y las disposiciones internas de la Dirección General de Personal.

El financiamiento del plan proviene del aporte obligatorio del Estado a través de la entidad empleadora (FAP para personal en actividad o disponibilidad, y DIGEPREV para personal en retiro). Este aporte está definido en el numeral 1 del artículo 5 del Decreto Legislativo N.º 1173, en el marco del Fondo de Salud para el Personal Militar de las Fuerzas Armadas (FOSPEMFA).

El plan cubre prestaciones preventivas, promocionales, recuperativas y de emergencia, sin exclusiones diagnósticas, conforme al listado de condiciones asegurables e intervenciones del PEAS. La cobertura es personal e intransferible, no está sujeta a períodos de carencia ni preexistencias, y permanece vigente mientras el afiliado conserve su condición de beneficiario con derecho conforme a la normatividad del sistema previsional militar.

Este plan constituye el núcleo obligatorio del aseguramiento en salud de la FAP, y su implementación está sujeta a fiscalización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), conforme a lo previsto en la Resolución de Superintendencia N.º 069-2021-SUSALUD/S y el Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N.º 008-2010-SA.



2.2 Plan de Salud Complementario Familiar

El Plan de Salud Complementario Familiar es una póliza voluntaria administrada por la IAFAS-FOSFAP, diseñada para otorgar coberturas adicionales a las contenidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), conforme a lo establecido en la Ley N.º 29344, su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N.º 008-2010-SA, y la Resolución de Superintendencia N.º 069-2021-SUSALUD/S.

Este plan está dirigido al titular militar y a su núcleo familiar directo: cónyuge e hijos menores de edad o mayores incapacitados de manera total y permanente. La afiliación es de carácter voluntario y se formaliza mediante la suscripción de un contrato individual o colectivo, que incluye una **Declaración de Salud** y una **Solicitud de Afiliación**, conforme a las disposiciones contractuales aprobadas por SUSALUD.

El financiamiento del plan se realiza mediante un **aporte mensual adicional** asumido íntegramente por el titular. La prima incluye el componente de riesgo, los costos administrativos y operativos, y está estructurada conforme a los criterios técnicos establecidos por la IAFAS-FOSFAP.

Las coberturas otorgadas se definen en las condiciones particulares del contrato, e incluyen intervenciones médicas especializadas, acceso ampliado a la red de prestadores (IPRESS), servicios no contemplados en el PEAS y atención en red privada bajo esquemas de copago. Estas coberturas están sujetas a períodos de carencia (90 días calendario), excepto en casos de emergencia médica o quirúrgica.

El plan permite la inscripción de beneficiarios mediante afiliación individual o colectiva, y la relación de asegurados se mantiene actualizada a través del Registro de Afiliados. La continuidad de cobertura entre contratos sucesivos se reconoce conforme a lo establecido en el artículo 100 del Reglamento de la Ley N.º 29344.

La contratación de este plan constituye una modalidad complementaria de aseguramiento en salud en el marco del aseguramiento universal, y su administración está sujeta a la supervisión de SUSALUD, incluyendo el cumplimiento de estándares de calidad, cobertura efectiva y sostenibilidad financiera.



2.3 Plan de Salud Complementario Oncológico Familiar

El Plan de Salud Complementario Oncológico Familiar es una póliza voluntaria gestionada por la IAFAS-FOSFAP, orientada a brindar cobertura específica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades oncológicas. Su estructura se enmarca en el artículo 3 de la Ley N.º 29344, su Reglamento (D.S. N.º 008-2010-SA), y las disposiciones vigentes de SUSALUD aplicables a planes complementarios registrados.

Esta cobertura está disponible para el titular militar en situación de actividad, disponibilidad o retiro, así como para su cónyuge e hijos previamente afiliados al Plan de Salud Complementario Familiar. La contratación se formaliza mediante afiliación individual o colectiva, en virtud de un contrato suscrito con la IAFAS-FOSFAP, que incluye la Declaración de Salud correspondiente y la Solicitud de Afiliación validada.

El plan otorga acceso a prestaciones oncológicas específicas complementarias al PEAS, tales como pruebas diagnósticas especializadas, tratamientos ambulatorios y

hospitalarios, quimioterapia, radioterapia y seguimiento clínico, conforme a lo establecido en las condiciones particulares del contrato. Estas prestaciones se brindan a través de la red de IPRESS autorizadas y están sujetas a copagos y límites anuales definidos por asegurado, patología y periodo.

El financiamiento se realiza mediante una prima mensual adicional, cuyo valor incorpora el componente puro de riesgo oncológico, gastos de administración y mecanismos de cobertura garantizada. La prima es diferenciada respecto al plan familiar general, debido a la naturaleza de alta severidad y baja frecuencia de las enfermedades cubiertas.

El contrato establece un período de carencia de 90 días calendario, exceptuando situaciones de emergencia oncológica. Se reconoce continuidad de cobertura en casos de renovación sin interrupción, y se permite la actualización de la relación de beneficiarios durante la vigencia del contrato conforme a las reglas de SUSALUD.

La administración de esta póliza se encuentra registrada en el sistema de modelos de contratos y planes de salud de SUSALUD y está sujeta a fiscalización en cuanto a suficiencia de cobertura, cumplimiento de límites y consistencia técnica.

2.4 Plan de Salud Complementario para Padres

El Plan de Salud Complementario para Padres es una póliza de afiliación voluntaria gestionada por la IAFAS-FOSFAP, que permite extender coberturas complementarias de salud al padre y/o madre del titular militar. Su diseño y administración se rigen por el marco legal del aseguramiento universal en salud establecido en la Ley N.º 29344, su Reglamento aprobado por D.S. N.º 008-2010-SA, y las disposiciones regulatorias de SUSALUD.

La afiliación es de carácter individual, financiada en su totalidad mediante aportes adicionales del titular militar. No existe coparticipación estatal ni subsidio institucional. La inclusión del padre o madre requiere la suscripción expresa del contrato respectivo, así como la presentación de la Declaración de Salud y la aceptación de las condiciones particulares señaladas en la Solicitud de Afiliación.

El plan otorga cobertura a prestaciones médicas complementarias al PEAS, incluyendo consultas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, hospitalización y medicamentos, conforme al listado de prestaciones finanziadas por la IAFAS-FOSFAP. Estas atenciones se brindan dentro de la red autorizada de IPRESS y están sujetas a esquemas de copago establecidos contractualmente.

El acceso a las coberturas se activa tras un período de carencia de 90 días calendario desde la afiliación efectiva, excepto en casos de emergencia. No se excluyen condiciones diagnosticadas durante el período de carencia si estas fueron declaradas adecuadamente en el momento de la afiliación. La póliza contempla además restricciones en cuanto a preexistencias no declaradas y establece criterios de continuidad si el contrato se renueva sin interrupciones.

Dado el perfil etario de los afiliados, el cálculo de la prima incorpora factores de riesgo ajustados a la morbilidad esperada en adultos mayores, conforme a criterios técnicos registrados ante SUSALUD. La administración del plan exige un seguimiento de la siniestralidad específica del grupo, para garantizar la viabilidad financiera del producto sin comprometer el equilibrio técnico del fondo general.



Esta póliza se encuentra debidamente inscrita en el Registro de Modelos de Contratos y Planes de Salud de SUSALUD, cumpliendo con los requisitos de transparencia contractual, suficiencia prestacional y control de sostenibilidad.

2.5 Plan de Salud Complementario Oncológico para Padres

El Plan de Salud Complementario Oncológico para Padres es una cobertura adicional de contratación voluntaria, administrada por la IAFAS-FOSFAP, destinada exclusivamente al padre y/o madre del titular militar previamente afiliados al Plan de Salud Complementario para Padres. Su regulación se enmarca en el Decreto Legislativo N.º 1173, la Ley N.º 29344, su reglamento aprobado por D.S. N.º 008-2010-SA, y la normativa vigente de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

Este plan brinda acceso a prestaciones oncológicas específicas, orientadas a la detección, tratamiento y seguimiento clínico de enfermedades neoplásicas, no incluidas en el PEAS ni en el plan complementario general. La cobertura contempla diagnósticos especializados, quimioterapia, radioterapia, procedimientos ambulatorios y hospitalarios, conforme al alcance definido en las condiciones particulares del contrato.

La afiliación es individual, financiada íntegramente mediante prima mensual asumida por el titular militar, sin participación del Estado ni de la entidad empleadora. La contratación requiere la suscripción expresa del contrato, la presentación de la Declaración de Salud del padre o madre, y el cumplimiento de los requisitos documentarios establecidos por la IAFAS.

El acceso a la cobertura entra en vigencia luego de un período de carencia de 90 días calendario, con excepción de emergencias oncológicas. Las preexistencias pueden ser cubiertas si fueron declaradas correctamente y cumplen con los criterios establecidos en el artículo 100 del Reglamento de la Ley N.º 29344. Se reconoce la continuidad de cobertura para afiliados que renuevan el contrato sin interrupciones.

La prima incorpora una estimación del riesgo puro ajustado por edad y morbilidad esperada en adultos mayores, junto con los costos administrativos y operativos. Debido a la naturaleza de alto costo y baja frecuencia de los eventos cubiertos, la sostenibilidad del plan depende de una adecuada tarificación y monitoreo actuarial del grupo asegurado.

Este plan se encuentra inscrito en el Registro de Modelos de Contratos y Planes de Salud de SUSALUD, cumpliendo con las disposiciones sobre claridad contractual, definición de coberturas, límites financieros y condiciones de acceso.

Si bien cada uno de los planes administrados por IAFAS-FOSFAP cuenta con financiamiento propio y estructura formalmente separada, en la práctica operan como una fuente financiera unificada. Esta modalidad facilita la existencia de subsidios cruzados entre planes, lo que implica que los excedentes de ciertos grupos pueden ser utilizados para cubrir déficits en otros. Tal es el caso del Plan Complementario Familiar, que en el año 2024 registró un saldo técnico negativo. Esto sugiere que fue financiado parcialmente con recursos provenientes de otros planes, e incluso, potencialmente, con aportes de personas no inscritas en dicho plan.

Según el Decreto Legislativo N° 1173, que estableció la transformación de FOSFAP en una IAFAS, se reconoce que dicha institución tiene autonomía administrativa y contable



respecto a la Fuerza Aérea, lo que formalmente la separa del prestador de salud institucional. Sin embargo, en la práctica se observan señales claras de que esta separación no es efectiva.

Con frecuencia, la IAFAS y la red institucional comparten procesos administrativos sin una delimitación clara de funciones ni de flujos financieros, lo que genera confusión en la asignación de gastos, presupuestos y pagos. Esta situación consolida una lógica operativa conjunta que contradice la autonomía formal establecida, evidenciándose también en iniciativas de gasto que no distinguen adecuadamente las responsabilidades de cada entidad.

A pesar de que el marco normativo establece con claridad que la IAFAS debe operar como una entidad autónoma, separada del prestador de salud, en la práctica esta autonomía es limitada o incluso inexistente. La ausencia de una separación operativa y financiera efectiva impide evaluar con objetividad el desempeño real del asegurador, ya que los resultados financieros se ven distorsionados por decisiones e iniciativas que responden a lógicas institucionales ajenas a la gestión del riesgo. Esta situación compromete seriamente la transparencia en la asignación de costos, diluye las responsabilidades y obstaculiza cualquier estrategia técnica de sostenibilidad del fondo.

2.6 Naturaleza mutualista y solidaria del fondo

La IAFAS-FOSFAP opera bajo el principio de **mutualidad**, lo cual significa que no actúa como una aseguradora comercial con fines de lucro, sino como un **fondo colectivo cerrado**, sostenido por las contribuciones de sus propios afiliados y orientado a la cobertura de riesgos de salud comunes dentro de la comunidad militar.

En este modelo, **todos los afiliados comparten el riesgo asegurado** y los recursos financieros del fondo se destinan exclusivamente a cubrir las prestaciones de salud y costos operativos definidos en los contratos suscritos. No existe propiedad individual sobre las aportaciones ni derecho patrimonial sobre el fondo. El equilibrio financiero se alcanza no por segmentación de riesgo, sino por una administración técnica responsable de los aportes comunes.

La naturaleza **solidaria** del fondo implica que los recursos se distribuyen en función de la necesidad sanitaria y no del aporte individual. Esto permite que los afiliados con mayor carga de enfermedad puedan acceder a prestaciones cubiertas por los aportes de toda la comunidad asegurada, incluyendo personas con alto riesgo (como adultos mayores) que en un esquema comercial enfrentarían exclusiones o primas prohibitivas.

Este modelo responde a los siguientes principios operativos:

- **Universalidad interna:** todos los miembros con derecho acceden a las prestaciones en igualdad de condiciones.
- **Equidad en el acceso:** la condición de salud, edad o nivel de uso no restringe el acceso a las prestaciones.
- **Solidaridad intergeneracional:** las cohortes jóvenes financian parte del riesgo de las cohortes mayores.
- **Ausencia de lucro:** los excedentes no se distribuyen, sino que se reinvierten en la sostenibilidad del fondo o se destinan a reservas técnicas.



- **Contribución obligatoria o voluntaria según grupo:** en el caso del Plan Específico, la afiliación es obligatoria con financiamiento estatal; en los planes complementarios, es voluntaria y financiada por el titular.

En este marco, la sostenibilidad técnica del FOSFAP requiere una gestión actuarial rigurosa, mecanismos de control de gasto, monitoreo de la siniestralidad por grupo asegurado y políticas de afiliación que eviten desequilibrios por selección adversa³.

En este marco, la administración del fondo debe regirse por criterios técnico-actuariales que aseguren su sostenibilidad en el tiempo. Ello implica implementar una gestión financiera independiente y profesionalizada, con mecanismos efectivos de control del gasto, segmentación de la siniestralidad por grupo asegurado, monitoreo continuo de indicadores clave y evaluación sistemática de los saldos técnicos por plan. Asimismo, se requiere una política de afiliación coherente con la lógica mutualista, pero que contemple salvaguardas frente a la selección adversa y asegure una adecuada distribución del riesgo entre los distintos subgrupos poblacionales.

3. Póliza de Salud Complementaria (familiar y padres)

De acuerdo con las estadísticas proporcionadas por FOSFAP, a marzo de 2025 se registran **47,227 afiliados** distribuidos entre titulares y sus familiares directos.

La mayor proporción corresponde a los **titulares (34 %)** y a sus **hijos (30 %)**, seguidos por cónyuges, madres y padres del titular, como se muestra a continuación:

Tabla 1 Afiliados al Seguro de Salud Complementario

Parentesco	Número de afiliados	Porcentaje (%)
Titular	16,079	34.0
Hijo	14,387	30.5
Cónyuge	12,298	26.0
Madre	3,008	6.4
Padre	1,455	3.1
Total	47,227	100.0



Esta composición tiene implicancias directas en la estructura de riesgo y consumo de servicios de salud, especialmente en lo referido a la carga siniestral concentrada en los grupos de mayor edad, el uso pediátrico en hijos, y la prevalencia de enfermedades crónicas en titulares en retiro.

3.1 Por grupo Etario

La estructura etaria de la población afiliada al FOSFAP muestra una marcada concentración en adultos mayores, lo cual tiene repercusiones directas en la demanda de

³ ingreso desproporcionado de personas con alto riesgo al seguro, lo que incrementa la siniestralidad y compromete su sostenibilidad.

servicios de salud y en la suficiencia técnica de las primas actualmente vigentes. De los afiliados clasificados por edad, más del 49 % (23,549 personas) corresponde a individuos de 45 años a más, y dentro de este grupo destacan 10,227 personas entre 60 y 74 años, y 5,613 mayores de 75 años, lo que confirma un perfil demográfico envejecido.

Este patrón responde en parte a la naturaleza del aseguramiento: los titulares en situación de retiro mantienen su cobertura, y gran parte de los padres asegurados supera los 70 años. Esta composición incrementa la exposición al riesgo, dado que las enfermedades crónicas, degenerativas y de alto costo presentan mayor prevalencia e incidencia en estas edades. Asimismo, las atenciones en red extra-FAP tienden a concentrarse en este segmento etario, lo cual incrementa el gasto por siniestros.

