



Organización
Internacional
del Trabajo



Análisis Integral de la **Protección Social** en el **Perú**

Análisis Integral de la **Protección Social** en el Perú



Oficina de la OIT para los Países Andinos

Pablo Casalí
Oscar Cetrángolo
Ariela Goldschmit

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2015
Primera edición 2015

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a Publicaciones de la OIT (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, o por correo electrónico a rights@ilo.org, solicitudes que serán bien acogidas.

Las bibliotecas, instituciones y otros usuarios registrados ante una organización de derechos de reproducción pueden hacer copias de acuerdo con las licencias que se les hayan expedido con ese fin. En www.ifrro.org puede encontrar la organización de derechos de reproducción de su país.

CASALÍ, Pablo; CETRÁNGOLO, Oscar & GOLDSCHMIT, Ariela
Análisis integral de la protección social en el Perú. Lima: Oficina de la OIT para los Países Andino, 2015. 136 p.

Protección social, política sanitaria, juventud, vejez, género, mercado de trabajo, Perú

02.03.1

ISBN: 978-92-2-330135-4 (print);
978-92-2-330136-1 (web pdf).

Datos de catalogación de la OIT

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las sancione.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Las publicaciones y los productos digitales de la OIT pueden obtenerse en las principales librerías y redes de distribución digital, u ordenándose a: ilo@turpin-distribution.com. Para más información, visite nuestro sitio web: ilo.org/publns o escribanos a: ilopubs@ilo.org.

Impreso en Perú

ADVERTENCIA

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

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

Prólogo

En el año 2013, el Consejo Nacional de Trabajo y Promoción del Empleo (CNTPE) del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE) solicitó la colaboración técnica de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para el diseño de una Política Nacional de Seguridad Social (PNSS) para el Perú. El CNTPE, en su sesión ordinaria N° 108, adoptó esa política con el objeto de promover el acceso universal y progresivo de la población a la seguridad social. A la fecha del presente trabajo, la PNSS se encuentra pendiente de aprobación por el Consejo de Ministros. Los presupuestos fundamentales que precedieron a la implementación de esta PNSS estuvieron referidos a los escasos niveles de cobertura y a la insuficiencia de las prestaciones brindadas.

En julio de 2014, el MTPE pidió nuevamente la asistencia técnica de la OIT para iniciar los trabajos de implementación de la PNSS. En su solicitud, el MTPE señaló que, para una mejor comprensión y planificación de las tareas inherentes a la implementación de la PNSS, resultaba necesario realizar un conjunto de actividades preliminares, entre las que se encontraban un análisis descriptivo de la seguridad social en el Perú y la aplicación de la Recomendación núm. 202 —relativa a los pisos nacionales de seguridad social— de la OIT, con énfasis en la coordinación interinstitucional, el financiamiento y las estrategias para extender la cobertura efectiva de los diversos subsistemas.

A estas razones obedece la puesta en marcha del presente estudio, cuyo objetivo es ofrecer un análisis integral de la protección social en el Perú, teniendo como referencia la legislación nacional, las normas internacionales del trabajo y la experiencia comparada, con énfasis en su financiamiento, cobertura y desempeño. Este trabajo, además, se enmarca en las prioridades

estipuladas por la OIT en materia de protección social —la socialización y promoción de los pisos de protección social a nivel local— y en los resultados de las acciones desempeñadas en América Latina y el Caribe por el equipo interagencial para la iniciativa del piso de protección social. En ese sentido, el presente estudio debe ser considerado como una aplicación, al caso peruano, de la colaboración interagencial que permitió la publicación regional (Bertranou, Casali y Schwarzer; 2014). Finalmente, es preciso señalar que será priorizado el análisis sobre el cumplimiento de las garantías definidas en la Recomendación núm. 202 y la estrategia bidimensional de la OIT para la extensión de la cobertura.

Para la elaboración de este estudio, se ha realizado una revisión de la literatura disponible acerca de la evolución y configuración actual de la protección social en el Perú, con el propósito de levantar un inventario sobre este tipo de protección en base a las áreas priorizadas por la Recomendación núm. 202: base legal, sistemas, programas y políticas contributivos y no contributivos, obligatorios o facultativos. El análisis de la información disponible permite identificar las brechas que existen en materia de cobertura, suficiencia de las prestaciones, financiamiento y desempeño.

Este estudio está organizado en tres partes. La primera introduce los elementos contextuales que resultan indispensables para calificar la situación y desafíos del sistema de protección social en el Perú; esos elementos incluyen información del contexto demográfico, económico, laboral y social, así como los cambios en las visiones predominantes sobre protección social. La segunda parte se concentra en la presentación del funcionamiento de los diferentes componentes del Sistema de Protección Social en el Perú. Por último, la tercera parte presenta los desafíos que deben enfrentarse para aumentar la cobertura y mejorar su funcionamiento.

Una versión preliminar del presente documento fue presentada en un taller de discusión que tuvo lugar en Lima durante la última semana de noviembre de 2014. En él, fue sometida a debate con funcionarios gubernamentales del Perú, funcionarios de distintas agencias del Sistema de Naciones Unidas con responsabilidades técnicas en la temática abordada, académicos y otros expertos en esta problemática.

Posteriormente, un nuevo taller fue desarrollado en Lima en la última semana de mayo de 2015 para presentar la versión final del documento de trabajo,

receptar una última rueda de contribuciones y también para discutir sobre las conclusiones del trabajo. Este nuevo espacio de socialización y discusión promovió también la participación de los interlocutores sociales. En resumen, todo este proceso ha sido de gran utilidad para mejorar los diagnósticos, identificar desafíos futuros y definir mejores recomendaciones de política.

Debemos mencionar que la ejecución del trabajo estuvo a cargo de Pablo Casali, Especialista en Seguridad Social de la Oficina de la OIT para los Países Andinos, Ariela Goldschmit y Oscar Cetrángolo, estos últimos colaboradores externos de la OIT. La Dirección de Seguridad Social, contraparte del Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo, prestó un importante apoyo en la coordinación y revisión del trabajo.

A lo largo de todo el proceso, incluyendo los talleres de socialización antes mencionados, el equipo de trabajo se benefició de los comentarios, contribuciones y revisión integral del documento de trabajo preliminar por parte de: Mario Atarama (PCM), Rubén Cabello (SUSALUD), Pilar Contreras (HelpAge International), Hillman Farfán Ruiz (ONP), Eugenia Fernán-Zegarra (Defensoría del Pueblo), Jorge Gibbons (ONP), Oscar Graham Yamahuchi (MEF), Juan Carlos Granda (SUNAT), Félix Grandez Moreno (PCM), Jorge Grandez Portocarrero (EsSalud), Eva Guerrero (Programa JUNTOS), Ana Gabriela Guerrero Serdán (UNICEF), Olga Isaza (UNICEF), Walter Mendoza (UNFPA), Adriana Mindreau (SBS), Jaime Muñoz (EsSalud), José Antonio Ordinola (Defensoría del Pueblo), Edgar Paucar Calero (MTPE), Hernán Pena (MTPE), Percy Royle Flores (MTPE), Gina Salazar Lozano (MTPE), Elio Sánchez (SBS) y Gustavo Vargas (OPS).

Por último, la Oficina Internacional del Trabajo y el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo desean extender un agradecimiento especial a UNICEF, OPS, UNFPA y HelpAge International; por su acompañamiento en todo el proceso de construcción y discusión del documento y, principalmente, por las contribuciones específicas en las áreas de sus respectivas incumbencias incorporadas en el texto final del trabajo.