La tabla siguiente resume esta distribución:

Tabla 2 Afiliados por grupo etario

Grupo etario	F	M	Total
0–4 años	592	762	1,354
5–9 años	1,058	1,170	2,228
10–17 años	1,744	1,728	3,472
18–29 años	4,314	4,983	9,297
30–44 años	3,115	2,987	6,102
45–59 años	4,536	4,173	8,709
60–74 años	5,285	4,942	10,227
75 años a más	3,323	2,290	5,613

Esta distribución etaria evidencia que FOSFAP no asegura a una población joven o predominantemente activa, sino a un colectivo con alta proporción de adultos mayores, lo cual repercute en una mayor carga asistencial, mayor frecuencia de uso, y un gasto promedio por afiliado considerablemente más elevado.

En el caso particular de la póliza de salud complementaria familiar —de carácter mutualista y solidario— no existen mecanismos explícitos de ajuste por riesgo entre subgrupos (con excepción de padres y madres), por lo que la prima es única para todos los asegurados, independientemente de su edad, sexo o perfil epidemiológico. Esto implica que el mayor costo generado por los afiliados de mayor riesgo es absorbido por el conjunto de la comunidad asegurada, lo cual tensiona el equilibrio técnico del fondo en contextos de envejecimiento poblacional sostenido.

3.2 Perfil epidemiológico 2024

El análisis epidemiológico de los asegurados al FOSFAP durante el año 2024 evidencia una marcada concentración de diagnósticos crónicos no transmisibles, en concordancia con la estructura etaria envejecida del padrón. Las estadísticas de morbilidad reportan un predominio de enfermedades cardiovasculares, metabólicas, osteoarticulares y digestivas, muchas de ellas con carácter persistente y necesidad de seguimiento médico prolongado.

Esta carga crónica no solo representa un reto clínico, sino también un factor determinante del riesgo técnico del fondo, al generar un volumen elevado de consultas, pruebas



complementarias y tratamientos farmacológicos continuos, especialmente en los grupos de mayor edad. Esta tendencia estructural condiciona la dinámica del gasto, el perfil de utilización de las redes de atención y la necesidad de estrategias segmentadas de gestión del riesgo.

3.2.1 Carga asistencial crónica sostenida

Si bien el total registrado asciende a **561,636 atenciones médicas** en **152,305 personas**, esta relación (≈ 3.7 atenciones/persona/año) **no refleja adecuadamente la distribución real del uso de servicios**. Un análisis por diagnóstico revela que el gasto y la demanda asistencial están fuertemente **concentrados en subgrupos clínicamente complejos**, con múltiples diagnósticos crónicos y elevada frecuencia de atención por persona.

Tabla 3 Perfil epidemiológico 2024

CIE10	Descripción CIE10	Atenciones	Atendidos
I10	Hipertensión esencial (primaria)	46,658	5,532
E11	Diabetes mellitus tipo 2	26,608	3,833
N40	Hiperplasia prostática benigna	12,758	2,887
K29	Gastritis y duodenitis	12,104	2,865
M54	Dorsalgia	9,892	2,918
I10.X	Hipertensión esencial no especificada	9,890	2,364
E03	Hipotiroidismo	7,555	1,764
E11.9	Diabetes tipo 2 sin complicaciones	7,350	1,186
Z01	Otros exámenes médicos especiales	7,011	1,023
Z00.0	Examen general sin queja ni diagnóstico	6,920	2,075
K30	Dispepsia funcional	6,836	2,060
E78	Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas	6,282	2,352
J45	Asma	5,777	1,328
J30	Rinitis alérgica	5,529	1,867
H40	Glaucoma	5,164	1,435
J00	Resfriado común (rinofaringitis)	4,832	1,494
N40.X	Hiperplasia prostática no especificada	4,803	1,573
D51	Anemia por deficiencia de vitamina B12	4,027	1,269
Z00.	Examen general médico	3,697	1,394
M15	Poliartritis	3,649	1,404
M81	Osteoporosis sin fractura patológica	3,582	1,248
D50	Anemia ferropénica	3,564	1,154
J30.4	Rinitis alérgica no especificada	3,444	1,153
I87	Trastornos venosos crónicos	3,265	1,105
F41	Trastornos de ansiedad	3,165	1,156
N39	Trastornos del aparato urinario	2,826	945
H04.1	Ojo seco	2,455	1,766
I10.	Hipertensión esencial no especificada	2,397	932
H04	Trastornos del aparato lagrimal	2,388	1,621
	Otros	337,208	98,602
	Total	561,636	152,305



Por ejemplo:

- **Hipertensión esencial (I10)** generó **46,658 atenciones en 5,532 personas**, lo que equivale a **8.4 atenciones por paciente/año**. Este volumen no incluye complicaciones cardiovasculares ni interconsultas, sino solo el manejo primario del diagnóstico.
- **Diabetes mellitus tipo 2 (E11)** reportó **26,608 atenciones en 3,833 personas (6.9 atenciones/persona/año)**, lo que representa un patrón de seguimiento intensivo, con controles frecuentes, ajustes terapéuticos y manejo de comorbilidades. Importante señalar que esto implica una prevalencia de la diabetes en los afiliados de 8.1% (aproximado), superior a la media nacional de 5.3% durante 2024 (INEI-ENDES 2024)
- **Hiperplasia prostática benigna (N40)** concentró **12,758 atenciones en 2,887 personas (4.4 atenciones/persona/año)**, reflejando una alta demanda urológica en varones mayores.
- **Dorsalgia (M54) y gastritis/duodenitis (K29)** presentan igualmente frecuencias por encima de **3 atenciones/persona/año**, lo que sugiere presencia de dolor crónico o molestias persistentes que no logran resolverse en pocos actos clínicos.

Este patrón no es incidental, sino estructural. La composición demográfica del fondo, caracterizada por una proporción significativa de adultos mayores, particularmente padres del titular y militares en retiro, genera una carga de enfermedad acumulada y persistente, que exige atención continua.

Además, muchos de estos pacientes presentan más de una de estas condiciones simultáneamente (multimorbilidad), por lo que la frecuencia real de contacto con el sistema de salud es aún mayor. Por ejemplo, no es infrecuente encontrar afiliados que presentan hipertensión, diabetes, artrosis y trastornos digestivos de forma concomitante.

Esta situación desafía los supuestos clásicos de equilibrio poblacional en seguros de salud mutualistas, donde una mayoría sana compensa financieramente a una minoría enferma. En el caso del FOSFAP, la "minoría" enferma está creciendo sostenidamente y tiene mayor intensidad de uso, erosionando la capacidad de compensación del resto del grupo asegurado.

Por tanto, la gestión del riesgo no puede centrarse únicamente en ampliar cobertura o limitar copagos, sino que requiere identificar, monitorear y gestionar de forma diferenciada a estos núcleos de alta carga asistencial. La ausencia de dicha gestión condiciona la suficiencia técnica de las primas, eleva la siniestralidad y acelera el agotamiento de reservas, especialmente en escenarios de inflación médica y aumento del gasto ambulatorio en red privada.

Agrupamiento patológico por sistema: carga técnica explícita

El análisis de las 30 condiciones más frecuentes permite identificar un patrón concentrado en **enfermedades crónicas prevalentes**, cuya atención exige **seguimiento clínico constante, medicación sostenida, y controles especializados**. Al agrupar por sistema:

- **Cardiovasculares (I10, I10.X, I10.)**: Representan **58,945 atenciones (≈10.5 % del total)**, en 8,828 personas. La hipertensión arterial, sin incluir complicaciones

cardiovasculares mayores, requiere múltiples controles por año, lo que la convierte en una de las principales fuentes de carga ambulatoria.

- **Endocrino-metabólicas (E11, E11.9, E03, E78):** Con **47,795 atenciones en 9,135 pacientes**, este grupo incluye diabetes tipo 2, hipotiroidismo y dislipidemias. Las tres condiciones son crónicas, con implicancias farmacológicas y riesgo de complicaciones macro y microvasculares. Esta categoría, por sí sola, compromete una porción sustancial del gasto ambulatorio.
- **Genitourinarias (N40, N40.X, N39):** Alcanzan **20,387 atenciones en 5,405 personas**, en su mayoría varones adultos mayores con patología prostática y urinaria. El tratamiento puede incluir evaluaciones clínicas, ecografías, fármacos y, en algunos casos, procedimientos quirúrgicos.
- **Respiratorias (J00, J30, J30.4, J45):** Acumulan **19,582 atenciones**, principalmente en procesos inflamatorios crónicos o alérgicos. Aunque menos costosos por atención, tienen alta recurrencia y pueden complicarse en población mayor.
- **Digestivas (K29, K30):** Con **18,940 atenciones**, este grupo evidencia la carga asociada a gastritis, dispepsia funcional y otras manifestaciones digestivas que, si bien no siempre son graves, generan demanda repetitiva en adultos mayores polimedicados.

Tabla 4 Agrupamiento patológico

Sistema o grupo clínico	Códigos CIE10	Atenciones	Personas atendidas
Cardiovasculares	I10,I10.X,I10.	58,945	8,828
Endocrino-metabólicas	E11,E11.9,E03,E78	47,795	9,135
Genitourinarias	N40,N40.X,N39	20,387	5,405
Respiratorias	J00,J30,J30.4,J45	19,582	5,842
Digestivas	K29,K30	18,940	4,925
Preventivo-administrativas	Z00.,Z00.0,Z01	17,628	4,492
Musculoesqueléticas	M54,M15,M81	17,123	5,570
Oftalmológicas	H04,H04.1,H40	10,007	4,822
Hematológicas	D50,D51	7,591	2,423
Salud mental	F41	3,165	1,156



Otros grupos como **salud mental, musculoesquelético, oftalmológico y hematológico** también se identifican, aunque con menor volumen global.

En conjunto, estos datos confirman que el fondo enfrenta una carga clínica técnica continua, acumulativa y creciente, dominada por condiciones que no remiten y requieren manejo prolongado. Esto tiene implicancias directas en la estimación de reservas, proyección de gasto futuro y viabilidad técnica de primas solidarias no ajustadas por riesgo.

3.2.2 Comorbilidades

El análisis de combinaciones diagnósticas frecuentes muestra que una porción importante de los afiliados presenta dos o más condiciones crónicas simultáneamente, lo cual

configura un perfil de comorbilidad compleja con alto impacto sobre la demanda asistencial, la frecuencia de atención y el costo proyectado.

Entre las combinaciones más prevalentes destacan:

Tabla 5 Comorbilidades

Combinación	Pacientes
Diabetes tipo 2 (E11) + Hipertensión (I10)	1,828
Dislipidemia (E78) + Hipertensión (I10)	1,343
Hipertensión (I10) + Hiperplasia prostática (N40)	1,223
Hiperplasia prostática (N40) + N40.X	1,214
Hipertensión (I10) + Gastritis (K29)	1,211
Hipertensión (I10) + Dorsalgia (M54)	1,049
Diabetes tipo 2 (E11) + E11.9 (sin complicaciones)	956
Hipertensión (I10) + Poliartritis (M15)	928
Diabetes (E11) + Dislipidemia (E78)	919

La información reporta combinaciones frecuentes de diagnósticos crónicos que afectan a grupos importantes de afiliados. Destacan:

- **1,828 personas presentan diabetes mellitus tipo 2 (E11) junto con hipertensión (I10).** Esta combinación es un marcador clásico de **síndrome metabólico**, con riesgo elevado de enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal y uso intensivo de medicamentos, laboratorios y consultas.
- **1,343 afiliados con dislipidemia (E78) e hipertensión (I10)** evidencian otra dimensión del síndrome metabólico. Es probable que muchos de ellos comparten además diagnósticos de diabetes u obesidad no codificados en el mismo registro.
- **Más de 1,200 personas presentan simultáneamente hipertensión (I10) y problemas prostáticos (N40/N40.X).** Este hallazgo tiene una **alta concentración en varones mayores**, perfil demográfico ya identificado como predominante en el fondo. Implica uso frecuente de urología, PSA, ecografías y tratamiento prolongado con bloqueadores alfa.
- **La coexistencia de hipertensión con gastritis (I10 + K29, 1,211 personas) o dorsalgia (I10 + M54, 1,049 personas)** sugiere un patrón de **polimorbilidad funcional** en adultos mayores, con múltiples síntomas que requieren manejo paralelo en medicina general, reumatología y gastroenterología. Estas condiciones, aunque no catastróficas, demandan alta frecuencia de visitas médicas, pruebas diagnósticas y medicamentos.
- Finalmente, **la presencia conjunta de diabetes y dislipidemia (E11 + E78, 919 personas)** es también clínicamente significativa y reafirma la necesidad de políticas activas de control metabólico en el padrón asegurado.



Estas combinaciones configuran **núcleos clínicos de alta complejidad y persistencia**, donde la atención no se limita a eventos episódicos, sino que requiere:

- **Coordinación clínica continua:** múltiples especialidades involucradas (cardiología, endocrinología, urología, medicina interna, etc.).
- **Polifarmacia estructural:** múltiples medicamentos crónicos, lo que incrementa el riesgo de interacciones, efectos adversos y mayor demanda de controles clínicos y laboratoriales.
- **Mayor probabilidad de descompensaciones:** especialmente en afiliados de edad avanzada, con potencial progresión a eventos catastróficos (insuficiencia renal, infarto, ACV, hospitalización prolongada).
- **Uso intensivo de red privada:** dado que muchas de estas condiciones no pueden resolverse en primer nivel de atención, generan derivaciones frecuentes hacia la red extra-FAP.

Esta evidencia plantea dos consecuencias principales:

1. **Concentración de riesgo en una minoría con comorbilidades múltiples:** Un pequeño subconjunto de afiliados —posiblemente menor al 10 %— explica una proporción desproporcionada del uso de servicios y del gasto médico, afectando la suficiencia técnica de la prima solidaria cuando no se segmenta el riesgo.
2. **Aumento sostenido del gasto ambulatorio y mayor necesidad de reservas técnicas:** dado que estas condiciones no remiten y requieren seguimiento permanente, el gasto esperado es estructural, no transitorio. Esto implica que, si no se ajustan las primas o se gestionan estos casos activamente, el fondo puede entrar en desequilibrio actuarial en el mediano plazo.

3.2.3 Pacientes con tres comorbilidades: núcleo crítico de riesgo sostenido

El subconjunto de afiliados con exactamente tres condiciones crónicas frecuentes representa un núcleo clínico de riesgo intermedio-alto, con las siguientes características comunes:

1. Volumen clínico relevante

Solo las 10 combinaciones listadas agrupan a 5,362 pacientes únicos (sin descontar duplicidades por traslape), lo que evidencia que la triada de diagnósticos crónicos no es marginal, sino una parte estructural del patrón epidemiológico del FOSFAP.

2. Condiciones dominantes: hipertensión, diabetes, dislipidemia, patología prostática

Estas enfermedades configuran un perfil metabólico-vascular y genitourinario, típico en adultos mayores, especialmente varones. Su control exige uso continuo del sistema:

- Consultas periódicas en múltiples especialidades (medicina, endocrinología, urología).
- Laboratorio y control farmacológico estricto.



- Mayor riesgo de progresión a eventos catastróficos si no son controladas (IAM, ACV, ERC, hospitalizaciones).

3. Alta frecuencia de uso por persona

Estas combinaciones superan en muchos casos las 6 o 7 atenciones anuales por persona, lo que multiplica su peso financiero, aunque se trate de atenciones ambulatorias. Por ejemplo:

- **E11 + I10 + I10.X:** 759 personas con probabilidad elevada de tratamiento combinado para diabetes e hipertensión.
- **I10 + N40 + N40.X:** 597 personas, en su mayoría adultos mayores con problemas prostáticos y cardiovasculares, de alto uso de urología.

4. Implica carga crónica no transitoria

A diferencia de diagnósticos aislados o agudos, estas combinaciones definen una trayectoria clínica continua, que condiciona el uso estructural del fondo. En otras palabras, son pacientes que permanecerán cada año en el sistema con consumo elevado de recursos.

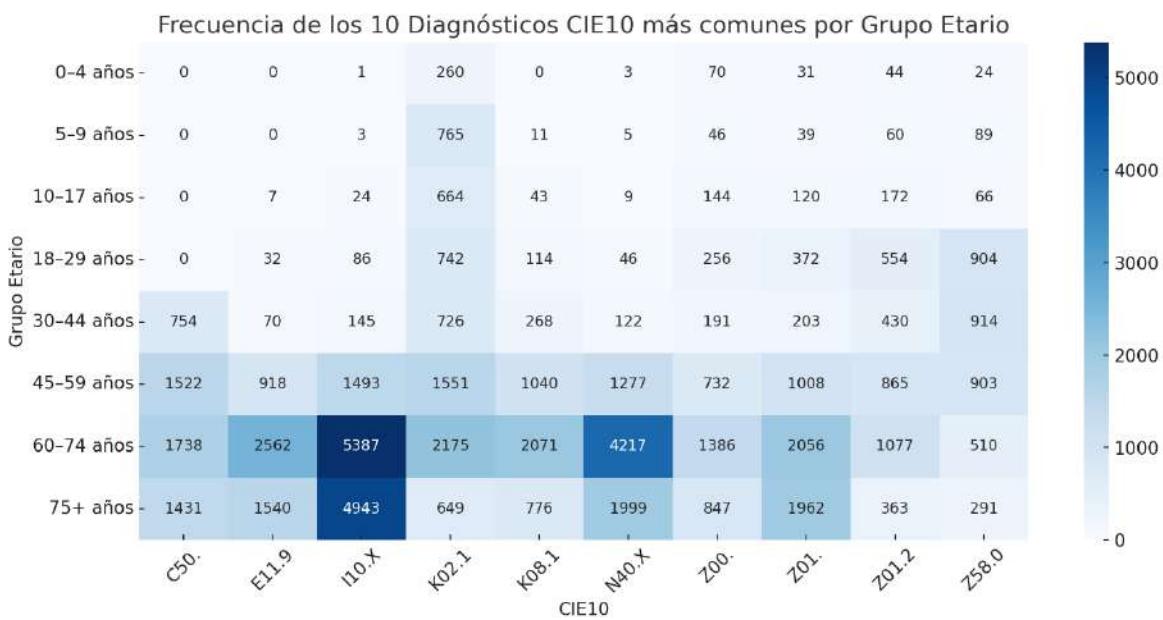
Implicancias para la gestión y sostenibilidad del fondo

- **Identificación de grupos de alto uso:** Este análisis permite clasificar técnicamente a los afiliados con uso sostenido y predecible del sistema, lo cual es clave para ajustar provisiones, gestionar la red prestadora y modelar reservas técnicas.
- **Revisión de la prima técnica:** El costo anual promedio de estos afiliados debe ser estimado aparte del promedio poblacional, ya que puede ser 2 a 4 veces mayor. Si no se ajusta, el fondo puede estar subestimando el pasivo actuarial asociado a este grupo.
- **Focalización de intervenciones costo-efectivas:** Estos pacientes representan una oportunidad para implementar programas de gestión de enfermedades crónicas, que mejoren control clínico y reduzcan eventos graves, optimizando recursos.

3.2.4 Análisis de patrones diagnósticos por grupo etario

El agrupamiento de diagnósticos por grupo de edad muestra una distribución coherente con las características epidemiológicas esperadas para una población asegurada predominantemente adulta y adulta mayor, con algunas particularidades que se detallan a continuación:





Grupos pediátricos y adolescentes (0-17 años)

- **Predominan afecciones respiratorias, infecciosas y digestivas menores**, en especial en los tramos 0-4 y 5-9 años, como J00 (resfriado común), J30 (rinitis), K29 (gastritis), así como códigos inespecíficos tipo Z00 y Z01 (controles médicos).
- En adolescentes (10-17 años), se incrementan **consultas por dorsalgia (M54)**, probablemente relacionadas a posturas y actividad escolar, y se observa una transición hacia consultas preventivas y odontológicas.

Jóvenes y adultos tempranos (18-29 años)

- Se mantiene un volumen importante de **consultas por gastritis (K29)**, **dorsalgia (M54)** y **rinitis alérgica (J30.4)**.
- Surgen las **primeras apariciones de condiciones metabólicas (E78 – dislipidemia)** y problemas musculoesqueléticos recurrentes. Es el grupo de entrada al patrón de cronicidad leve.



Adultos intermedios (30-44 años)

- Se consolida la **presencia de hipertensión (I10, I10.X)** y **diabetes tipo 2 (E11, E11.9)**, aunque aún en proporciones menores respecto a grupos mayores.
- Continúa la alta frecuencia de **afecciones gastrointestinales (K29, K30)**, muchas probablemente vinculadas a hábitos de vida y estrés laboral.
- Aparecen con mayor fuerza los **trastornos tiroideos (E03)** y algunas afecciones oftalmológicas crónicas (H40 – glaucoma).

Adultos mayores (45-59 años)

- Es el grupo con mayor **diversidad diagnóstica y tránsito hacia multimorbilidad**.

- Alta prevalencia de hipertensión, diabetes, dislipidemia, artropatías (M15) y condiciones osteomusculares (M81 – osteoporosis).
- Se incrementan las **afecciones prostáticas (N40, N40.X)** y la demanda de controles periódicos, reflejada en los códigos Z00 y Z01.

Adultos mayores (60–74 años)

- Este grupo concentra **el mayor volumen de consultas por enfermedades crónicas estructurales**, con hipertensión, diabetes, dislipidemia, hiperplasia prostática y enfermedades degenerativas como las más frecuentes.
- Se observa **comorbilidad compleja**, con necesidad de seguimiento multidisciplinario, uso prolongado de medicamentos y mayor probabilidad de descompensación.
- La alta frecuencia de consultas por dorsalgia, gastritis y glaucoma se mantiene.

Mayores de 75 años

- Aumenta la frecuencia de **anemias (D50, D51), trastornos tiroideos, enfermedades del aparato circulatorio y degenerativas**.
- Aparece con más fuerza el uso de **consultas preventivas y chequeos (Z00, Z01)**, que aunque puedan parecer menores, son parte esencial del seguimiento ambulatorio en personas con múltiples comorbilidades.
- Este grupo probablemente **concentra la mayor carga técnica del fondo**, con alta dependencia de atención frecuente y riesgo elevado de hospitalización.

3.2.5 Conclusiones técnicas: perfil epidemiológico por grupo de edad y sus implicancias en el riesgo del fondo

El análisis del perfil epidemiológico de la población afiliada al Plan Complementario Familiar del FOSFAP ha permitido identificar patrones diferenciados de morbilidad y uso de servicios según grupo etario. Esta segmentación ha revelado trayectorias clínicas específicas, con implicancias directas sobre el riesgo técnico y financiero del fondo. A continuación, se detallan los principales hallazgos y sus repercusiones en términos de carga asistencial, frecuencia de atenciones y presión sobre la suficiencia de las primas vigentes.



1. Transición estructural del riesgo según edad

El análisis por grupo etario evidencia una **transición epidemiológica consistente**, en la que los grupos pediátricos (0–17 años) concentran atenciones por condiciones agudas, infecciosas o respiratorias, mientras que a partir de los 30 años se consolida un patrón dominado por **enfermedades crónicas no transmisibles**. Esta progresión es gradual pero sostenida, y marca una frontera clara entre **riesgo asistencial transitorio y riesgo estructural crónico**.

2. Concentración de morbilidad entre los 45 años a más

A partir de los 45 años se evidencia un incremento sustantivo en la frecuencia y diversidad de diagnósticos, particularmente hipertensión, diabetes, dislipidemia, patologías prostáticas, artrosis, osteoporosis y enfermedades digestivas asociadas a polifarmacia. Este grupo etario **concentra la mayor parte del uso del fondo** y representa la base clínica de la carga financiera sostenida. El riesgo en estos grupos no es eventual, sino continuo.

3. Patrón de envejecimiento clínico del fondo

La mayor parte de los asegurados con alto uso del sistema corresponde a adultos mayores, especialmente padres/madres y titulares en retiro. El patrón de diagnóstico confirma que el fondo opera bajo una lógica **de madurez epidemiológica**, donde la morbilidad ya no está asociada a eventos puntuales, sino a trayectorias clínicas crónicas y predecibles. Esto implica que el costo esperado se encuentra **estructuralmente anclado en la composición demográfica del padrón**.

4. Necesidad de segmentación técnica y gestión diferenciada

Este perfil justifica una **segmentación técnica por grupo etario**, no solo en términos clínicos, sino también financieros:

- Las estimaciones actuariales deben considerar **tasas de uso, severidad y comorbilidad diferenciadas por edad**.
- Las provisiones deben ajustarse considerando la acumulación de condiciones y la recurrencia en los adultos mayores.
- Las políticas de gestión de riesgo deben focalizarse en los grupos de alta carga crónica para contener progresión y eventos mayores.

5. Implicancia técnica para la sostenibilidad

El peso creciente del grupo adulto mayor convierte al fondo en una entidad **expuesta estructuralmente a un pasivo creciente** si no se aplican mecanismos de contención clínica, ajuste de primas o redirecciónamiento del uso hacia redes más costo-efectivas. La estructura por edad no es solo una característica demográfica, sino un determinante directo del comportamiento financiero del sistema.

4 Prestadores de servicios de salud

FOSFAP opera a través de dos tipos de prestadores de servicios de salud: la Red FAP (institucional), conformada por establecimientos propios con capacidad resolutiva limitada, y la Red Extra FAP, integrada por prestadores privados con convenio. Ambos cumplen funciones complementarias en la atención de los asegurados, pero con diferencias significativas en complejidad, costos y perfil de casos atendidos, lo que tiene implicancias directas en la gestión del riesgo y el gasto asegurado.

Red FAP (propia o institucional)

Está conformada por establecimientos de salud pertenecientes a la Fuerza Aérea del Perú, incluyendo el Hospital Central FAP en Lima y una red de policlínicos de baja capacidad resolutiva ubicados en Arequipa, Chiclayo, Talara e Iquitos.

Se caracteriza por ser una red de bajo costo para el fondo, dado que sus servicios se rigen por el tarifario institucional de la Sanidad FAP, cuyos valores son considerablemente inferiores a los de los prestadores privados. No obstante, enfrenta limitaciones operativas, principalmente en cobertura de especialidades, equipamiento y continuidad del tratamiento en algunas sedes.

Como resultado, la Red FAP presenta altas tasas de derivación hacia la red extra FAP, particularmente en casos clínicamente complejos o en zonas donde no existe oferta



institucional, como Cusco, Trujillo o Cajamarca. Estas derivaciones incrementan el gasto del fondo, ya que los servicios en la red privada tienen un mayor costo unitario.

Red extra FAP (prestadores privados por convenio)

Está conformada por clínicas, centros médicos y laboratorios privados que han suscrito convenios con la FAP para ampliar la cobertura geográfica y resolutiva de atención a los afiliados del FOSFAP en las principales ciudades del país.

Esta red absorbe la demanda que excede la capacidad operativa de la Red FAP, especialmente en regiones donde no existe oferta institucional directa o en casos que requieren mayor nivel de especialización, tecnología diagnóstica o capacidad quirúrgica.

Los servicios prestados en la Red extra FAP se rigen por tarifas pactadas en convenios privados, que son significativamente más elevadas que las de la Red FAP. Como consecuencia, las atenciones en esta red representan uno de los principales componentes del gasto por siniestros del fondo, particularmente en los subgrupos de mayores de 60 años y en los afiliados con multimorbilidad.

Si bien esta red permite garantizar acceso, oportunidad y continuidad de atención, especialmente en zonas desatendidas por la infraestructura institucional, también genera exposición financiera relevante para el fondo, lo que obliga a monitorear su uso, negociar condiciones contractuales y establecer mecanismos de control técnico y económico.

De manera creciente, la Red extra FAP genera el 42 % del gasto total del fondo, pese a concentrar solo el 11 % de las atenciones registradas, lo que refleja su alto costo unitario y su uso intensivo en contextos de mayor complejidad. Este patrón es especialmente marcado fuera de Lima, donde la infraestructura institucional es limitada o inexistente.

Durante el 2024, el 17.5% del presupuesto de la FAP para la función salud fue destinado a financiar siniestros de la red extra FAP (17.2% en 2023)⁴. Cabe mencionar que provincias representó el 72% de este gasto.

4.1 Análisis clínico y operativo comparado entre redes

1. Red FAP (propia institucional)

Predominan claramente enfermedades crónicas altamente prevalentes, de control ambulatorio frecuente y con guías clínicas bien establecidas:

- **Hipertensión esencial (I10):** casi 45,500 atenciones. Patología muy prevalente en mayores de 60 años, requiere controles periódicos y medicación de por vida.
- **Diabetes tipo 2 (E11):** más de 25,000 atenciones. Implica seguimiento por riesgo de complicaciones vasculares, visuales y renales.
- **Gastritis y dispepsia (K29):** frecuente en adultos mayores, relacionada a polifarmacia, ansiedad y comorbilidades.
- **Hiperplasia prostática benigna (N40):** propia de varones mayores, demanda seguimiento urológico e intervenciones selectivas.



⁴ Consulta amigable MEF

- **Dolor lumbar/dorsalgia (M54):** reflejo del deterioro osteoarticular, requiere imagenología repetida y analgesia.

La red FAP funciona como una plataforma de atención continua para enfermedades crónicas, con alta carga técnica, pero bajo costo unitario. Su estructura es coherente con una red de bajo costo y alta frecuencia, ideal para contener progresión clínica, reducir eventos mayores y limitar derivaciones innecesarias.

2. Red Extra FAP (prestadores privados por convenio)

La casuística atendida es más dispersa, pero se identifican patrones que denotan especialización técnica y acceso a servicios no disponibles institucionalmente:

- **Controles ginecológicos y preventivos (Z01.7, Z00.0, Z00.8):** alta frecuencia en mujeres, probablemente atribuida a la limitada cobertura ginecológica en la red FAP, especialmente fuera de Lima, o búsqueda de resolución diagnóstica más eficiente.
- **Hipotiroidismo (E03.9, E03):** condición crónica que exige endocrinólogo, dosaje hormonal y ajustes terapéuticos continuos.
- **Glaucoma y retinopatías (H40, H40.0, H35.3):** enfermedades oftalmológicas que demandan tecnología diagnóstica avanzada (OCT, fondo de ojo) y seguimiento estricto.
- **Síntomas urinarios (N40, N40.X):** continuidad con N40 en FAP, pero con mayor complejidad resolutiva.
- **Enfermedades metabólicas (E11, E11.9, E78.2, E66.9):** incluyen diabetes, dislipidemia y obesidad, frecuentemente tratadas con mayor intensidad técnica.

La red Extra FAP es el canal principal cuando se requiere acceso a especialistas, tecnología diagnóstica o procedimientos no cubiertos en la red institucional. Esto eleva significativamente el costo promedio por atención y concentra el gasto en un subconjunto de diagnósticos.

No toda atención en la red Extra FAP corresponde a alta complejidad

El análisis diagnóstico revela que una parte importante de los casos gestionados en la red Extra FAP no responde estrictamente a criterios de complejidad técnica, sino a limitaciones operativas de la red FAP, como horarios restringidos, falta de especialistas básicos (ginecología, endocrinología, oftalmología general) o de oferta de prestador FAP en la zona de residencia, entre otros.

Diagnósticos como hipertensión, control ginecológico, diabetes tipo 2, hipotiroidismo leve o chequeos generales podrían ser resueltos eficientemente en la red FAP si esta contara con recursos clínicos mínimos para abordarlos. Esto abre espacio para una política de contención de siniestros basada no en la denegación de servicios, sino en la redistribución racional del riesgo técnico entre redes.