Carmen Moreno González

*Directora de la Oficina de la OIT
para los Países Andinos*

Daniel Maurate Romero

*Ministro de Trabajo y Promoción
del Empleo*

Índice

PRÓLOGO	5
GLOSARIO	11
1. ELEMENTOS DEL CONTEXTO	15
1.1 Tendencias de la protección social	15
1.2 Introducción al contexto demográfico	19
1.3 La transición epidemiológica	27
1.4 El contexto económico general	33
1.5 Mercado laboral y situación social	38
1.6 Disparidades en el territorio	48
2. EVOLUCIÓN Y CONFIGURACIÓN ACTUAL DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN EL PERÚ	51
2.1 Políticas activas de mercado de trabajo y seguridad de ingresos para personas en edad de trabajar	52
2.1.1 Programa Jóvenes a la Obra	53
2.1.2 Programa Trabaja Perú	53
2.1.3 Programa Vamos Perú	54
2.1.4 Alcance de los programas	55
2.2 Seguridad básica de ingresos para niños, niñas y adolescentes	56
2.2.1 Presupuestos y programas sociales destinados a la infancia	60
2.2.2 Programas presupuestales estratégicos implementados desde 2008	62

2.3	Seguridad de ingresos para adultos mayores	67
2.3.1	Régimen contributivo público: el Sistema Nacional de Pensiones (SNP)	69
2.3.2	El Sistema Privado de Pensiones (SPP)	71
2.3.3	Regímenes semicontributivo y subsidiado	73
2.3.4	Cobertura, prestaciones y sostenibilidad financiera	75
2.4	Fragmentación en los servicios de atención de la salud	85
2.4.1	Régimen contributivo	88
2.4.2	Regímenes semicontributivo y subsidiado	91
2.4.3	Gasto en servicios de salud	93
2.4.4	Cobertura de salud	96
2.4.5	Uso de los servicios de salud	102
2.5	Diversidad institucional y ámbitos de coordinación	106
3.	DESAFÍOS PARA AUMENTAR LA COBERTURA	109
3.1	Espacio fiscal para la extensión de la cobertura de la protección social	109
3.2	La consolidación de un nuevo sistema de protección social que asegure el cumplimiento de garantías	115
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
	ANEXO ESTADÍSTICO	131

Glosario

AUS	Aseguramiento Universal en Salud
BCRP	Banco Central de Reserva del Perú
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CELADE	Centro Latinoamericano de Desarrollo
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIAS	Comisión Interministerial de Asuntos Sociales
CIC	Cuenta Individual de Capitalización
CNTPE	Consejo Nacional de Trabajo y Promoción del Empleo
CTS	Compensación por Tiempo de Servicios
DIRESA	Dirección Regional de Salud
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
EPS	Entidad Prestadora de Salud
ESSALUD	Seguro Social de Salud
FCR	Fondo Consolidado de Reservas Previsionales
FEF	Fondo de Estabilización Fiscal
FFAA	Fuerzas Armadas
FONCODES	Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social
IAFA	Instituto de Ayuda Financiera a la Acción Social
IDH	Índice de Desarrollo Humano

INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
LPIS	Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias
MCLCP	Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MIMP	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MINSA	Ministerio de Salud
MMM	Marco Macroeconómico Multianual
MTPE	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
MYPE	Micro y Pequeña Empresa
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONP	Oficina de Normalización Previsional
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PNAIA	Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia
PNP	Policía Nacional del Perú
PNSS	Política Nacional de Seguridad Social
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
REMYPE	Registro Nacional de la Micro y Pequeña Empresa
RMV	Remuneración Mínima Vital
RTA	Remuneraciones del Trabajo Asalariado
RUS	Régimen Único Simplificado
SBS	Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones
SEDLAC	Base de Datos Socioeconómicos para América Latina y el Caribe

SGE	Seguro Gratuito Escolar
SINADIS	Sistema Nacional de Desarrollo e Inclusión Social
SIS	Seguro Integral de Salud
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares
SMI	Seguro Materno Infantil
SNP	Sistema Nacional de Pensiones
SPNF	Sector Público No Financiero
SPP	Sistema Privado de Pensiones
SUNASA	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud
TBN	Tasa bruta de natalidad
TGF	Tasa global de fecundidad
TMG	Tasa de mortalidad general
TMI	Tasa de mortalidad infantil
UNCTAD	Conferencia de Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Elementos del Contexto

1.1 Tendencias de la protección social

El análisis de las políticas de protección social debe tomar en consideración la influencia que sobre su definición tiene cada entorno político institucional, así como el clima de ideas que determina los alcances de los debates. En cada momento y lugar, circulan diversas visiones, algunas de las cuales se imponen y van a cristalizarse en reformas, que incluyen el diseño institucional. Estas miradas sobre la protección, que favorecen la conformación de climas políticos tendientes a avanzar en ciertas direcciones, pueden encontrarse plasmadas en análisis y recomendaciones de los organismos vinculados con esta temática.

Durante los años noventa, cuando comenzaban a hacerse evidentes las limitaciones de los esquemas de seguro social tradicional (con financiamiento contributivo) para brindar cobertura de amplia protección en economías caracterizadas por un preponderante número de empleo informal, predominaron las perspectivas tendientes a reducir la presencia estatal. Fue entonces que cobraron especial relevancia las políticas de reforma que postulaban la necesidad de volver eficientes los sistemas de protección por medio de la inclusión del sector privado en su gestión. Ello, a su vez, podría redundar en una mayor disciplina fiscal.

Desde el debate teórico, se hicieron más evidentes las perspectivas que sostenían que los Estados eran intrínsecamente ineficientes, debido a la incapacidad de sus funcionarios o a la existencia de incentivos perversos a la hora de actuar en pos del bien común. En consecuencia, la acción del Estado debía ser reformulada si se quería mejorar la distribución del ingreso

(Buchanan, 1989; Muller, 1986). Surgieron, así, diferentes propuestas de reforma que incluyeron formatos institucionales con administración privada en previsión social, salud y otras políticas sociales, de modo que la intervención del Estado se restringió a acciones orientadas a promover la reducción de la pobreza (Banco Mundial, 1993 y 1994).

Durante estos años, en distintos países de la región, tuvieron lugar las denominadas reformas estructurales, que implicaron el retiro del Estado de áreas típicas de intervención –y la consecuente participación de actores extra-estatales en la gestión–, la descentralización de las políticas públicas –cuyo objetivo era lograr gestiones autónomas de los gobiernos centrales que, adicionalmente, ayudaran a reducir la presión sobre el gasto público de este nivel de gobierno– y la desregulación de los mercados.

Las reformas previsionales de diferentes países estuvieron inspiradas en estos argumentos y son un claro ejemplo de las reformas estructurales, lo que muestra una tendencia al abandono de los sistemas públicos de reparto y la adopción de esquemas de capitalización individual en manos del sector privado. Si bien cada país mostró sus particularidades, correlato de sus estructuras político-institucionales previas, la orientación fue la misma. Carmelo Mesa Lago, en su evaluación de las reformas previsionales en la región, identifica una docena de casos donde los sistemas sufrieron reformas estructurales desde que, en 1981, Chile realizó una sustitución total de su viejo modelo. Mesa Lago diferencia aquellos que siguieron un modelo mixto (como el argentino en los años noventa) de aquellos que siguieron un modelo paralelo o sustitutivo (2004). Por su parte, en materia de salud, se propiciaba la reducción de la presencia estatal en favor de esquemas de seguros privados, con menor impacto redistributivo.

Frente a las debilidades que evidencian los sistemas de protección hacia finales de los años noventa y principios de la década siguiente, además de los dudosos beneficios de muchas de las reformas impulsadas hasta entonces, comenzaron a debatirse e imponerse otras ideas más vinculadas a un enfoque de derechos que ponen nuevamente en el centro de la escena al Estado y su capacidad de intervenir en el desarrollo económico y social. Noción como ciudadanía plena y garantía de derechos –humanos, económicos, sociales y culturales– comienzan a orientar las políticas de protección (CEPAL, 2006). En este marco, las personas dejan de ser consideradas como consumidores y beneficiarios para convertirse en ciudadanos titulares de derechos (Cecchini

y Martínez, 2010). Asimismo, crece la conciencia de que la protección social debe ser entendida como una amplia gama de políticas para hacer frente a los riesgos y vulnerabilidades de las personas y grupos, independientemente de que puedan o no trabajar (Sepúlveda Carmona, 2010).

La necesidad de universalizar la cobertura de las diversas áreas de protección social, junto con la presencia de un Estado que disponga de mayor capacidad de intervención, van a ser los ejes de estas nuevas concepciones. En 2001, en el marco de la Conferencia Internacional del Trabajo, la OIT había adoptado el objetivo prioritario de la extensión de la cobertura (Bertranou, 2010). En 2012, sesenta años después de la adopción del Convenio número 102 sobre la seguridad social (norma mínima) del año 1952 –en la 101 sesión de la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT)–, se aprobó, prácticamente por unanimidad, una nueva norma internacional en materia de seguridad social. Se trata de la Recomendación relativa a los pisos nacionales de protección social, núm. 202 (R202).

La R202 tiene el doble objetivo de orientar a los países miembros de la OIT para establecer y mantener, según proceda, pisos de protección social como un elemento fundamental de sus sistemas nacionales de seguridad social; y, al mismo tiempo, poner en práctica estos pisos en el marco de estrategias de extensión de la seguridad social que garanticen niveles progresivamente más elevados de protección para el mayor número de personas posible, según las orientaciones de las normas de la OIT relativas a este tema, especialmente el Convenio núm. 102. De este modo, queda claro que los pisos de protección social no deben entenderse como niveles mínimos permanentes, sino como niveles indispensables que deben ser elevados, en la medida en que las circunstancias lo permitan.

Asimismo, la R202 considera que los pisos de protección social constituyen conjuntos de garantías básicas de seguridad social, definidos a nivel nacional, que fomentan una protección destinada a prevenir o aliviar la pobreza, y a contrarrestar la vulnerabilidad y la exclusión social. Estas garantías deberían asegurar, como mínimo, que durante el ciclo de vida, todas las personas necesitadas tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad básica del ingreso, que confirmen, conjuntamente, un acceso efectivo a los bienes y servicios definidos como necesarios a nivel nacional.

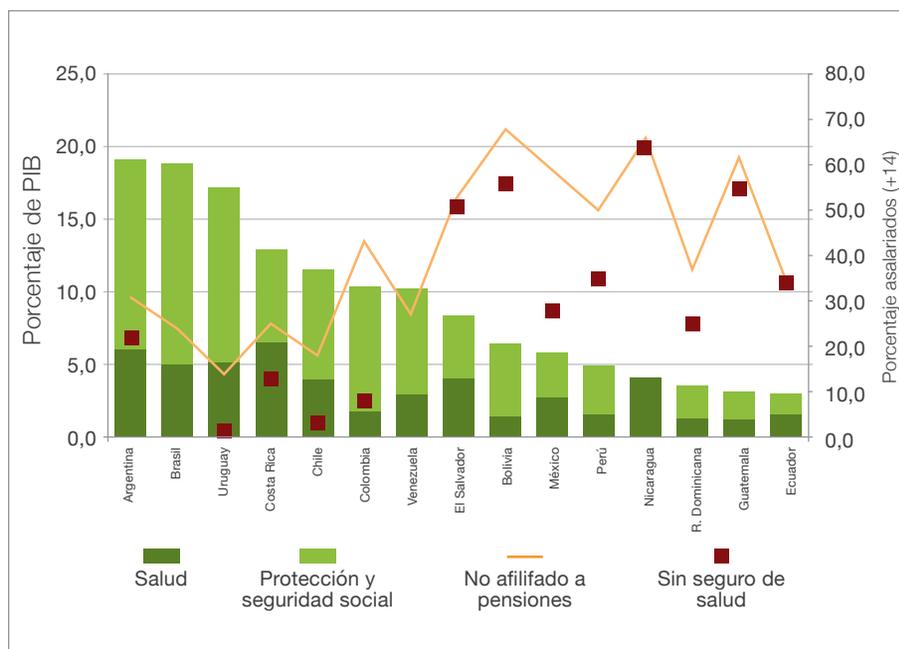
Acorde con esta recomendación, los pisos de protección social mencionados deberían comprender, por lo menos, las siguientes garantías básicas de seguridad social:

- a) acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional, constituido por **la atención de salud esencial**, incluida la atención de la maternidad, que cumpla los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad;
- b) **seguridad básica del ingreso para los niños**, equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, que asegure el acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios;
- c) **seguridad básica del ingreso**, equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular, en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez; y
- d) **seguridad básica del ingreso para las personas de edad**, equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional.

Debe considerarse que en América Latina, a pesar de haberse producido recientemente un notable desarrollo de la cobertura de los sistemas de seguridad social –como consecuencia de un crecimiento significativo del empleo formal y de las políticas públicas de extensión de la cobertura adoptadas en décadas recientes–, una parte importante de su población carece aún de acceso a un sistema integral de protección social; asimismo, un gran número de sus ciudadanos se encuentran por debajo de las líneas de pobreza e indigencia. El gráfico 1 muestra los niveles de gasto público en seguridad social y salud, junto con indicadores de cobertura de protección social para asalariados mayores de 14 años. Se debe resaltar el relativamente bajo gasto social del Perú y la elevada proporción de población asalariada sin seguro de salud ni aporte a pensiones.

Gráfico 1

América Latina: gasto social (público y seguridad social) en salud y protección social (% PIB), y asalariados mayores de 14 años sin afiliación a la seguridad social



Fuente: Elaborado en base a datos de Estadísticas de América Latina y el Caribe (CEPALSTAT) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama social de América Latina* (2013).

1.2 Introducción al contexto demográfico¹

Antes de abordar el análisis específico del sistema de protección social del Perú y sus desafíos, es necesario presentar cierta información acerca del contexto en el que se desarrollan los debates sobre políticas de reforma futura. De manera específica, deben ser considerados la situación demográfica y epidemiológica; el contexto económico general y el mercado de trabajo, de manera particular; y, finalmente, una visión territorial de estos aspectos.

¹ La presente sección toma desarrollos previamente presentados en Cetrángolo et al. (2013).

En el año 2010, la población total estimada del Perú era de 29,3 millones de personas, con una composición casi igualitaria de hombres y mujeres, y con un 64% de la población total en edad de trabajar.² Lima concentra el 31% de la población total (9,1 millones), y es seguida, en tamaño de población, por los departamentos de Piura (6% del total, 1,8 millones), La Libertad (5,9% del total, 1,7 millones) y Cajamarca (5,1% del total, 1,5 millones) según puede observarse en el gráfico 2. Estos cuatro departamentos concentran el 48% de la población del país.³ Además, casi tres cuartas partes de la población total del Perú reside en áreas urbanas.