Conclusiones técnicas para el análisis actuarial

- **Segmentación funcional de redes:** La red FAP contiene el grueso de la carga crónica, con atención frecuente y costo reducido. La red Extra canaliza menor volumen pero mayor costo unitario. Esto exige gestión diferenciada de riesgo clínico y financiero.



- **Persistencia y multimorbilidad:** Las enfermedades crónicas son dominantes en ambas redes, pero la persistencia asistencial es más notoria en FAP. En Extra FAP, el foco está en resolución diagnóstica puntual de alto valor económico.
- **Riesgo económico concentrado:** Diagnósticos frecuentes en la red Extra, aunque clínicamente manejables, generan altos costos por estar fuera de la red institucional. El fondo debe priorizar intervenciones que reduzcan estas derivaciones innecesarias.
- **Política de fortalecimiento institucional:** El fortalecimiento técnico de la red FAP en especialidades básicas permitiría absorber parte significativa del riesgo actualmente canalizado a la red privada, reduciendo siniestros y mejorando eficiencia del sistema mutualista.

Para establecer una oferta eficiente en zonas donde la red FAP no tiene presencia o donde su capacidad es muy limitada, se requiere un enfoque dual, clínico y financiero, centrado en la contención técnica del riesgo. Esto implica diseñar mecanismos que permitan absorber, dentro de la red institucional o mediante prestadores alternativos de bajo costo, las atenciones que no requieren alta complejidad, pero que hoy se derivan por ausencia de oferta mínima.

En provincias sin red FAP, una estrategia viable sería la contratación de prestadores primarios bajo modelos capitados o por paquete cerrado para condiciones prevalentes como hipertensión, diabetes tipo 2, controles ginecológicos o hipotiroidismo, asegurando continuidad sin comprometer la sostenibilidad. Estas alianzas deben estar orientadas a funciones clínicas básicas, con monitoreo de indicadores de calidad, referencia y gasto por diagnóstico.

Donde la red FAP sí existe, pero es operativamente insuficiente, se debe priorizar su fortalecimiento en especialidades de alta demanda técnica pero baja complejidad, como ginecología, endocrinología y oftalmología general, lo que permitiría reducir derivaciones injustificadas. Esta política no implica expansión costosa, sino redistribución estratégica del gasto hacia capacidad resolutiva, especialmente en nodos con alta concentración de asegurados.

Desde el punto de vista actuarial, esta reconfiguración permitiría reducir la exposición al riesgo financiero elevado que implica la red extra FAP, reordenando el flujo de pacientes en función de su necesidad real y no de la disponibilidad geográfica o estructural. Esto es clave para garantizar la sostenibilidad del fondo bajo el modelo mutualista.



5 Evaluación financiera del Plan Complementario Familiar 2024

A partir del análisis de los registros de afiliación, uso de servicios y siniestralidad reportada durante el año 2024, se ha estimado el saldo técnico del Plan Complementario Familiar, el cual incluye tanto al titular, cónyuge e hijos, como a los padres y madres afiliados bajo cotización adicional. Esta evaluación busca identificar el grado de equilibrio financiero entre los ingresos por primas y los egresos por siniestros, considerando además los costos administrativos y el margen técnico mínimo requerido para garantizar sostenibilidad.

Los resultados permiten analizar la suficiencia de la prima vigente, la existencia de subsidios cruzados y los factores que explican el comportamiento económico del fondo en este segmento específico.

Los cálculos de costos presentados en este apartado se han construido a partir de información consolidada proveniente de dos fuentes institucionales: el Departamento de Estadística e Informática en Salud de la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea del Perú (para los datos de la red FAP, incluyendo el Hospital Central FAP) y el Fondo de Salud FOSFAP (para los registros de atención en la red extra FAP y el uso de conexos).

Toda la información utilizada corresponde al año 2024 y ha sido procesada de manera agregada, estimándose valores promedio por atención según red y subgrupo. Sobre esta base se calcularon los siniestros brutos, los copagos efectivos y los siniestros netos, así como los ingresos anuales por primas. Esta estructura permitió estimar el saldo técnico del Plan Complementario Familiar y caracterizar el comportamiento económico de cada subgrupo en función de su uso y aporte al fondo.

5.1 Análisis del ingreso por primas del Plan Complementario Familiar – 2024

Para el ejercicio 2024, se ha estimado el ingreso total por primas del Plan Complementario Familiar en **S/ 15,282,053.76**, distribuidos entre titulares, madres y padres afiliados. Esta estimación se ha obtenido multiplicando el número de afiliados registrados en cada subgrupo por su respectiva prima mensual y proyectando el ingreso anual.

Subgrupo afiliado	Ingreso anual
Titulares	S/ 9,230,225
Madres	S/ 4,078,848
Padres	S/ 1,972,980
Total	S/ 15,282,053



Estructura contributiva solidaria con ajuste parcial por riesgo

El plan complementario familiar del FOSFAP se sustenta en un enfoque **mutualista y solidario**, en el cual las primas no responden plenamente a un cálculo actuarial individualizado, sino a una lógica de cobertura compartida entre subgrupos. Si bien existe una diferenciación en las primas (S/ 113 mensuales por padres/madres y S/ 48 por familia titular), esta no refleja completamente la variación en edad, carga clínica ni frecuencia de uso entre subgrupos.

Indicios de subsidio cruzado desde padres/madres hacia titulares envejecidos

Contrario a la percepción común, los datos muestran que el grupo más numeroso en el tramo de mayor riesgo (60 a 80 años) corresponde a **titulares en situación de retiro**, quienes concentran una proporción significativa de las atenciones. Dado que el aporte de estos titulares es familiar y más bajo que el aporte individual de padres y madres, se configura un **subsidio cruzado inverso**, en el que los padres/madres podrían estar financiando parcialmente la carga técnica y económica de los titulares envejecidos.

Importancia del análisis técnico segmentado, sin perder el carácter solidario

La lógica solidaria del plan no impide —y de hecho requiere— un análisis actuarial por subgrupo, con el fin de **identificar los puntos de presión financiera y ajustar las políticas de afiliación, copagos o reglas de entrada**, sin romper el principio de solidaridad. Esto es especialmente importante para evitar que el plan se vuelva insostenible o que la solidaridad termine generando inequidad en la distribución del riesgo técnico.

Implicancias para la política de sostenibilidad

La coexistencia de solidaridad con sostenibilidad exige:

- ajustar las primas solo cuando el desbalance técnico lo justifique claramente,
- priorizar mecanismos de contención del gasto en subgrupos de alta carga clínica,
- establecer reglas claras que impidan la selección adversa o la afiliación oportunista.

En suma, el plan puede —y debe— seguir siendo solidario, pero con decisiones informadas por un análisis técnico riguroso que permita preservar el equilibrio entre equidad contributiva y sostenibilidad financiera.

5.2 Condiciones de atención según red de prestación y tipo de afiliado

El Plan de Salud Complementario Familiar define condiciones diferenciadas de cobertura y coaseguro para titulares, cónyuges e hijos, dependiendo de si la atención se realiza en establecimientos de la red FAP (institucional) o en la red Extra FAP (prestadores privados en convenio).

Tabla 6 Condiciones de atención según prestador

BENEFICIARIO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	ATENCIÓNES DE SALUD				MEDICAMENTOS			
		CONSULTAS AMBULATORIAS EN IPRESS		HOSPITALIZACIÓN Y EXÁMENES AMBULATORIOS EN IPRESS		MEDICAMENTOS EN PETITORIO FAP/PNUME CON DCI(*)		MEDICAMENTOS FUERA DE PETITORIO FAP/PNUME(*) O DE MARCA	
		PÚBLICAS	PRIVADAS	PÚBLICAS Y FF.AA.	PRIVADAS	AMBULATORIO	HOSPITALIZADO	AMBULATORIO (*)	HOSPITALIZADO (*)
TITULAR	ILIMITADO	0%		0%		0%	0%	20%	20%
CÓNYUGE	HASTA S/ 80,000.00	20%	20%	10%	10%	20%	10%	40%	30%
HIJOS									



Red FAP (institucional)

- **Titular**
 - **Cobertura anual:** Ilimitada.
 - **Consultas ambulatorias:** Sin copago (0 %) en IPRESS públicas y FAP.
 - **Hospitalización y exámenes ambulatorios:** Sin copago (0 %) en IPRESS públicas y FAP.
 - **Medicamentos del petitorio FAP/PNUME (DCI):** Sin copago (0 %) tanto ambulatorio como en hospitalización.
 - **Medicamentos fuera del petitorio o de marca:** Copago de 20 %, tanto en condición ambulatoria como hospitalaria.

- **Cónyuge e hijos (incluye Padre y Madre)**

- **Cobertura anual:** Hasta S/ 80,000 por beneficiario.
- **Consultas ambulatorias:** Copago de 20 %.
- **Hospitalización y exámenes ambulatorios:** Copago de 10 %.
- **Medicamentos del petitorio (DCI):** Copago de 20 % en ambulatorio y 10 % en hospitalización.
- **Medicamentos fuera del petitorio o de marca:** Copago de 40 % en ambulatorio y 30 % en hospitalización.

Red Extra FAP (prestadores privados en convenio)

- **Titular**

- **Consultas ambulatorias:** Copago (10 %) en IPRESS privadas.
- **Hospitalización y exámenes ambulatorios:** Copago de 10 % en IPRESS privadas.
- **Medicamentos del petitorio (DCI):** Sin copago (0 %) en condición ambulatoria y hospitalaria.
- **Medicamentos fuera del petitorio o de marca:** Copago de 20 % en ambulatorio y 10% en hospitalización.

- **Cónyuge e hijos**

- **Consultas ambulatorias:** Copago de 20 % en IPRESS privadas.
- **Hospitalización y exámenes ambulatorios:** Copago de 10 % en IPRESS privadas.
- **Medicamentos del petitorio (DCI):** Copago de 20 % en ambulatorio y 10 % en hospitalización.
- **Medicamentos fuera del petitorio o de marca:** Copago de 40 % en ambulatorio y 30 % en hospitalización.

5.2.1 Características operativas y económicas de las redes de atención

Las condiciones de atención difieren de manera significativa entre la red institucional FAP y la red de prestadores privados en convenio (Red Extra FAP), tanto en sus estructuras tarifarias como en la provisión de medicamentos, lo cual repercute directamente en la magnitud del gasto asegurado.



Red FAP

- Los servicios se brindan en establecimientos de salud propios de la Fuerza Aérea del Perú (Hospital Central FAP y policlínicos regionales).
- Se emplea un **tarifario institucional actualizado al año 2024**, que permite controlar los costos unitarios por prestación médica.
- **Los medicamentos entregados corresponden en su mayoría a productos genéricos en Denominación Común Internacional (DCI)**, ajustados al petitorio institucional y al Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME).
- Estas condiciones resultan en un costo promedio por atención significativamente menor en comparación con la red privada.

Red Extra FAP

- Integrada por IPRESS privadas que mantienen convenios con la IAFAS-FOSFAP.

- **Cada IPRESS utiliza su propio tarifario como base de facturación**, lo cual introduce dispersión y, frecuentemente, niveles más altos de gasto.
- **La provisión de medicamentos suele basarse en productos de marca**, con precios notablemente superiores a los medicamentos genéricos provistos por la red FAP.
- Esta configuración incrementa el costo farmacéutico y eleva el siniestro promedio asociado a las atenciones realizadas fuera de la red institucional.

En la Red FAP, las liquidaciones por prestaciones pueden demorar semanas o incluso meses, dependiendo de la complejidad de los procedimientos aplicados al afiliado y de los flujos administrativos internos. Esta dinámica introduce rezagos en el reconocimiento del gasto además de la falta de incentivos adecuados, dificultando una gestión financiera oportuna y una lectura en tiempo real de la siniestralidad.

En las IPRESS privadas de la Red Extra FAP, las liquidaciones deben presentarse de forma mensual como máximo, conforme a los términos de los convenios vigentes. Este requerimiento responde a incentivos financieros más exigentes y refleja una lógica de gestión centrada en el flujo de caja, distinta a la dinámica institucional.

5.3 Siniestros y Copagos

El análisis de siniestros y copagos permite observar con mayor claridad cómo se comporta cada subgrupo dentro del plan familiar del FOSFAP. Para cada uno se ha estimado el volumen total de atenciones, el gasto generado en ambas redes (FAP y extra), los copagos recaudados y el siniestro neto. Esta información permite identificar cuáles subgrupos concentran mayor carga económica y cómo se distribuyen los gastos dentro del sistema.

Tabla 7 Siniestros y Copagos 2024

Afiliado	Atenciones FAP	Atenciones extra FAP	Siniestro FAP	Siniestro extra FAP	Copago FAP	Copago extra FAP	Siniestro neto
TITULAR	171,802	25,074	S/5,068,159	S/5,541,354	S/41,052	S/498,722	S/10,069,789
CONYUGE	141,537	17,085	S/4,175,342	S/3,775,785	S/334,027	S/415,336	S/7,201,763
HIJO	25,999	5,738	S/766,970	S/1,268,098	S/61,358	S/139,491	S/1,834,220
MADRE	15,658	4,161	S/461,911	S/919,581	S/41,572	S/101,154	S/1,238,766
PADRE	21,431	2,301	S/632,214	S/508,521	S/56,899	S/55,937	S/1,027,899
Total	376,427	54,359	S/ 11,104,596	S/ 12,013,339	S/ 534,908	S/ 1,210,640	S/ 21,372,387

Titulares

Los titulares concentran el mayor volumen de uso del sistema de salud, acumulando más de 196 mil atenciones anuales entre red FAP (171,802) y red extra (25,074). El gasto bruto asociado a estas atenciones asciende a S/ 10,6 millones, con una participación significativa de la red extra, que representa más del 50 % del total pese a atender solo una séptima parte del volumen.

En términos de copagos, la tasa aplicada promedio es de 0.81 % en red FAP y 9 % en red extra. Estas tasas generan una recaudación de alrededor de S/ 540 mil anuales, lo cual representa solo una fracción del gasto generado. El siniestro neto —es decir, el gasto que

efectivamente asume el fondo después de descontar copagos— asciende a más de S/ 10 millones.

Este subgrupo es el eje del plan familiar y, como tal, concentra el mayor peso operativo y financiero. Su comportamiento define la dinámica del fondo, tanto por volumen de atenciones como por estructura de red utilizada. El uso intensivo de la red extra contribuye de forma decisiva a su carga económica.

Cónyuges

El subgrupo de cónyuges presenta un volumen de uso muy elevado, con más de 158 mil atenciones anuales, de las cuales 141,537 corresponden a la red FAP y 17,085 a la red extra. Aunque la proporción de uso en red extra es más baja que la de los titulares, el impacto económico es significativo debido al alto costo unitario de esta red.

El gasto bruto generado por este grupo supera los S/ 7,9 millones anuales. La estructura promedio de copagos (8 % en FAP y 11 % en red extra) permite recuperar unos S/ 749 mil anuales. El siniestro neto, es decir, el gasto real asumido por el fondo, asciende a más de S/ 7,2 millones.

En términos operativos, este grupo tiene un peso financiero comparable al de los titulares, aunque con una distribución de uso algo más concentrada en la red institucional. Su contribución al gasto total del sistema es elevada, y su comportamiento de uso merece atención específica en términos de regulación, acceso y seguimiento.

Hijos

El grupo de hijos genera un volumen total de atenciones de aproximadamente 31,700 por año, con un uso mayoritario en la red FAP (25,999) y una menor participación de la red extra (5,738). El gasto bruto asociado supera los S/ 2 millones anuales, producto del alto costo relativo de la red extra, aun cuando su uso es limitado.

Los copagos promedio aplicados son del 8 % en FAP y del 11 % en red extra, generando ingresos cercanos a los S/ 200 mil anuales. El fondo asume un gasto neto de aproximadamente S/ 1,83 millones por este grupo.