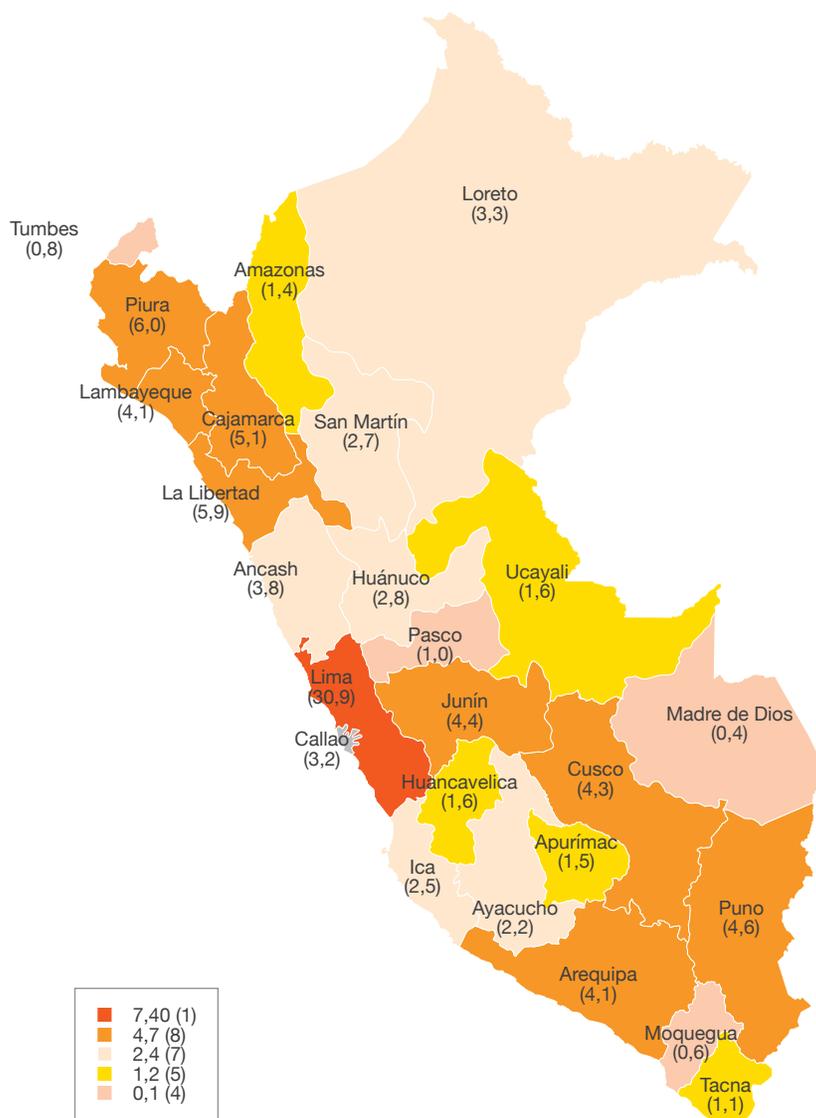
2 Los datos de población han sido tomados del Centro Latinoamericano de Desarrollo (Celade), con la única excepción de aquellos datos correspondientes a la población por departamento (en este caso, la fuente ha sido el INEI).

3 El gráfico A.1. del "Anexo estadístico", al final del documento, presenta la distribución de la población por departamentos.

Gráfico 2

Distribución de la población por departamentos, 2010

(Porcentajes de la población total del país entre paréntesis)



Nota: En las referencias, el dato entre paréntesis representa el número de departamentos en cada segmento de concentración de la población.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

El país se encuentra atravesando un proceso de transición demográfica que ha generado cambios en el ritmo de crecimiento y en la estructura de su población (MINSA, 2010). La tasa de crecimiento poblacional ha ido disminuyendo notablemente durante las últimas tres décadas, y ha pasado de 2,8% anual, en los años ochenta, a 1,2% anual, durante la primera década del siglo XXI. Asimismo, las proyecciones demográficas establecen que este descenso se prolongará en el tiempo, pues se estima que, para mediados de este siglo, la tasa de crecimiento anual será de 0,3%.

Puesto que la tasa de crecimiento de una población se encuentra determinada por la natalidad, la mortalidad y los saldos migratorios, resultará fundamental analizar la evolución de cada uno de estos elementos para comprender la dinámica poblacional. A lo largo de las últimas décadas, la población peruana ha registrado un importante descenso en su tasa global de fecundidad (TGF), con una consecuente reducción en el número de nacimientos por mujer en edad fértil. Así, durante el quinquenio 1950-1955, la TGF era de 6,85 hijos por mujer, mientras que en el periodo 2005-2010 descendió a 2,6 hijos por cada mujer. Por su parte, la tasa bruta de natalidad por cada mil habitantes acompaña esta tendencia, al pasar de 48,66, en 1950, a 20,30 en 2010; las proyecciones señalan que se ubicará en 17,16 en el año 2020.

Además de la TGF y la tasa bruta de natalidad, es preciso considerar que en el Perú la transición demográfica se inició con una disminución en la tasa de mortalidad general y, particularmente, con la disminución en la tasa de mortalidad infantil (TMI) (MINSA, 2010). Esta última ha tenido un descenso sostenido desde los años ochenta, ya que en el quinquenio 1980-1985, por cada mil nacidos vivos, 81,6 morían antes del primer año de vida, mientras que durante el quinquenio 2005-2010, este indicador descendió a 18,3 muertes por cada mil nacidos vivos.

Como resultado de la reducción en la tasa de mortalidad general de una población, la esperanza de vida al nacer se ha incrementado progresivamente: pasó de 61,6 años, durante el quinquenio 1980-1985, a 73,1 años para el periodo 2005-2010. La esperanza de vida de los habitantes del Perú se encuentra en torno a la media de América Latina y el Caribe (73,4 años), pero unos cinco años por debajo de aquellos países que presentan mayor esperanza de vida (Cuba, Costa Rica, Puerto Rico y Chile), y en un nivel similar al de Brasil, Colombia y la República Bolivariana de Venezuela.

En las últimas décadas, las cifras de emigrantes peruanos han mostrado un marcado crecimiento, al pasar de un flujo anual de 16 mil emigrantes, durante el quinquenio 1980-1985, a 145 mil para el periodo 2005-2010. A propósito de estos movimientos, se puede señalar que existe homogeneidad en lo referente al género de los emigrantes que han salido del país desde 1990. Así, del total acumulado de emigrantes peruanos entre 1990 y 2007, el 51,3% fueron mujeres, mientras que el 48,8% fueron hombres. En relación a la edad que tienen los ciudadanos peruanos al momento de emigrar, es de notar que entre 1994 y 2007, el 51,2% del total de los emigrantes se encontraba entre los 20 y 39 años; en segundo lugar se encontraban las personas entre 40 y 59 años, quienes representaban el 24,3% del total de los emigrantes. También es importante destacar el grupo de emigrantes con edades entre 0 y 19 años, que alcanzaron el 18,2% del total de los emigrantes del país (Abusada Salah y Pastor Vargas, 2008).

La mencionada reducción en la TMI y en la tasa de mortalidad general, conjuntamente con la reducción en las tasas de fecundidad y el incremento de los movimientos migratorios, especialmente de población en edad activa, dieron lugar a un cambio en la composición general de las edades de la población. De este modo, la población infantil perdió peso frente a la población total, mientras que la población perteneciente a grupos de edad media, en edad productiva, y la población mayor de 60 años ganaron mayor participación.

Debido a la disminución de la mortalidad y de la fecundidad, la transición demográfica está influyendo actualmente –y seguirá haciéndolo en los próximos años– en la estructura etaria del Perú. Para ilustrar esta situación, resulta esencial observar el cambio producido en la composición de la población por grupo etario a través del tiempo.⁴ Así, se observa que en la década de 1950, la pirámide poblacional se caracterizaba por tener una amplia base, pues la población menor de 15 años representaba el 41,6% de la población total, mientras que aquella entre 15 y 64 años representaba el 55%. Estas cifras se mantuvieron relativamente estables hasta 1985, cuando la presencia de población joven (menor de 15 años) comenzó a descender. Entonces, este grupo poblacional pasó a formar parte de una nueva cohorte: la población adulta de 40 a 59 años, seguida en importancia por la de 30 a 39 años. Posteriormente, ya en 2010, el 64% de la población se encontraba en

4 Véase el Gráfico A.2 del "Anexo estadístico", al final del documento.

la franja etaria de entre 15 y 64 años. Por otra parte, como el envejecimiento poblacional genera un incremento de la población con 65 años de edad o más, este grupo pasará de representar el 6% de la población, en 2010, al 17,1%, en 2050.

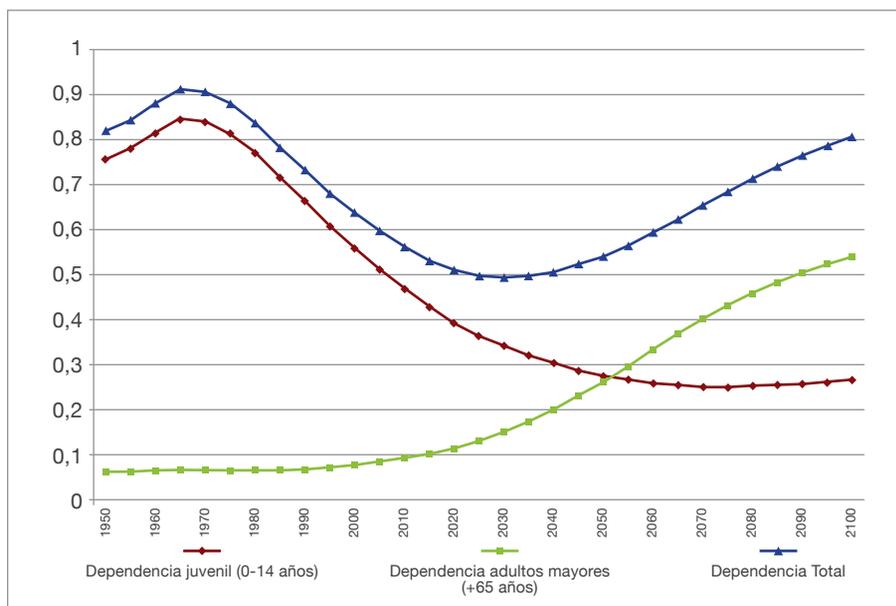
En comparación con otros países de la región, Perú, junto con Brasil, Colombia, Costa Rica y México (entre otros), se encuentra en una etapa de envejecimiento poblacional moderada, mientras que Argentina y Chile se encuentran en una etapa de envejecimiento moderadamente avanzada, y Uruguay y Cuba, en una avanzada.

Todos los cambios en la estructura poblacional hasta aquí mencionados han originado un fenómeno importante: la disminución de la dependencia demográfica. Desde la década del setenta, se observa en el Perú una reducción sostenida en la tasa de dependencia demográfica, lo que se debe, en gran medida, a un rápido descenso de la tasa de dependencia juvenil. Por su parte, si bien a fines de los años noventa comienza el ascenso del ratio de dependencia de adultos mayores, este indicador no es lo suficientemente significativo como para detener el descenso de la dependencia demográfica (gráfico 3). Esto da lugar al fenómeno conocido como “bono demográfico”, que ocurre en el proceso de transición demográfica cuando la población en edad de trabajar es mayor que la dependiente (niños y adultos mayores), y, por lo tanto, el potencial productivo de la economía se vuelve mayor.

En consecuencia, el Perú se encuentra transitando por un periodo de al menos tres décadas en el que la relación de dependencia será menor a dos tercios (2/3). Junto con Brasil y Venezuela, el del Perú es considerado el periodo de bono demográfico más prolongado en América Latina. Tomando en cuenta este contexto, este periodo ofrece una oportunidad única para consolidar un proceso de desarrollo sustentable mediante la adopción de políticas de empleo e inversión adecuadas (UNFPA, 2012).

Gráfico 3

Evolución de la tasa de dependencia poblacional, 1950-2010



Fuente: CELADE.

A partir del análisis realizado por Martínez Gómez et al. (2012) sobre la evolución del bono demográfico en el Perú, se advierte que el financiamiento del consumo con recursos laborales propios alcanza valores cercanos al 9% en el caso de los niños y jóvenes, y al 40% en el caso de los adultos mayores. Ello resulta de la existencia de trabajo infantil precario y de una insuficiente cobertura de la seguridad social y de otras políticas sociales.

En el Perú, el bono demográfico empezó a producirse alrededor de 2005, y se estima que dure hasta aproximadamente la década de 2060. No obstante, al analizar la población de las diferentes regiones del país, se observan variaciones en los periodos de inicio y término de este bono. Así, en 1993, las regiones en las que ya se había iniciado el bono demográfico fueron Lima, Callao, Moquegua y Tacna. Hacia 2007, se sumaron a este bono Arequipa, Ica, Lambayeque, Madre de Dios y Tumbes. Por otro lado, según las proyecciones para 2050, las únicas regiones en las que finalizaría el bono serían Lima, Arequipa, Callao y Moquegua (MINSa, 2010).

Las transformaciones en la estructura de edades de la población peruana tendrán, sin duda, considerables implicancias sobre las demandas de políticas públicas y cambios de prioridades presupuestarias, como consecuencia del envejecimiento poblacional. En ese sentido, es importante destacar la elaboración del Plan Nacional de Población 2010-2014, que tuvo el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El recuadro 1 ofrece un resumen de las actividades de esta agencia en relación con esta problemática.

Recuadro 1 El Papel del UNFPA

El UNFPA es la agencia líder de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que promueve el derecho de las personas, especialmente de las mujeres y jóvenes, a su desarrollo y a tener una vida sexual y reproductiva saludable. Apoya a los países en la utilización de datos socio-demográficos para la formulación de políticas y programas de reducción de la pobreza con enfoques de derechos humanos, género, interculturalidad y de ciclo de edades, para proponer respuestas adecuadas a las necesidades y particularidades de cada grupo poblacional.

En este contexto, parte del trabajo del UNFPA busca destacar las implicancias de las transformaciones en la estructura de edades de la población peruana, en especial la referida a las transiciones a la vida adulta en un contexto de acelerado envejecimiento. Es así como, en los últimos años, ha apoyado la elaboración del Plan Nacional de Población 2010-2014, uno de cuyos desafíos se concentra en la atención de las necesidades y demandas derivadas del envejecimiento (<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MIMDES-Plan-Nacional-Poblacion-2010-2014.pdf>). El énfasis, sin embargo, está puesto no solo en los actuales adultos mayores, sino también en los jóvenes que son parte del llamado bono demográfico, los mismos que en algunas décadas compondrán el grupo de adultos mayores, en mejores condiciones de aseguramiento – esperamos – que las vigentes hoy en día.