Pese a representar una fracción menor del gasto total, este grupo requiere especial vigilancia, ya que incluso con un bajo volumen de uso, los costos asociados al acceso a la red extra pueden escalar rápidamente. El control de derivaciones, la estandarización de protocolos y la regulación del acceso podrían contribuir a mejorar su eficiencia dentro del plan familiar.

Padres y Madres

Los padres y madres suman, en conjunto, poco más de 25,000 atenciones anuales: 15,658 correspondientes a madres y 21,431 a padres en red FAP, además de 4,161 y 2,301 respectivamente en red extra. El gasto total generado por este grupo asciende a S/ 2,52 millones, con una distribución moderada entre ambas redes.

Las tasas de copago promedio para este grupo son elevadas: 9 % en red FAP y 11 % en red extra. Esto permite recuperar más de S/ 255 mil anuales por esta vía. El gasto neto asumido por el fondo, tras aplicar copagos, se sitúa alrededor de S/ 2,26 millones.



Este grupo mantiene una relación costo-utilización relativamente equilibrada. Su nivel de uso es bajo comparado con los grupos familiares activos, y la estructura de copagos vigente contribuye a moderar el gasto neto. En términos financieros, padres y madres se comportan como un grupo contenido, con baja carga económica y buena proporción de recuperación vía copagos.

5.4 Relación Prima/Siniestro: análisis por grupo de afiliados

Una forma directa de evaluar el equilibrio financiero del plan es comparar el total de primas recaudadas frente al gasto en siniestros netos, es decir, la relación Prima/Siniestro. Este indicador resume, en una sola cifra, si un grupo genera excedente o déficit, y permite identificar subsidios cruzados implícitos entre subgrupos.

Para este análisis, se han consolidado los datos en dos grupos principales:

- **Grupo 1:** Titular + Cónyuge + Hijos

Tabla 8 Relación Prima Siniestro

Tipo de afiliados	Titular+Cónyuge+Hijos	Padre + Madre
Relación Prima/Siniestro	0.45	2.4

Grupo 1: Titular + Cónyuge + Hijos

La relación Prima/Siniestro para este conjunto de afiliados es de **0.45**. Esto significa que, por cada sol recaudado en primas, el fondo debe asumir un gasto de aproximadamente S/ 2.22 en siniestros netos. El desequilibrio es evidente: los ingresos por primas no cubren ni la mitad del gasto generado por este grupo.

Este comportamiento refleja un uso intensivo de los servicios, especialmente en red extra, sumado a una prima mensual que, en conjunto, no compensa el nivel de egresos. La magnitud del déficit se ve ampliada por el hecho de que tanto cónyuges como hijos se encuentran incorporados bajo un esquema de plan familiar que no considera aportes individuales proporcionales al uso.

El resultado operativo de este grupo compromete la sostenibilidad del fondo si no se compensa con excedentes de otros segmentos o si no se introducen mecanismos de ajuste en la estructura actual.



5.5 Resultado técnico estimado – Año 2024

El presente apartado muestra el resultado técnico estimado del Plan Complementario Familiar correspondiente al año 2024. Las cifras se han construido a partir de la información operativa y financiera remitida por el FOSFAP y la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea del Perú, con base en los registros agregados de afiliación, uso de servicios, recaudación de primas y egresos del sistema. Se trata de una estimación consolidada que permite dimensionar el balance financiero anual del fondo, incluyendo todos los componentes relevantes: ingresos por primas, aportes vía copagos, egresos por siniestros (red FAP, red extra y servicios conexos), gastos administrativos y margen técnico mínimo requerido.

A continuación, se presenta el resultado:

Tabla 9 Resultado técnico 2024(e) Plan Complementario

Concepto	Monto (S/)
Primas – Titular	9,265,536
Primas – Padres	6,051,828
Primas totales	15,317,364
Copagos (FAP + extra)	1,745,549
Copago conexos	0
Ingresos totales	17,062,913
Siniestros FAP	11,104,596
Siniestros extra FAP	12,013,339
Siniestros conexos	1,590,000
Total siniestros	24,707,936
Egresos administrativos	1,000,000
Margen técnico (1.5 %)	370,619
Egresos totales	26,078,555
Saldo operativo final	-9,015,642

El resultado técnico estimado para el año 2024 muestra un saldo negativo de S/ 9,015,642. Los ingresos totales del periodo, compuestos por primas (S/ 15,317,364) y copagos recaudados en atenciones por red FAP y extra FAP (S/ 1,745,549), alcanzan los S/ 17,062,913. Por el lado del gasto, los siniestros consolidados suman S/ 23,117,935, distribuidos entre atenciones en red institucional (S/ 11,104,596) y atenciones en red privada o extra FAP (S/ 12,013,339). A esto se agregan S/ 1,000,000 en egresos administrativos y S/ 370,619⁵ como margen técnico mínimo requerido, con lo cual el total de egresos del fondo alcanza los S/ 26,078,555.

El déficit observado no responde a un solo componente, sino a una estructura de costos donde los egresos superan en más de 50 % a los ingresos operativos del fondo. En particular, el gasto en la red extra FAP representa el 46 % del total de siniestros, a pesar de concentrar una fracción menor del volumen total de atenciones. El diferencial de precios entre ambas redes—S/ 221 por atención en red extra frente a S/ 29.5 en red FAP—amplifica el impacto económico de cada derivación.

En este contexto, el margen técnico que debe reservarse como porcentaje del gasto asegurado y los costos administrativos asociados al funcionamiento del fondo no hacen sino ampliar la brecha financiera. Aun si se excluyeran estos componentes no asistenciales, el déficit técnico seguiría siendo considerable.

El resultado operativo evidencia un déficit acumulado de S/ 9,015,642, que no puede atribuirse a un solo componente, sino a la confluencia de varios factores estructurales y operativos que afectan simultáneamente el lado del ingreso y del gasto.

En primer lugar, la estructura de aportes presenta una brecha frente a la carga económica real generada por el grupo familiar principal (titular, cónyuge e hijos). Si bien la póliza opera bajo un principio mutualista y solidario —donde los aportes del titular financian a todo el

⁵ Se asumió en 2% de los ingresos anuales



núcleo familiar—, el monto de la contribución mensual no guarda correspondencia con el perfil de uso acumulado ni con la intensidad de gasto que produce este conjunto.

No existen mecanismos de ajuste que reconozcan diferencias por edad, morbilidad, localización geográfica o patrón de uso, lo que genera una concentración de riesgo financiero en un segmento sin segmentación interna. Esta situación se agrava por el uso intensivo de la red extra FAP, que eleva de manera significativa el gasto por cada atención y expone al fondo a costos que no pueden ser absorbidos adecuadamente bajo la prima vigente.

En segundo lugar, la red extra FAP concentra una presión financiera desproporcionada. Aunque solo atiende una fracción del total de prestaciones, representa más del 50 % del gasto total en siniestros. Esto se explica por tres elementos concurrentes: (i) el costo unitario por atención en red extra es más de siete veces mayor que en la red FAP, (ii) no existen límites financieros operativos por afiliado ni control de frecuencia por diagnóstico o nivel de complejidad, y (iii) el copago aplicado —aunque superior al de la red FAP— no alcanza para disuadir su uso ni para compensar su alto costo marginal. El resultado es un gasto que crece de forma no proporcional al número de atenciones.

En tercer lugar, la red institucional (FAP), que debería actuar como prestador primario y de contención, no cumple con ese rol en términos operativos ni financieros. Su capacidad resolutiva es limitada fuera de Lima y su nivel de respuesta clínica, en muchos casos, no logra absorber las demandas de la población afiliada en provincias, lo cual incentiva o fuerza la derivación hacia prestadores externos. Este fenómeno no solo eleva el costo, sino que transfiere riesgos financieros al fondo, sin mecanismos compensatorios.

Cuarto, la estructura de copagos, si bien diferenciada por red, es homogénea al interior de cada subgrupo, lo cual limita su capacidad para inducir un uso racional o selectivo de servicios. No hay segmentación por tipo de prestación, nivel de complejidad o recurrencia asistencial. Tampoco se han implementado escalas móviles, topes anuales ni incentivos por uso eficiente. Por tanto, el copago opera más como un descuento lineal que como un instrumento de contención.

Quinto, el diseño del plan familiar responde a una lógica solidaria, en la cual el aporte del titular cubre las necesidades del cónyuge e hijos sin diferenciación individual ni segmentación por riesgo. Este enfoque mutualista, agrupa beneficiarios con patrones de uso clínico heterogéneos y niveles de gasto divergentes, sin mecanismos explícitos de compensación interna.

En la práctica, esto genera subsidios cruzados implícitos no gestionados entre integrantes del mismo núcleo. Por ejemplo, cónyuges y adolescentes pueden concentrar episodios de alta demanda —en áreas como salud mental, gineco-obstetricia o traumatología— sin que ello se refleje en una estructura de aportes diferenciada. Si bien este diseño es legítimo dentro de un modelo de aseguramiento familiar solidario, la falta de control o monitoreo sobre los niveles de utilización limita su sostenibilidad y debilita la equidad operativa del esquema.

Finalmente, los componentes administrativos y técnicos del fondo —aunque razonables en proporción— aumentan la brecha cuando el desequilibrio ya es significativo. El gasto administrativo y el margen técnico representan aproximadamente un 5.6 % adicional sobre los siniestros netos. Si bien son necesarios para la operatividad y solvencia mínima, su



peso se vuelve más crítico en contextos donde los ingresos operativos están por debajo de los egresos estructurales.

En conjunto, estos elementos configuran un escenario donde el déficit no es resultado de una desviación puntual o de una mala estimación actuarial, sino de una arquitectura financiera y operativa que no está alineada con la realidad del uso, los precios y la capacidad resolutiva del sistema. La revisión del plan no puede limitarse a ajustes paramétricos —como modificar copagos o subir la prima—, sino que requiere un rediseño técnico de los ejes de cobertura, segmentación de riesgo, y regulación del acceso a redes con alto costo relativo.

Gráfico 1 Factores del déficit técnico



5.5.1 Resultados diferenciados por agrupación familiar

El desglose por agrupación permite identificar con mayor claridad el origen del desbalance financiero observado en 2024. Al separar los resultados entre el grupo Padre + Madre (que accede mediante cotización adicional) y el conjunto Titular + Cónyuge + Hijo (cubiertos por la prima familiar), se observa una marcada asimetría en el comportamiento financiero de ambos bloques.

Tabla 2 Resultados por grupo familiar

Agrupación	Primas + Copagos	Total Siniestros	Egresos Totales	Saldo
Padre + Madre	S/ 6,307,391	S/ 2,840,228	S/ 3,082,831	S/ 3,224,560
Titular + Cónyuge + Hijo	S/ 10,755,522	S/ 21,867,708	S/ 22,995,724	-S/ 12,240,202
Total	S/ 17,062,913	S/ 24,707,936	S/ 26,078,555	-S/ 9,015,642



Grupo Padre + Madre

Este grupo presenta un resultado técnico netamente positivo, con un superávit de S/ 3,2 millones. Aporta S/ 6,3 millones en primas y copagos, frente a un gasto total (siniestros y proporción de egresos administrativos y margen técnico) de S/ 3 millones. El comportamiento financiero de este grupo es consistente con lo observado en los análisis previos: bajo nivel de uso, primas individuales elevadas y tasas de copago relativamente altas. Este saldo positivo representa una fuente de estabilidad para el fondo.

Grupo Titular + Cónyuge + Hijo

Este conjunto concentra la mayor parte de las atenciones y el mayor peso económico. Genera siniestros por más de S/ 21,8 millones, pero solo contribuye con S/ 10,7 millones vía primas y copagos. El desbalance es estructural: incluso si no se consideraran los costos administrativos ni el margen técnico, el déficit operativo ya supera los S/ 11 millones. Al incluir estos egresos, el saldo final negativo asciende a S/ 12,2 millones. Este resultado refleja una estructura de gasto que supera por amplio margen los ingresos asociados al grupo familiar base, y da cuenta de la presión financiera que ejerce sobre el fondo.

Observaciones finales

La comparación entre ambos grupos pone en evidencia que el déficit del fondo se origina íntegramente en el componente familiar base (titular, cónyuge e hijo). El superávit generado por padres y madres no solo no alcanza a compensar este desbalance, sino que representa apenas el 26 % del déficit generado por el grupo principal. Esto confirma que el modelo actual de financiamiento —aunque solidario y mutualista— requiere ajustes estructurales si se busca alcanzar equilibrio financiero sostenido. Tales ajustes pueden tomar la forma de modificaciones en la prima familiar, rediseño de la cobertura externa, o segmentación del riesgo dentro del grupo cubierto por el titular.

6 Escenario financiero proyectados a 5 años: análisis de sostenibilidad y alternativas de ajuste

Con el objetivo de evaluar la viabilidad económica del Plan Complementario Familiar del FOSFAP en el mediano plazo, se han desarrollado proyecciones financieras a cinco años con supuestos operativos y estructurales. Estas simulaciones permiten estimar la evolución del saldo técnico del fondo en función de variaciones en la demanda asistencial, en los niveles de copago y en las condiciones de afiliación.

El escenario analizado considera al grupo conformado por el titular, cónyuge e hijos (núcleo base del plan). Las proyecciones permiten dimensionar el impacto acumulado que tendría la implementación de medidas orientadas a regular el uso de la red extra FAP, ajustar primas o modificar criterios de afiliación.

Manteniendo la metodología de costeo validada se incluyen supuestos diferenciados de inflación médica, crecimiento poblacional y comportamiento de uso. Los resultados constituyen una herramienta analítica para la toma de decisiones estratégicas orientadas a la sostenibilidad del fondo.



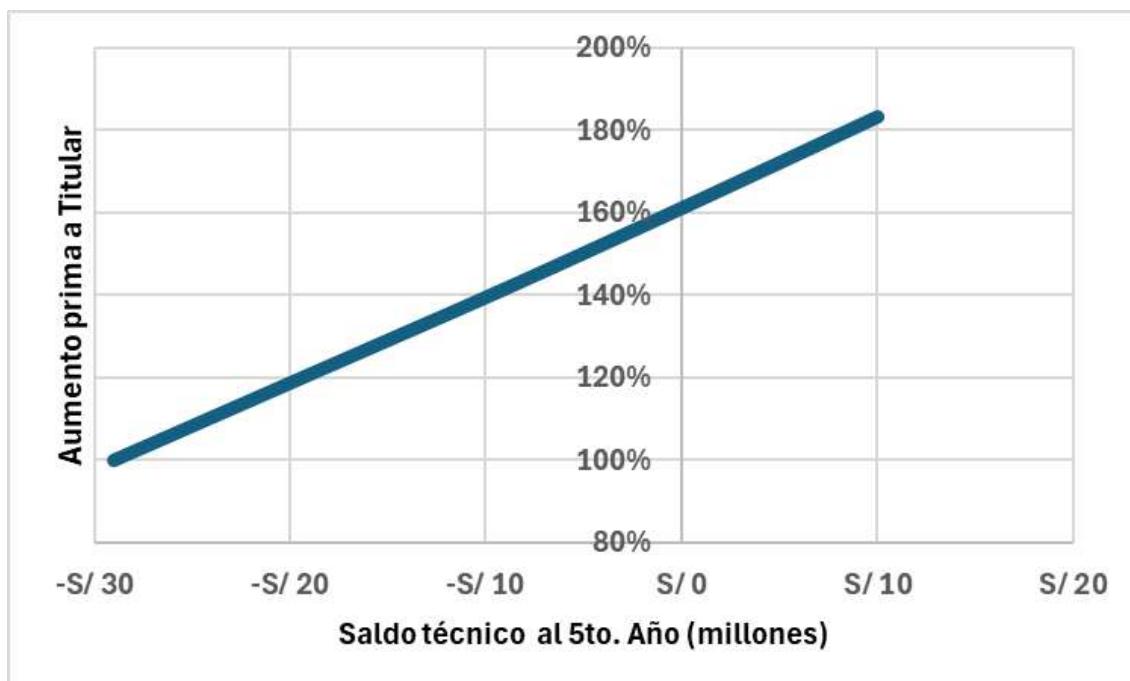
6.1 Impacto del incremento de prima sobre el saldo técnico del Plan Complementario (sin incluir padres/madres)

Se modela la relación entre el saldo técnico proyectado al quinto año y diferentes niveles de aumento en la prima mensual del titular, bajo el supuesto de una regulación efectiva de la demanda hacia la red extra FAP (incremento máximo del 10 % respecto a 2024). Se mantienen los copagos para los derechohabientes, con copago fijo de S/ 10 en la red FAP, copago variable del 20 % en la misma red y del 15 % en la red extra FAP. Los titulares no pagan copago en ninguna red, y los servicios conexos se mantienen sin copago. **Este ejercicio excluye a los padres y madres del análisis.**

Los resultados muestran una relación directa entre el aumento de prima y la mejora en el saldo técnico. Sin embargo, **recién con un incremento del 160 % en la prima mensual del titular se alcanza el equilibrio financiero al quinto año**. Este resultado revela las limitaciones de una estrategia basada exclusivamente en aumento de primas como mecanismo de sostenibilidad, particularmente si se busca mantener una política de copagos bajos o nulos para el titular.