Por otro lado, respecto de las múltiples consecuencias del envejecimiento de la población, el UNFPA ha desarrollado diversas acciones de abogacía e incidencia para la gestión de información, para el sistema de cuidados y para la protección social, tomando en cuenta la modificación en las conformaciones familiares, en un contexto de rápidos cambios poblacionales, sociales y laborales, y con una creciente participación de la mujer en el mundo del trabajo fuera del hogar. En este terreno, el UNFPA ha apoyado la realización de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo, que muestra cómo las familias organizan sus recursos, incluida la distribución de responsabilidades y horarios dedicados a las tareas domésticas o vinculadas a brindar cuidados entre sus miembros. Esta distribución

de roles y responsabilidades no es ajena a la tradicional concepción del rol atribuido a hombres y mujeres, la misma que puede limitar la posibilidad de alcanzar una real equidad de género. Cabe señalar que esta diferencia de roles por género afecta igualmente a hombres y mujeres adultos mayores.

(<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MIMDES-INEI-Encuesta-Nacional-Uso-Tiempo.pdf>).

La labor del UNFPA en este tema también ha sido canalizada a través de iniciativas realizadas conjuntamente con agencias como la OIT, y con organizaciones de la sociedad civil, de carácter nacional e internacional. Es el caso del estudio que junto a HelpAge, Cáritas y la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza permitió construir los argumentos de los costos de no atender las necesidades de la población adulta mayor, a través del establecimiento de sistemas de pensiones no contributivas (ver <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/oit-unfpa-pensiones-no-contributivas.pdf>).

Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, Perú).

1.3 La transición epidemiológica

Los cambios en la estructura de la población, tales como la urbanización y la transición demográfica, interactúan modificando el perfil epidemiológico del Perú, y, por ende, el patrón de demanda de los servicios de salud (Banco Mundial, 2011). Esta modificación en el perfil epidemiológico consiste en una transformación de la incidencia relativa de ciertos grupos de causas de muertes. En el Perú, esto se manifiesta en la disminución en la importancia relativa de las enfermedades transmisibles y las afecciones originadas durante el periodo perinatal, a cambio del incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, así como de aquellas causas relacionadas con la muerte por violencia y las denominadas “externas” (INEI, 2009).

Para estudiar la transición epidemiológica peruana, resulta muy útil la clasificación propuesta por el Ministerio de Salud (MINSA, 2010) que diferencia las siguientes etapas:

- ◆ pretransición (cuando existe un predominio de mortalidad por enfermedades transmisibles);

- ◆ postransición (cuando predomina la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles); y
- ◆ transición (cuando no se presenta el dominio de un grupo de enfermedades en particular).⁵

Los resultados presentados en el estudio del Ministerio de Salud dan cuenta de que el Perú se encuentra en una etapa de postransición, ya que las enfermedades transmisibles representaron en 2009 el 26% del total de las causas de muerte, mientras que las enfermedades no transmisibles alcanzaron el 51%. Cabe mencionar que, para 1990, las únicas regiones que ya se encontraban en postransición fueron Arequipa, Callao, Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima y Tacna.

El paso de un periodo de transición a uno de postransición implica un cambio en las principales causas de muerte. Entre los años 1990 y 2009, las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales que ocupaban los primeros lugares entre las causas de muerte fueron desplazadas por enfermedades no transmisibles (principalmente por enfermedades cardio y cerebrovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades mentales) y por lesiones accidentales e intencionales. Entre 1990 y 2009, las enfermedades transmisibles pasaron de ser causantes del 47% del total de las muertes del país, a ser el 26%. En contraposición, las enfermedades no transmisibles pasaron de concentrar el 45% de las muertes, en 1990, a más del 60%, en 2009. De este modo, en la actualidad el país enfrenta, como un reto muy importante, el incremento de las enfermedades no transmisibles y las causas externas, las que requieren de tratamientos más prolongados y, además, más costosos que aquellos exigidos por las enfermedades transmisibles.

El gráfico 4 permite apreciar las diferencias regionales respecto de la participación de las causas agrupadas de muerte. En él se observa que las muertes por enfermedades transmisibles van desde valores cercanos a 10 por cada diez mil habitantes –en los departamentos de Lambayeque, Moquegua y La Libertad–, hasta valores que más que duplican a estos mínimos –en los departamentos de Ucayali, Loreto y Madre de Dios–. Para el total país, las muertes por enfermedades transmisibles se ubican en 14,3 por cada diez

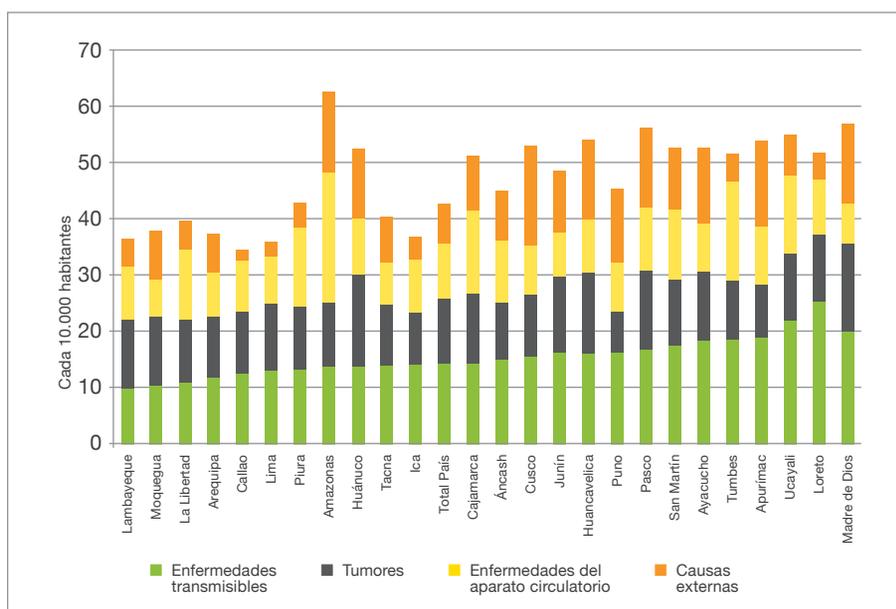
5 Para conocer en qué etapa de transición se encuentra el Perú, se utiliza un índice que relaciona las causas de muerte vinculadas con enfermedades transmisibles con aquellas vinculadas con las no transmisibles. Según los resultados alcanzados por dicho índice, se dice que un país se encuentra en pretransición cuando el índice es menor de 0,8; en transición, cuando el índice se encuentra entre 0,8 y 1,2; y en postransición, cuando el índice es mayor de 1,2.

mil habitantes. Por otro lado, las muertes por tumores presentan una menor dispersión que el resto de las causas de muerte, y se ubican, para el total país, en 11,6 por cada diez mil habitantes. Respecto de las muertes por causas vinculadas con enfermedades del aparato circulatorio, se encuentran por debajo de 8 por cada diez mil habitantes en los departamentos de Moquegua, Madre de Dios, Tacna, Arequipa y Junín; mientras que mayores valores – que superan a 15 por cada diez mil –, se registran en Cajamarca, Tumbes y Amazonas; es este último departamento, precisamente, el que detenta la mayor cantidad de muertes por esta causa (23,2). Finalmente, las muertes por causas externas resultan relativamente bajas en los departamentos de Lima y Callao –menos de 3 por cada diez mil habitantes–, pero existe una gran dispersión y los valores máximos superan ampliamente a estos mínimos –Huancavelica, Apurímac y Cusco–.

Gráfico 4

Mortalidad según grupos de causas y regiones, 2009

(Muertes cada 10.000 habitantes)

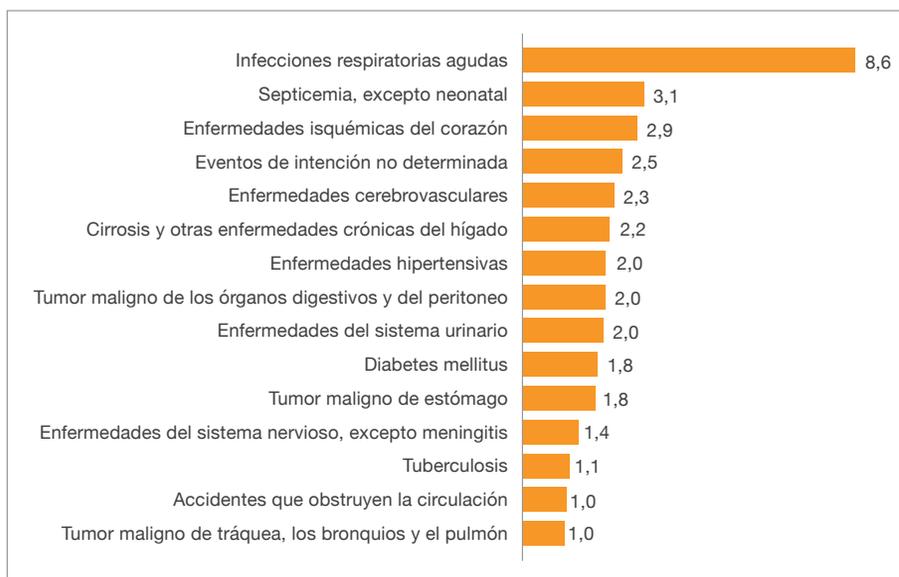


Nota: Ordenado de manera ascendente, según causa de muerte por enfermedades transmisibles.
Fuente: Dirección General de Epidemiología del MINSA.

En el estudio del MINSA (2010), se destaca que, si bien el país se encuentra en un periodo de postransición, las enfermedades transmisibles continúan siendo

la principal causa de muerte en varias regiones. En 2007, se produjeron 16,5 muertes por enfermedades transmisibles por cada 10 mil habitantes, aunque esta cifra representa menos de la mitad que las registradas en 1987 (34,7). La segunda principal causa de muerte la constituye las enfermedades del sistema circulatorio, hecho que no se modificó sustancialmente para el periodo de análisis. La mortalidad por tumores y causas externas se ha incrementado en los últimos 20 años, mientras que la mortalidad por afecciones perinatales no ha tenido mayor variación (en 1987, 2,3; en 2007, 2,1). Si el análisis se realiza observando las tasas específicas (gráfico 5), se obtiene que en 2009 la principal causa de muerte correspondía a infecciones respiratorias agudas (8,6 por cada 10 mil habitantes), mientras que la septicemia (excepto que ésta sea neonatal) representa la segunda causa de muerte (3,1 por cada 10 mil habitantes); le siguen las enfermedades isquémicas del corazón (2,9 cada 10 mil habitantes).

Gráfico 5
Principales causas de muerte, 2009
 (Muertes cada 10.000 habitantes)



Fuente: MINSA (2010).

El gráfico 5 permite destacar que, entre las enfermedades transmisibles, las que mayor mortalidad causaron fueron las infecciones respiratorias agudas

y la septicemia. En cuanto a aquellas que se encuentran dentro del grupo de enfermedades no transmisibles, las que produjeron mayor mortandad fueron las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebrovasculares, las enfermedades crónicas del hígado y las enfermedades hipertensivas.

Por otra parte, en relación con la mortalidad materna, según los datos aportados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, las principales causas genéricas de muerte han sido la hemorragia (49,6%), la toxemia (19%) y la infección (10,2%); mientras que las principales causas básicas fueron la retención placentaria (24,5%), la preeclampsia severa (10,1%) y la eclampsia (9%). Para 2009, según el MINSa (2010), se notificaron 481 muertes maternas, cifra inferior a las acusadas en periodos anteriores, lo que evidencia una tendencia a la reducción. El 70% de las muertes notificadas durante ese año procedía de las regiones de Lima, Cajamarca, Piura, Puno, La Libertad y Áncash.

En relación con la mortalidad neonatal, la tasa para 2007 en todo el país arroja un valor de 11 por cada mil nacidos vivos; no obstante, este valor nacional presenta grandes disparidades entre regiones. Así, las localidades con mayor tasa de mortalidad neonatal son Puno, Loreto y San Martín, mientras que las menores tasas se registraron en Lima y Madre de Dios. En el Perú, las principales causas de mortalidad en el periodo neonatal durante 2007 fueron las infecciosas (23,9%), la prematuridad (18,4%), la asfisia y el trauma (16%), y las anomalías congénitas (15,1%), todas patologías que en conjunto representan más del 70% del total de muertes.

La tasa de mortalidad infantil, como se explicó previamente, ha descendido más de un 80% desde mediados del siglo XX. Este rápido descenso es el resultado del desarrollo de la atención primaria de la salud, ya que la vacunación y el uso de la rehidratación oral constituyen acciones importantes para evitar muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias; infecciones intestinales (diarreas); enfermedades respiratorias agudas, y todas aquellas que pueden evitarse por inmunización. En la actualidad, la cobertura del programa de inmunizaciones alcanza cifras cercanas al 100%, es decir, que protege a casi la totalidad de los niños y niñas, especialmente a los menores de un año (INEI, 2010). A pesar de ello, la dispersión de la TMI entre las regiones es elevada: los departamentos de Loreto y Puno registran una TMI del orden de 40 por

cada mil nacidos vivos, mientras que en Lima e Ica, la TMI se ubica por debajo de 13 por cada mil nacidos vivos.

Si se consideran los datos del CEPALSTAT para 2010, que estiman una TMI de 18 por cada mil nacidos vivos para América Latina, se observa que el caso del Perú –con 14,9 por cada mil nacidos vivos– se encuentra en una posición intermedia respecto de otros países de la región, ya que, si bien su TMI supera a países como Cuba, Chile y Costa Rica en más del 70% –en el caso de Cuba, en más del 200%–, posee una TMI similar a las registradas en Colombia, México, Brasil y el Estado Bolivariano de Venezuela.

De lo expuesto anteriormente se desprende la necesidad de reforzar las estrategias que se concentran en el embarazo, el parto y la salud perinatal, así como en la mejora de los resultados nutricionales durante los primeros dos años de vida. Simultáneamente, se deben desarrollar estrategias económicas para contener y tratar las enfermedades crónicas, como los tumores, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes.