En términos actuariales, el hallazgo confirma que **la suficiencia de la prima es una condición necesaria pero no suficiente**: su efectividad depende críticamente del comportamiento de la demanda hacia la red privada. Si no se controla el uso de prestadores extra FAP, incluso primas más altas podrían no garantizar sostenibilidad operativa.

Ilustración 1 Saldo técnico del Plan complementario y variación en Prima



7 Ejes estratégicos para el reequilibrio financiero del fondo

Los resultados del año 2024 evidencian que el actual diseño del plan familiar presenta presiones estructurales que comprometen su sostenibilidad. Para enfrentar esta situación de manera técnica y progresiva, se identifican seis ejes de intervención que abordan los principales factores que explican el desbalance económico observado:

7.1 Adecuación de la prima familiar solidaria

El análisis consolidado muestra que el grupo compuesto por titular, cónyuge e hijos concentra más del 88 % del gasto total en siniestros. Sin embargo, el esquema actual de financiamiento mantiene una prima mensual fija para el titular, sin distinción por subgrupo, edad, intensidad de uso, localización o riesgo clínico. Esta configuración, si bien responde al principio mutualista y solidario del plan, está generando un desajuste estructural creciente entre el ingreso recaudado y los egresos asociados al grupo familiar base.

La lógica contributiva actual —donde un único monto financia al núcleo familiar completo— no se ha actualizado frente al cambio en los patrones de uso, la mayor derivación a redes privadas y el aumento de servicios de mediana y alta complejidad utilizados por cónyuges e hijos. Este desbalance es particularmente visible en el gasto generado en red extra FAP, que representa una parte sustancial del déficit técnico del fondo.

No obstante, cualquier modificación de la prima debe considerar cuidadosamente el impacto que pueda generar en los hogares de los afiliados. En el contexto actual, **es fundamental** evitar medidas que representen una carga económica significativa para los titulares, especialmente si no se acompañan de beneficios tangibles o mejoras en el acceso. Por ello, la adecuación de la prima debe evaluarse desde una perspectiva técnica, progresiva y con énfasis en sostenibilidad, sin desnaturalizar la estructura solidaria del plan.

Algunas recomendaciones generales que podrían guiar este proceso son:

- Evaluar ajustes graduales y técnicamente justificados de la prima familiar, considerando el comportamiento agregado del fondo y los niveles de gasto observados año a año, manteniendo criterios de previsibilidad para los afiliados.
- Asociar cualquier modificación a la generación de valor percibido por parte del usuario, a través de mejoras en los servicios institucionales, fortalecimiento de la red FAP y mayor acceso a prestaciones clave.
- Desarrollar escenarios **proyectados** de suficiencia contributiva, que permitan analizar alternativas de actualización de la prima bajo diferentes supuestos de inflación médica, frecuencia de uso y proporción de atenciones en red privada.
- Mantener el carácter solidario del financiamiento familiar, evitando segmentaciones por persona o edad, y preservando el principio de cobertura amplia bajo un aporte único del titular.



En resumen, la adecuación de la prima debe entenderse como un mecanismo de sostenibilidad, no de restricción. Una actualización técnica, socialmente viable y coherente con la filosofía del fondo permitirá asegurar el equilibrio financiero sin comprometer la cobertura ni la protección del núcleo familiar de los afiliados.

7.2 Contención del gasto en red extra FAP

El gasto en la red privada (extra FAP) representa el principal componente de presión financiera para el fondo, concentrando aproximadamente el 49 % del total de siniestros en 2024, a pesar de que esta red no atiende la mayoría de los eventos clínicos. Esta desproporción refleja no solo el alto costo unitario de atención —que en promedio alcanza los S/ 221 por evento—, sino también una ausencia de mecanismos efectivos de control sobre derivaciones, frecuencias de uso, niveles de complejidad o pertinencia clínica.

En la práctica, la red extra FAP ha dejado de ser un complemento para convertirse en un eje estructural del gasto del plan familiar. Su crecimiento no ha sido acompañado de una política explícita de regulación financiera ni de criterios técnicos de contención. En este contexto, cualquier estrategia orientada a reequilibrar el fondo debe asumir que la gestión del riesgo actuarial de la póliza depende en gran medida de la capacidad de controlar, redireccionar o limitar la demanda asistencial canalizada hacia esta red privada.

Esta situación cobra especial relevancia en escenarios donde se considera la eliminación de copagos para titulares en red extra FAP, dado que la supresión de este mecanismo desincentivador, en ausencia de restricciones operativas, puede inducir una mayor demanda sin filtro, elevando exponencialmente el gasto sin mejoras equivalentes en resultados clínicos.

Para enfrentar esta problemática, se requiere avanzar en un modelo técnico de contención del gasto en red extra FAP, cuyos componentes generales podrían incluir:

- Normas de derivación clínica obligatoria desde la red FAP, con documentación de causal operativa o clínica. Se trataría de un paso previo obligatorio antes de autorizar prestaciones en la red externa, que debería incluir normas diferenciadas de derivación clínica según zona geográfica, estableciendo requisitos más estrictos en regiones con oferta FAP y protocolos alternativos en zonas sin cobertura institucional.
- Establecimiento de techos financieros anuales por afiliado o núcleo familiar, que permitan monitorear y contener casos de sobredemanda o utilización desproporcionada.
- Copagos diferenciados por nivel de complejidad o especialidad, aplicables incluso con esquemas de copago cero en eventos ambulatorios o de baja complejidad, pero con tasas progresivas para servicios hospitalarios, intervenciones quirúrgicas u otras de alto costo.
- Protocolos de pertinencia y priorización, desarrollados en conjunto con las direcciones clínicas, para asegurar que solo casos no resolubles institucionalmente sean derivados, con trazabilidad administrativa.
- Contratación por paquetes o módulos predefinidos, en lugar de pagos por evento, priorizando el control de tarifa, duración y cobertura de cada proceso asistencial.



- Alertas automatizadas en el sistema de información del fondo, que detecten en tiempo real afiliados o núcleos familiares que exceden umbrales de uso preestablecidos, con revisión clínica y administrativa obligatoria.
- Negociación activa de tarifas con prestadores recurrentes, basada en volúmenes de atención, resultados clínicos y cumplimiento de protocolos definidos.

La contención del gasto en red extra FAP no implica restringir acceso clínico necesario, sino restablecer mecanismos de equilibrio entre costo, uso y resultado, de modo que la red privada cumpla un rol complementario, eficiente y financieramente viable dentro del sistema mutualista del FOSFAP. Ignorar esta dimensión implica trasladar progresivamente el corazón financiero del fondo a un entorno de costos no controlados y difícilmente predecibles.

7.3 Optimización operativa de la red FAP

La red de prestadores propios de la Fuerza Aérea del Perú constituye el eje estructurante del modelo asistencial del FOSFAP. Sin embargo, su actual capacidad resolutiva resulta limitada en varias dimensiones, especialmente fuera de Lima. Este déficit operativo ha provocado una creciente dependencia de la red privada (extra FAP), incluso para atenciones que, en condiciones adecuadas, podrían ser absorbidas por el primer o segundo nivel institucional. El resultado es un incremento sostenido en el gasto, una pérdida relativa del rol operativo de la red FAP y una erosión del principio de autosuficiencia asistencial.

La optimización operativa de la red FAP requiere un abordaje integral que considere:

- **Capacidad clínica instalada:** Se identifican brechas en recursos humanos (especialistas clave como oftalmólogos, ginecólogos, psiquiatras y traumatólogos), infraestructura física y equipamiento básico para procedimientos ambulatorios de mediana complejidad. La falta de estos recursos restringe la oferta efectiva y eleva innecesariamente la tasa de derivación.
- **Desbalance territorial:** El modelo actual está centrado en Lima, mientras que una proporción relevante de los afiliados reside en regiones sin presencia efectiva de la red FAP. En estos casos, la única opción real de atención es la red privada. Este patrón refuerza inequidades geográficas y genera una dependencia estructural del gasto extra FAP en provincias.
- **Procesos clínico-asistenciales:** La ausencia de rutas clínicas definidas, protocolos de derivación y mecanismos de priorización limita la eficiencia en la gestión de la demanda. Muchos casos ingresan directamente a la red privada sin pasar por una evaluación resolutiva institucional, incluso cuando hay capacidad parcial para absorber la atención.
- **Gestión operativa y contractual:** Existen oportunidades de mejora en la articulación de turnos, agendamiento y gestión del tiempo clínico en los establecimientos propios. Asimismo, se requiere revisar los convenios con prestadores aliados (incluidos aquellos dentro de la red FAP ampliada), con el fin de asegurar coherencia tarifaria y estándares de calidad.



- **Sistemas de información clínica:** La fragmentación entre los registros clínicos de la red FAP y las atenciones derivadas impide generar una visión integrada del proceso asistencial del afiliado. Esta desconexión limita tanto la continuidad de atención como la evaluación de efectividad y eficiencia.

Por tanto, optimizar la red FAP no se reduce a incrementar oferta, sino a reconfigurar su funcionamiento con una lógica territorial, resolutiva y articulada. Recuperar la capacidad de resolver internamente un mayor porcentaje de la demanda permitirá contener el crecimiento del gasto, reducir inequidades regionales y reforzar la función estratégica del sistema institucional.

7.4 Gestión segmentada del riesgo

El análisis actual del comportamiento económico del fondo se basa en datos agregados por grupo familiar, lo cual, si bien es útil para obtener una visión general, limita la capacidad de identificar heterogeneidades importantes en el patrón de uso y en la concentración del gasto. Esta aproximación puede enmascarar situaciones donde ciertos perfiles clínicos o segmentos poblacionales generan una carga financiera desproporcionada respecto a su tamaño o contribución, sin que existan mecanismos formales de seguimiento, alerta o respuesta diferenciada.

La implementación de una gestión segmentada del riesgo permitiría abordar esta limitación estructural. Para ello, resulta indispensable contar con un sistema de información robusto, interoperable y actualizado, que integre registros de afiliación, uso de servicios, derivaciones, gastos y contribuciones. Dicho sistema debe permitir no solo consolidar los datos existentes, sino también procesarlos con herramientas analíticas avanzadas que posibiliten la caracterización dinámica del riesgo por subgrupo, condición clínica, zona geográfica o intensidad de uso.

En este marco, se plantea avanzar hacia una arquitectura de información que habilite:

Seguimiento longitudinal del gasto por afiliado o núcleo familiar, con capacidad de detectar variaciones atípicas, frecuencias elevadas o derivaciones recurrentes a redes de alto costo.



Integración de módulos de análisis predictivo, que permitan anticipar presiones sobre el fondo y estimar con mayor precisión el comportamiento futuro de determinados segmentos de afiliados.

Incorporación de modelos de segmentación del riesgo clínico y financiero, desarrollados mediante técnicas de inteligencia artificial (IA) y aprendizaje automático, que puedan identificar patrones complejos de gasto o utilización no visibles mediante análisis tradicionales.

Dashboards operativos y tableros de control técnico, diseñados para la toma de decisiones en tiempo real por parte de la entidad administradora, con indicadores clave de desempeño, alarmas de desviación y reportes automatizados.

Sistemas de soporte para decisiones clínicas y financieras, que ayuden a priorizar intervenciones, reforzar la pertinencia de derivaciones y evaluar la relación costo–beneficio de diferentes rutas asistenciales.

Este enfoque no implica individualizar la gestión ni condicionar el acceso, sino optimizar la asignación de recursos bajo criterios de equidad operativa y sostenibilidad técnica. Un fondo de naturaleza mutualista y con recursos limitados como el FOSFAP debe incorporar inteligencia analítica aplicada a la gestión del riesgo, no solo para contener el gasto, sino para garantizar que las coberturas se mantengan viables, justas y clínicamente pertinentes en el tiempo.

7.5 Revisión de los mecanismos de gobernanza financiera

Actualmente, el proceso de evaluación económica del fondo no cuenta con una instancia técnica institucionalizada encargada de supervisar de forma periódica el equilibrio prima-siniestro, ni con mecanismos formales de revisión estructurada que permitan adoptar ajustes preventivos frente a desviaciones.

Esta limitación se ve acentuada por la ausencia de sistemas de información integrados, lo que impide contar con reportes financieros automatizados, oportunos y desagregados que sustenten la toma de decisiones operativas y estratégicas.

Fortalecer la gobernanza financiera requiere, en primer lugar, separar de manera funcional y operativa a la IAFAS del prestador institucional, conforme al marco normativo que regula los fondos de salud con naturaleza aseguradora.

Esta separación permite que la IAFAS asuma su rol pleno de gestión del riesgo asegurador, orientado no solo a la sostenibilidad financiera, sino también al control de calidad, pertinencia y resultados sanitarios de las prestaciones otorgadas por la red FAP.

En ese sentido, la IAFAS debe desarrollar capacidad técnica para:

- Monitorear activamente la evolución de los principales indicadores económicos y asistenciales (costo promedio por atención, siniestro per cápita, frecuencia de uso, tasas de derivación, entre otros).
- Establecer espacios formales de negociación con el proveedor institucional, orientados a acordar estándares de calidad técnica, oportunidad de atención, trazabilidad clínica y resultados sanitarios esperados.
- Evaluar periódicamente el cumplimiento de compromisos por parte del prestador, identificando brechas de desempeño y proponiendo planes de mejora continua.

La calidad de la gobernanza financiera dependerá directamente de la capacidad de la IAFAS para anticiparse a los desbalances, proponer correctivos oportunos y velar por la eficiencia en la utilización de recursos. Este cambio requiere no solo voluntad institucional, sino también estructuras técnicas permanentes, reglas de operación claras y herramientas analíticas que respalden una gestión profesional y basada en evidencia.



7.6 Reserva técnica actuarial y obligaciones normativas

El artículo 16 del Reglamento de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas establece la obligación de constituir reservas actuariales por los recursos provenientes de las aportaciones de los afiliados. Esta reserva constituye un requisito técnico para cubrir obligaciones presentes y futuras del fondo, y debe reflejar los riesgos asociados al portafolio de planes administrados.

En el caso del Plan Complementario Familiar, el déficit técnico observado en el ejercicio 2024 incrementa la exposición del fondo y compromete la suficiencia de la reserva actuarial. La magnitud de la siniestralidad, el uso intensivo de la red extra FAP y la volatilidad del gasto ambulatorio y hospitalario exigen una evaluación periódica de la reserva, así como la definición de una metodología formal de cálculo basada en principios actuarios (estimación del siniestro incurrido no reportado, estimación de obligaciones futuras y ajustes por inflación médica).

De acuerdo con la normativa vigente, la reserva debe actualizarse anualmente, alinearse a los criterios de suficiencia financiera y considerar explícitamente la proyección de siniestros no cubiertos por la prima actual. La ausencia de una reserva actuarial adecuada genera riesgo financiero directo para la sostenibilidad del modelo mutualista del FOSFAP.

Si bien la reserva actuarial exigida por la normativa constituye un piso mínimo obligatorio, no es suficiente para un fondo con alta variabilidad del gasto, siniestralidad concentrada en un subconjunto pequeño de afiliados crónicos y fuerte dependencia de la red privada. El comportamiento observado del plan muestra desviaciones significativas frente al gasto esperado, derivadas del uso intensivo de prestadores extra FAP, cuyos costos unitarios son entre cinco y siete veces mayores que los de la red institucional.

En este contexto, resulta técnicamente necesario complementar la reserva obligatoria con provisiones adicionales: una reserva de suficiencia técnica para cubrir desviaciones adversas; una reserva de estabilización por uso de red extra FAP, dada su volatilidad y su peso del 42% del gasto total; y una reserva específica por inflación médica, considerando que el crecimiento del costo sanitario supera sistemáticamente la inflación general y afecta directamente la capacidad real de cobertura del fondo.

De no constituirse estas provisiones complementarias, la reserva actuarial mínima será insuficiente para absorber el déficit estructural —superior a S/ 9 millones en 2024— y se agotará cada ejercicio al cubrir gasto corriente, sin cumplir su función protectora. Esta situación mantendría comprometida la sostenibilidad del fondo, aumentaría la vulnerabilidad frente a variaciones inesperadas del gasto y limitaría la capacidad de la IAFAS para enfrentar escenarios adversos sin afectar la continuidad de la cobertura. Incorporar reservas adicionales es, por tanto, una medida técnica indispensable para estabilizar el comportamiento financiero del plan y asegurar su viabilidad en el mediano plazo.

3.2.1 Metodología para estimar la reserva técnica

La provisión adicional debe calcularse como la suma de tres componentes independientes, cada uno asociado a un riesgo diferente del plan. Esta estructura permite capturar la volatilidad real del gasto, la exposición específica a la red privada y el efecto acumulado de la inflación médica, factores que no están contemplados en la reserva actuarial mínima regulatoria.

1. Reserva de suficiencia técnica (desviación adversa)

Su propósito es cubrir las variaciones negativas respecto del gasto esperado, originadas por la alta concentración de siniestralidad en un subconjunto reducido de afiliados con condiciones crónicas persistentes. Para estimarla, se utiliza la variabilidad histórica del costo per cápita del plan. Se recomienda analizar los últimos 3 a 5 años y obtener la media,



la desviación estándar y el percentil 75 (P75). La reserva se determina como la diferencia entre el P75 y el costo medio esperado, multiplicada por el número de afiliados del plan. Esta metodología permite absorber sobrecostos inesperados y suavizar la volatilidad anual del gasto.

2. Reserva de estabilización asociada al uso de la red extra FAP

Este componente responde al principal foco de riesgo financiero del fondo: la volatilidad y el alto costo unitario de la red privada, que representa el 42 % del gasto total pese a concentrar solo el 11 % de las atenciones. Su estimación se basa en la variación interanual del gasto en red extra FAP durante los últimos 3 a 5 años. Se calcula la desviación estándar de dicha variación y se aplica sobre el gasto proyectado para el siguiente año. Esta reserva actúa como amortiguador frente a fluctuaciones abruptas en la frecuencia o severidad de atenciones en la red privada.

3. Reserva por inflación médica real

La inflación médica en el Perú es sistemáticamente superior a la inflación general y afecta directamente el costo real de prestación de servicios, medicamentos y procedimientos. Para estimar esta reserva, se calcula el diferencial histórico entre la inflación médica observada en el fondo (variación anual del costo unitario promedio) y el IPC general. Ese diferencial se aplica sobre el gasto total proyectado del plan. Este componente evita que la inflación erosione la capacidad de cobertura del fondo.

En conjunto, estos tres elementos permiten construir una provisión adicional alineada al perfil de riesgo del Plan Complementario Familiar, fortaleciendo la capacidad del fondo para absorber desviaciones, estabilizar el gasto y mantener suficiencia financiera más allá de las obligaciones regulatorias mínimas.

3.2.2 Ampliación de la Reserva Técnica

El análisis de los gastos institucionales del periodo 2015–2019 determinó una variación interanual máxima equivalente a aproximadamente 14 % del gasto anual.

Sobre esa base, se estableció que la Reserva Técnica estructural debía fijarse en 14 % del gasto en prestaciones del año previo, alcanzando un monto de **S/ 12,721,573** para el conjunto de planes administrados por FOSFAP.

Esta constituye la reserva estructural vigente, derivada del comportamiento histórico del fondo.

Para el ejercicio 2024 se ha estimado una provisión técnica adicional compuesta por tres elementos:

- Reserva por suficiencia técnica (5 % del gasto total 2024)
- Reserva de estabilización por uso de la red extra FAP (5 % del gasto de esa red)
- Reserva por inflación médica (3 % aplicado al gasto privado)

El monto resultante asciende a **S/ 2'196,464**.



Tabla 10 Provisión técnica adicional

Componente	Base (S/)	% aplicado	Monto (S/)
Reserva por suficiencia técnica	24,707,936	5 %	1,235,397
Reserva de estabilización (red extra FAP)	12,013,339	5 %	600,667
Reserva por inflación médica (red privada)	12,013,339	3 %	360,400
Total provisión mínima técnica	—	—	2,196,464

De conformidad con el artículo 16 del Reglamento de las IAFAS de las Fuerzas Armadas y las disposiciones de suficiencia financiera establecidas en la Ley 29344 y su Reglamento, la IAFAS-FOSFAP está obligada a mantener reservas actuariales suficientes para cubrir la totalidad de las obligaciones presentes y futuras del aseguramiento. En consecuencia, la reserva estructural derivada del coeficiente histórico del 14 %, así como la provisión técnica correspondiente al ejercicio 2024, constituyen componentes obligatorios de la Reserva Técnica exigible, hasta alcanzar el monto estimado de **S/ 14,918,037**.

Considerando la alta volatilidad del gasto y el uso intensivo de la red privada, la reserva técnica deberá ser estimada y recalculara trimestralmente, incorporando las variaciones observadas en el gasto, la siniestralidad y las condiciones operativas del aseguramiento, realizándose además una validación anual integral para asegurar que su nivel se mantenga permanentemente suficiente.

7.7 Revisión del plan de afiliación de padres y madres

El plan de padres y madres presenta características diferenciadas respecto al grupo familiar principal, tanto en términos de estructura contributiva como de comportamiento financiero. A pesar de tratarse de un grupo etario con mayor probabilidad de presentar condiciones crónicas, los resultados económicos del año 2024 muestran que este segmento genera un **superávit técnico neto superior a S/ 3 millones**, convirtiéndose, de hecho, en un **contribuyente neto al sostenimiento del fondo**.

Este resultado se explica por tres factores clave:

1. **El monto de la prima mensual (S/ 113) por afiliado**, que refleja un esquema de cotización explícito y sin subsidios cruzados hacia el interior del grupo.
2. **Una menor frecuencia de uso asistencial en red extra FAP**, posiblemente por ubicación territorial o comportamiento de demanda más contenido.
3. **La inexistencia de copagos adicionales por parte del fondo**, lo que genera una estructura de ingreso más proporcional respecto al gasto generado.

Cabe señalar, además, que **la afiliación al plan de padres y madres se encuentra actualmente cerrada**, por lo que su composición se mantiene constante y con un perfil etario creciente, lo que en el mediano plazo podría reducir progresivamente su contribución positiva si no se ajustan las condiciones operativas.

Frente a ello, y considerando el rol estabilizador que este grupo cumple en el financiamiento del fondo, **se recomienda evaluar técnicamente la posibilidad de reabrir de forma progresiva la afiliación a padres y madres**, bajo criterios acotados, tales como:

- **Permitir el ingreso de padres y madres de titulares jóvenes en grados iniciales**, como oficiales recientemente incorporados o suboficiales en primeras etapas de



carrera, en tanto es más probable que sus padres aún estén en edades activas y con menor carga clínica acumulada.

- **Incorporar un sistema de preselección por edad máxima al momento de la afiliación** (por ejemplo, hasta 60 años), para asegurar que los nuevos incorporados no representen una carga de alto riesgo actuarial inmediato.
- **Mantener el principio de cotización obligatoria individual**, sin subsidios desde el grupo principal, y con una prima revisada periódicamente en función del comportamiento real del subgrupo.
- **Desarrollar un sistema de monitoreo clínico y económico independiente** para este plan, con capacidad de segmentar riesgos, anticipar desviaciones y ajustar condiciones de permanencia si fuera necesario.

Esta medida podría permitir ampliar razonablemente la base contributiva del fondo, recuperar equilibrio actuarial y ofrecer una opción de protección familiar para titulares jóvenes que hoy no cuentan con ese beneficio. Su diseño deberá ser técnico, transparente y sustentado en simulaciones actuariales que garanticen que el grupo continúa siendo autosostenible en el tiempo.

7.8 Límites del modelo actual y condiciones para una reforma técnica del Plan Complementario

El análisis detallado del modelo actual evidencia que la sostenibilidad del Plan Complementario de Salud no está en disputa por su legitimidad ni por su valor para los afiliados, sino por el desajuste entre lo que se financia y cómo se gasta. La tensión estructural entre una IAFAS que debe proteger y una red que no siempre responde con eficiencia ha debilitado el control del gasto, la trazabilidad clínica y la capacidad de adaptación financiera del fondo.

El Plan de salud complementario expresa una vocación institucional legítima: proteger a los afiliados y sus familias bajo un esquema solidario, mutualista y no lucrativo. El conflicto entre financiar y prestar ha debilitado la capacidad de la IAFAS para ejercer funciones clave:

- No puede contener adecuadamente los costos, porque carece de autonomía frente al prestador institucional.
- No puede exigir estándares clínicos ni resultados sanitarios, porque no existen compromisos de gestión definidos.
- No puede anticipar desviaciones ni tomar decisiones oportunas, por la falta de un sistema de información consolidado y analítico.



A esto se suma un modelo de prima fija familiar no indexada al riesgo, al uso ni al territorio, lo que genera subsidios cruzados no gestionados y una presión creciente sobre los ingresos del fondo.

Pero el problema no termina ahí, la capacidad de recaudar fondos adicionales es limitada. El actual nivel de primas —incluso con incrementos significativos— no alcanza para cubrir los egresos si no se regulan los patrones de uso, especialmente en la red extra FAP.

De hecho, ya se está recurriendo al financiamiento de otros planes o componentes del sistema para sostener el déficit del Plan Complementario, situación que compromete la transparencia y el equilibrio financieros entre programas.

Este desequilibrio interplanes socava el principio de sostenibilidad diferenciada, que exige que cada componente del sistema se financie y gestione según su propia estructura de riesgo, sin trasladar pasivos financieros entre fondos sin justificación técnica ni aprobación institucional.

A mediano plazo, esta práctica erosiona la capacidad de control financiero global del sistema y limita la posibilidad de tomar decisiones correctivas de manera focalizada.

Esto pone en evidencia que, sin una reforma técnica, el fondo se enfrenta a una espiral de deterioro:

- Incrementos de gasto sin capacidad de contención.
- Primas crecientes que pueden inducir deserción.
- Subsidios implícitos no gestionados.
- Y un fondo cuyo desequilibrio comienza a contaminar otras líneas de cobertura.

El modelo actual del Fondo de Salud se basa en una concepción heredada de solidaridad institucional, en la que el aseguramiento familiar se construyó como un derecho extensivo del titular. Sin embargo, este principio —aunque legítimo— se encuentra hoy desalineado con tres pilares fundamentales de los sistemas modernos de protección en salud:

1. La gestión del riesgo como eje del aseguramiento.

Un fondo de salud no puede sostenerse solo en aportes solidarios si no tiene la capacidad de medir, anticipar y regular el riesgo que cubre. Hoy, el fondo opera más como un pagador pasivo que como una IAFAS técnica, con capacidad de regular la siniestralidad, negociar resultados y exigir eficiencia en la provisión.

2. La autonomía funcional del financiador.

Mientras la IAFAS no tenga independencia real de la red prestadora, no podrá ejercer su rol de compradora estratégica. El conflicto estructural entre financiar y prestar impide al fondo condicionar cobertura a resultados, contener la expansión del gasto, o planificar inversiones según prioridades clínicas.

3. La transparencia y gobernanza interprogramas.

La sostenibilidad de un sistema mutualista exige que cada componente (complementario, conexos, preventivo, etc.) rinda cuentas por su equilibrio técnico. La actual práctica de cubrir déficits del plan complementario con recursos de otros planes atenta contra la equidad interna y desordena los incentivos de gestión.

Más allá de los escenarios proyectados y las propuestas operativas, el análisis permite identificar un conjunto de restricciones estructurales que afectan la capacidad del modelo para sostenerse financieramente sin perder legitimidad ni eficiencia. Estas condiciones no se corregen con ajustes puntuales, sino que requieren una reformulación técnica y normativa del rol de la IAFAS, del vínculo con los afiliados y del marco institucional en que opera el fondo. A continuación, se presentan los principales nudos críticos que explican el desbalance actual y orientan el tipo de reformas necesarias.

1. Falta de un modelo de corresponsabilidad entre afiliados y el fondo

El diseño actual distribuye cobertura de manera homogénea entre subgrupos familiares con patrones de uso muy distintos, sin mecanismos explícitos de corresponsabilidad financiera o sanitaria. Esto ha generado:



- Uso intensivo sin incentivos a la racionalidad, especialmente en red extra FAP, donde no hay límites financieros ni sanitarios definidos por perfil clínico, edad o frecuencia.
- Desconexión entre el aporte del titular y la carga financiera que representa su núcleo familiar, lo que genera subsidios implícitos crecientes pero no gestionados.
- Ausencia de incentivos al uso preferente de la red institucional, incluso cuando esta tiene capacidad disponible, debilitando el rol operativo de la red FAP.

El modelo necesita pasar de una solidaridad “plana” a una solidaridad con gestión de incentivos y corresponsabilidades claras, lo cual no implica romper el principio familiar, sino darle soporte técnico que permita sostenerlo.

2. Vacío institucional y normativo sobre IAFAS públicas con rol mutualista

El caso del Fondo de Salud de la FAP evidencia un vacío crítico: no existe una arquitectura institucional ni normativa clara para IAFAS públicas mutualistas que operan con lógica solidaria, pero que enfrentan restricciones financieras reales.

Esto genera al menos tres consecuencias estructurales:

- Falta de mecanismos regulados de ajuste técnico (por ejemplo, revisiones de prima, topes de gasto, incentivos a la red institucional), lo que impide mantener equilibrio sin decisiones discrecionales.
- Debilidad en la negociación interna con el prestador: la IAFAS no puede ejercer presión técnica sobre la red, porque carece de instrumentos legales o presupuestales para condicionar cobertura o exigir estándares.
- Ausencia de estándares de suficiencia y equilibrio propios: el fondo opera sin una definición normativa sobre cuándo un plan entra en desequilibrio técnico ni sobre qué medidas pueden o deben adoptarse.

Este vacío institucional pone al modelo en riesgo creciente de ser inviable operativamente o dependiente de subsidios no regulados, sin mecanismos formales de alerta ni respuesta.

Lo que está en juego no es solo la sostenibilidad financiera del Plan Complementario. Es la continuidad de un modelo institucional que garantiza cobertura familiar bajo criterios solidarios y sin fines de lucro. Para preservar esa promesa, no basta con ajustes de prima ni reducciones parciales del gasto: se requiere una reforma integral con herramientas técnicas, autonomía funcional, institucionalidad regulatoria y corresponsabilidad gestionada.

En resumen:

- La solidaridad debe pasar de ser un principio implícito a un modelo explícito, técnico y gobernable.
- La IAFAS debe actuar como aseguradora independiente, no solo como administradora de fondos.
- La sostenibilidad debe construirse desde el equilibrio técnico de cada componente, no desde subsidios cruzados opacos.
- La legitimidad institucional debe protegerse con transparencia, datos y resultados.
- Mientras la red FAP no recupere capacidad resolutiva y clínica, la demanda continuará desplazándose hacia el exterior, profundizando el déficit y limitando los márgenes de maniobra financiera del fondo.



8. Conclusiones y Recomendaciones

1. El Plan Complementario Familiar de FOSFAP se rige por un principio mutualista y solidario, no comercial, lo que permite cubrir a grupos de alto riesgo sin exclusión por edad o condición clínica, pero exige equilibrio técnico para garantizar su sostenibilidad sin sacrificar el acceso.
2. La IAFAS FOSFAP opera sin una separación funcional clara del prestador institucional, lo que limita su capacidad para ejercer plenamente su rol asegurador —gestión del riesgo, diseño de red y control del gasto— y compromete la sostenibilidad del fondo.
3. El plan combina cobertura familiar solidaria con primas variables según grado del titular e incluye un esquema independiente para padres y madres, con prima individual ajustada por riesgo. No establece exclusiones por edad ni condición clínica, garantizando acceso a grupos vulnerables y diferenciándose de los seguros comerciales.
4. El plan atiende a una población con envejecimiento marcado —más del 49 % supera los 45 años— y alta carga de enfermedad crónica distribuida en todos los subgrupos, siendo especialmente crítico el grupo etario entre 60 y 80 años con elevada concentración de riesgo clínico entre los afiliados titulares.
5. El plan opera sobre una doble red: la institucional FAP, de bajo costo, pero capacidad limitada y cobertura restringida; y la red extra FAP, menos utilizada, pero con costos hasta siete veces mayores, clave en provincias y atenciones medianamente complejas y complejas.
6. La limitada capacidad resolutiva y cobertura de la red FAP obliga a derivar atenciones a la red extra FAP, de costos unitarios mucho mayores. La escasa capacidad de FOSFAP para contener esta demanda incrementa el gasto y tensiona el equilibrio financiero del plan.
7. Durante 2024, la red extra FAP concentró solo el 11 % de las atenciones, pero representó el 42 % de los siniestros financiados por el fondo. En provincias, donde su uso es creciente ante la ausencia de red institucional, se generó el 72 % del gasto total asociado a esta red.
8. En 2024, el Plan Complementario registró un déficit técnico acumulado superior a S/ 9 millones, explicado por una siniestralidad elevada y una brecha persistente entre los ingresos por primas y los egresos por prestaciones cubiertas.
9. Este déficit se configuró por la combinación de baja recaudación relativa en los subgrupos con mayor uso del plan y un patrón de derivaciones hacia prestadores privados en provincias, donde la red institucional FAP tiene presencia limitada o nula.
10. La relación Prima/Siniestro revela un desbalance estructural: el grupo Titular, Cónyuge e Hijos genera un gasto más del doble de lo que aporta (0.45), mientras que el grupo Padre y Madre, con prima individual y mayor copago, es autosostenible (2.4) y actúa como estabilizador financiero del fondo.
11. En 2024, el grupo Titular + Cónyuge + Hijo generó un déficit de S/ 12,2 millones (gasto total de S/ 23 millones frente a ingresos por S/ 10,8 millones), mientras que el grupo Padre + Madre registró un superávit de S/ 3,2 millones (ingresos por S/ 6,3 millones y egresos por S/ 3,1 millones). El desbalance total del fondo —más de S/ 9 millones negativos— se origina íntegramente en el grupo familiar base, confirmando la urgencia de revisar la estructura de primas y coberturas.



12. Se modeló un **escenario base** para evaluar el ajuste de las primas: Excluyendo a padres y madres, se considera mayor control en la demanda extra FAP (+10 % respecto al 2024). El fondo alcanza equilibrio financiero a partir de un **incremento del 160 % en las primas**, lo que evidencia una alta insuficiencia contributiva del esquema actual.
13. Se ha considerado copagos fijos y/o variable para los derechohabientes y padre/madre, pero se mantiene copago cero para los titulares en la red extra FAP. Esta decisión implica una alta exigencia de control técnico sobre la derivación y uso de dicha red, pues sin mecanismos de regulación efectiva se incrementa el riesgo de sobreutilización, lo que puede comprometer la sostenibilidad del fondo.
14. La cobertura del plan de salud complementario familiar puede ampliar su protección por evento hasta S/160,000; lo importante es gestionar el riesgo para minimizar estas ocurrencias, tal como se recomienda en la parte correspondiente del presente informe.

1 Recomendaciones financieras y actariales

El equilibrio financiero del Plan Complementario requiere que las primas reflejen, al menos parcialmente, las diferencias en uso y riesgo entre subgrupos. Es necesario corregir subsidios cruzados regresivos y monitorear la siniestralidad por segmento, sin comprometer la inclusión ni la sostenibilidad.

Recomendación 1.1

Es imprescindible incrementar las primas del Plan Complementario de manera inmediata para restablecer el equilibrio técnico del fondo. La magnitud del ajuste debe estar directamente vinculada al avance en la contención del gasto por uso de la red extra FAP y a la capacidad real del fondo para controlar su exposición financiera.

Recomendación 1.2

Revisar y ajustar las primas por subgrupo afiliado cuando exista evidencia técnica clara de desbalance estructural, asegurando que la lógica solidaria se mantenga, pero con equilibrio técnico por segmento.

Recomendación 1.3

Corregir subsidios cruzados regresivos, en particular aquellos que transfieren carga financiera desde padres y madres hacia titulares envejecidos.

Recomendación 1.4

Los aportes del Plan Complementario deben realizarse bajo la modalidad de pago anticipado, descontándose en la planilla del mes previo la prima correspondiente al mes de cobertura.

Este esquema asegura continuidad de cobertura, reduce riesgo de mora y permite a la IAFAS contar con los recursos antes del inicio de cada periodo de aseguramiento.

Recomendación 1.5

Mantener la posibilidad de afiliación de padres y madres, garantizando que su aporte



individual sea respetado, y reforzar el seguimiento técnico de casos con alta siniestralidad, evitando distorsiones sin excluir poblaciones de manera automática.

2 Redes prestadoras y contención de siniestros

El uso creciente de la red extra FAP representa uno de los principales factores de presión financiera del fondo. Reducir esta exposición requiere fortalecer la red institucional en especialidades básicas, ampliar la oferta en provincias mediante convenios costo-efectivos, y controlar técnicamente las derivaciones, asegurando que respondan a criterios clínicos justificados.

Recomendación 2.1

Fortalecer la Red FAP institucional para la sostenibilidad del plan es un requisito indispensable que no puede ser postergado. El énfasis debe orientarse a especialidades básicas de alta demanda, como ginecología, endocrinología y oftalmología general, particularmente en Lima y en otras sedes operativas activas. Este fortalecimiento permitirá reducir derivaciones hacia la red privada y asegurar la continuidad de la atención.

Recomendación 2.2

En provincias sin presencia operativa institucional, contratar prestadores primarios bajo esquemas de capitación o paquetes cerrados para el manejo de condiciones crónicas frecuentes. Esta medida debe orientarse a garantizar continuidad de atención con contención de gasto.

Recomendación 2.3

Establecer mecanismos técnicos de control sobre derivaciones a la red extra FAP o fortalecer los actuales, priorizando trazabilidad clínica, criterios médicos estructurados y consistencia operativa, para evitar desvíos de bajo valor asistencial hacia prestadores de alto costo unitario.

3 Gestión segmentada del riesgo epidemiológico

La carga asistencial del fondo está concentrada en un subconjunto de afiliados con enfermedades crónicas múltiples y uso recurrente del sistema. Gestionar este riesgo requiere segmentar clínicamente a la población, implementar estándares diferenciados por grupo etario y consolidar programas de control para condiciones de alta prevalencia y persistencia.

Recomendación 3.1

Identificar y gestionar activamente al subconjunto de afiliados con comorbilidades múltiples y uso asistencial intensivo, que concentra una proporción significativa del gasto. Este núcleo debe ser priorizado como foco operativo y clínico para evitar progresión a eventos de alto costo.

Recomendación 3.2

Implementar un sistema segmentado de provisión y seguimiento clínico por grupo etario y carga crónica, con estándares diferenciados de atención que respondan a la trayectoria clínica esperada de cada cohorte.



Recomendación 3.3

Consolidar programas estructurados para enfermedades crónicas de alta prevalencia (hipertensión, diabetes, dislipidemia, hiperplasia prostática), asegurando control clínico periódico, polifarmacia segura y auditoría de resultados asistenciales.

4 Gobernanza y autonomía institucional

La sostenibilidad del fondo exige que la IAFAS-FOSFAP ejerza plenamente su rol asegurador, con autonomía técnica y financiera respecto de la red prestadora. Para ello, se requiere una separación operativa efectiva, reglas claras de asignación de costos y herramientas de control directo sobre gasto y decisiones clave.

Recomendación 4.1

Implementar una separación funcional y financiera efectiva entre la IAFAS-FOSFAP y la red institucional FAP, conforme a lo dispuesto por el Decreto Legislativo N.º 1173, para garantizar independencia en la gestión del riesgo y transparencia presupuestal.

Recomendación 4.2

Establecer reglas técnicas y documentadas para la asignación de costos clínicos y operativos entre la IAFAS y el prestador institucional, asegurando trazabilidad de recursos y delimitación de responsabilidades.

Recomendación 4.3

Dotar a la IAFAS de herramientas operativas de control sobre gasto, uso de reservas técnicas y decisiones contractuales, permitiéndole ejercer su rol asegurador con autonomía real respecto del prestador.

5 Operativizar el modelo mutualista con criterios técnicos de sostenibilidad

El principio mutualista y solidario que rige al FOSFAP debe mantenerse como fundamento institucional del plan. No obstante, su sostenibilidad requiere traducirlo en mecanismos técnicos concretos que permitan equilibrar el fondo sin desnaturalizar su lógica.



Recomendación 5.1

Evitar subsidios cruzados no controlados, especialmente aquellos que, como se evidencia en el análisis técnico, transfieren recursos desde subgrupos de menor siniestralidad (padres/madres) hacia grupos con alto uso no regulado (titulares en retiro).

Recomendación 5.2

La IAFAS-FOSFAP deberá ampliar su Reserva Técnica hasta alcanzar el monto total de **S/ 14'918.037**, integrando:

- la reserva estructural derivada del cálculo histórico del 14 %, y
- la provisión técnica correspondiente al ejercicio 2024.

Este incremento deberá ejecutarse en un plazo máximo de seis meses, conforme a los criterios de suficiencia financiera y continuidad de cobertura que rigen a las IAFAS del sector defensa, manteniéndose además un proceso regular de actualización mediante **recálculo trimestral** y una **validación anual** integral de la suficiencia de la reserva.

Recomendación 5.3

Ajustar las primas o reglas de afiliación solo cuando se detecten desbalances estructurales comprobables, preservando el principio solidario sin comprometer la viabilidad actuarial.

9. ANEXO 1: Lineamientos técnicos para la formulación de la Póliza del Plan de Salud Complementario Familiar

El diseño y estructuración de la Póliza del Plan de Salud Complementario Familiar debe regirse por los siguientes lineamientos generales. Estos constituyen los criterios técnicos, normativos y operativos mínimos que deben reflejarse de manera obligatoria en el contrato de aseguramiento.

1. Naturaleza, marco normativo y alcance del plan

La póliza debe enmarcarse en el TUO de la Ley 29344, su Reglamento, la Ley 29946, las normas de SUSALUD aplicables y la regulación de modelos de contratos y planes de salud.

El plan debe operar bajo la modalidad de cobertura complementaria al PEAS, respetando el estándar de prestaciones esenciales y añadiendo únicamente los beneficios adicionales permitidos.

La póliza debe reconocer expresamente el carácter voluntario, mutualista y solidario del aseguramiento complementario.

2. Estructura contractual

El contrato debe incluir claramente dos componentes:

- Cláusulas Generales obligatorias conforme a SUSALUD.
- Cláusulas Particulares donde se detallan beneficios, red de atención, copagos, aportes y condiciones de uso.

Debe mantenerse la incorporación obligatoria de: Solicitud de Afiliación, Declaración Jurada de Salud, Relación de Afiliados y los Anexos correspondientes.



3. Afiliación, requisitos y carencias

Toda afiliación debe requerir:

- Solicitud de Afiliación completa.
- Declaración Jurada de Salud individual.
- Registro en DIGPE y ausencia de deudas con la IAFAS.

La póliza debe establecer un Período de Carencia de 3 meses para coberturas complementarias, con excepciones para emergencias y reglas específicas para maternidad.

Las enfermedades diagnosticadas durante la carencia no pueden ser objeto de exclusión, en concordancia con la norma.

4. Alcance de la cobertura

La póliza debe cubrir:

- Todas las prestaciones PEAS.
- Las prestaciones complementarias expresamente señaladas en las Cláusulas Particulares.

Las coberturas deben contemplar:

- Atención médica ambulatoria y hospitalaria.
- Medicamentos del Petitorio Farmacológico FAP y PNUME.
- Procedimientos, terapias, intervenciones quirúrgicas y dispositivos específicos detallados en la póliza.

La póliza debe definir explícitamente la cobertura máxima anual por afiliado:

- Titular: cobertura ilimitada.
- Cónyuge e hijos: hasta S/ 160 000 anuales.

5. Red de atención, referencias y uso del servicio

La atención debe brindarse exclusivamente en la red FAP y en las IPRESS Extra FAP de convenio autorizadas.

Las referencias a red Extra FAP deben proceder solo cuando la IPRESS FAP carezca de capacidad resolutiva.

Toda interrupción de servicios en la red debe notificarse al afiliado dentro del plazo normativo.

6. Copagos, deducibles y condiciones de uso

La póliza debe establecer copagos diferenciados por:

- Parentesco (titular / cónyuge / hijos).
- Tipo de IPRESS (FAP / Extra FAP pública / Extra FAP privada).
- Tipo de prestación (consulta, emergencia, hospitalización, medicamentos).



Los copagos deben estar detallados en un anexo específico, con prohibición de reembolsos salvo los casos previstos por excepción (localidades sin IPRESS FAP).

7. Exclusiones y limitaciones

La póliza debe contener un listado expreso y taxativo de exclusiones, incluyendo:

- Procedimientos estéticos.
- Intervenciones no necesarias desde el punto de vista médico.
- Medicina alternativa o experimental.
- Prótesis externas y dispositivos no cubiertos.
- Fertilidad e intervenciones vinculadas.

– Tratamientos, diagnósticos y medicamentos no autorizados por el Petitorio FAP/PNUME.

Las exclusiones deben reflejar estrictamente las establecidas en las Cláusulas Particulares del plan vigente.

8. Aportes, pagos y mora

La póliza debe definir los aportes mensuales por grado, de carácter no reembolsable.

La falta de pago genera suspensión automática de la cobertura a partir del día siguiente.

La mora no regularizada dentro del plazo debe habilitar la resolución del contrato.

Debe mantenerse la regla de que las contingencias ocurridas durante la mora no son cubiertas, incluso si su evolución coincide con el periodo de rehabilitación.

9. Reajuste de aportes y/o copagos

La póliza debe permitir reajustes únicamente por causales reguladas, exigiendo:

- Sustento de siniestralidad.
- Información mínima establecida por SUSALUD.
- Aplicación del índice de inflación médica del INEI.
- Medidas de racionalización del gasto.

Toda modificación debe comunicarse con anticipación mínima de 15 días hábiles y, si es aceptada, formalizarse mediante adenda.

10. Datos personales, confidencialidad y obligaciones informativas

La póliza debe incorporar el consentimiento para el tratamiento de datos personales conforme a la Ley 29733.

La IAFAS debe informar derechos, términos de cobertura, vigencia y restricciones dentro de los plazos establecidos.

11. Resolución, terminación y reafiliación

La póliza debe prever causales de resolución:

- Mutuo acuerdo.
- Fallecimiento del afiliado titular.
- Mora no subsanada.
- Incumplimiento de obligaciones contractuales.
- No aceptación de reajustes.

Toda reapertura del vínculo asegurador debe requerir el aporte de reafiliación calculado por la IAFAS según tiempo desafiliado.