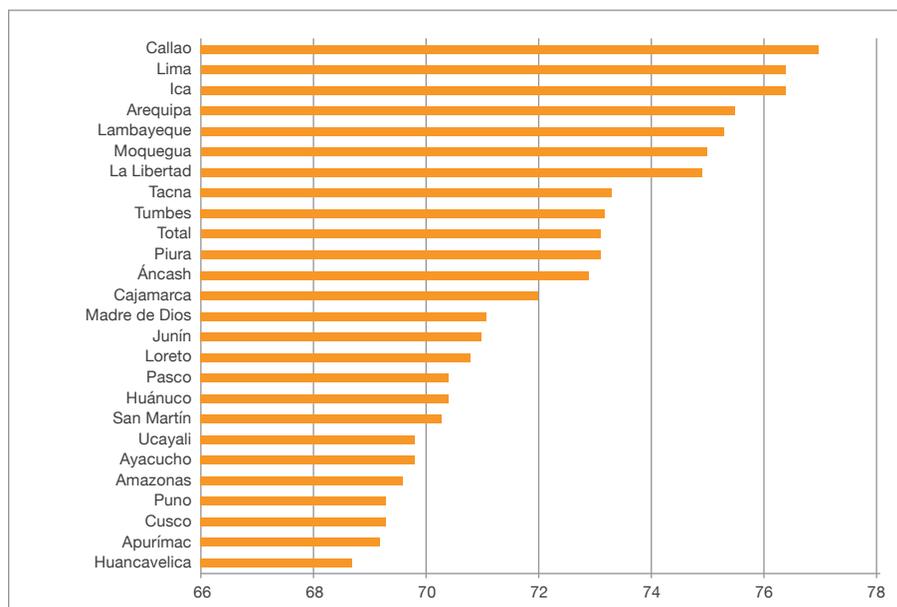
Respecto de la esperanza de vida en el Perú, esta aumentó 29 años desde 1950, al pasar de 44 años a 73 años, en 2010. No obstante, la esperanza de vida no muestra un patrón homogéneo sobre la totalidad del territorio peruano. Las desigualdades en el interior del país tienen como principal determinante las brechas de desarrollo social y económico imperante, lo que implica que existan algunas regiones menos favorecidas que otras en el proceso de descenso de la mortalidad.

Los departamentos de Huancavelica, Apurímac, Cusco y Puno, que tienen mayores tasas de mortalidad, coinciden en mostrar los valores más bajos de esperanza de vida al nacer: el promedio es de 4 años en relación con la esperanza de vida en el Perú, y de casi 8 años en relación con el departamento del Callao (gráfico 6).

Las tendencias de los últimos años, junto con las proyecciones para los siguientes 15, demuestran que la esperanza de vida crece en todos los departamentos a medida que la mortalidad disminuye; sin embargo, el incremento en la esperanza de vida es relativamente mayor en los departamentos que muestran una mayor tasa de mortalidad.

Gráfico 6

Esperanza de vida al nacer por departamento, 2005-2010



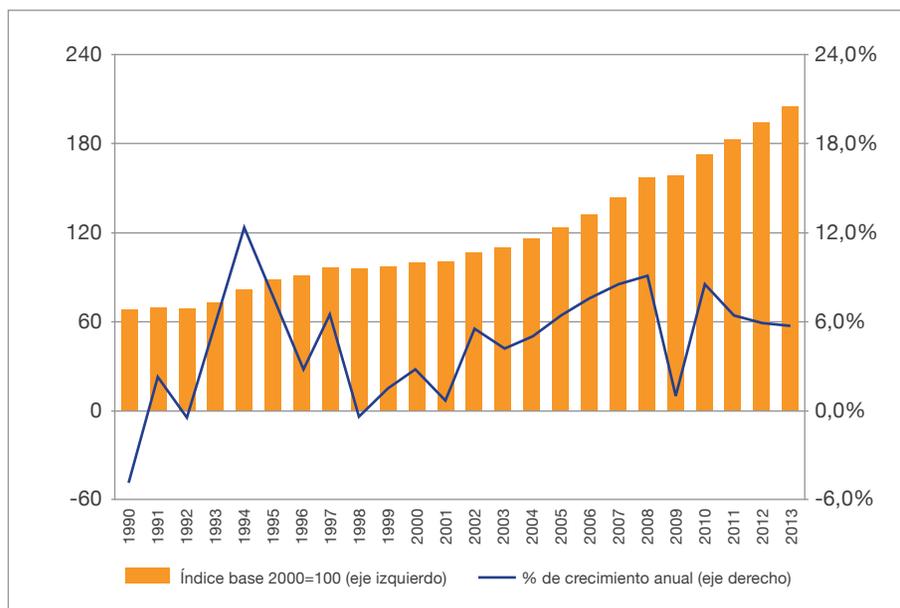
Fuente: INEI (2010).

1.4 El contexto económico general

Durante las últimas dos décadas, el Perú ha mantenido una estrategia de crecimiento basada en el libre mercado y la apertura económica, que se ha mantenido a pesar de los cambios políticos ocurridos en este lapso de tiempo (Parodi, 2014). Se puede decir, sin embargo, que el país se ha beneficiado, además, de una combinación de factores endógenos y exógenos. En ese sentido, tanto el contexto internacional, extraordinariamente favorable, como las políticas macroeconómicas solventes contribuyeron a la consolidación de este proceso de crecimiento (Infante et al., 2014). Como se observa en el gráfico 7, el producto real ha presentado tasas de crecimiento positivas y significativamente altas (alrededor del 6% anual) durante los últimos 15 años; incluso durante la crisis del periodo 2008-2009, su variación fue positiva.

Gráfico 7

Evolución de la tasa de crecimiento del PIB en moneda constante



Fuente: Elaborado sobre la base de datos del INEI.

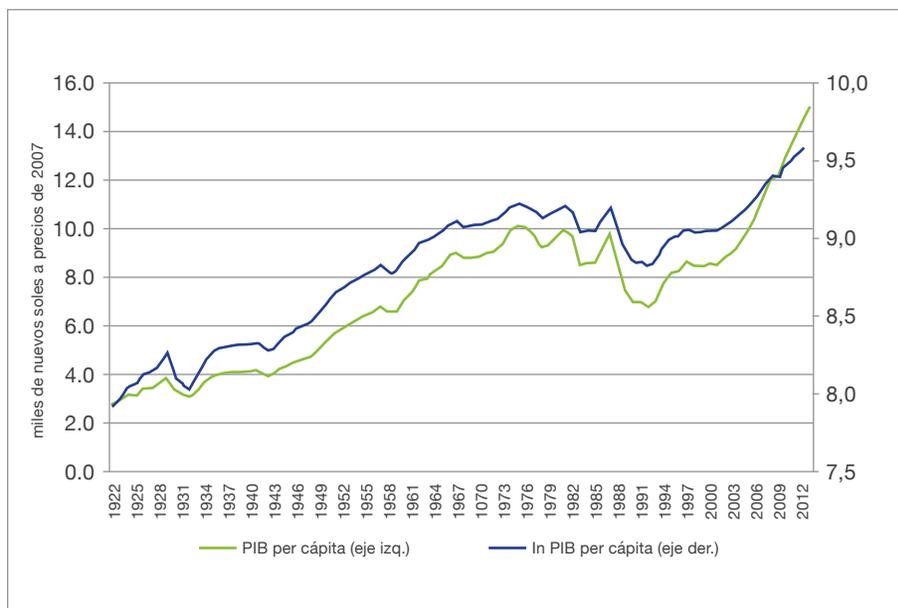
El periodo mencionado se ha caracterizado, por un lado, por un manejo macroeconómico muy prolijo, en el que la política monetaria estuvo orientada hacia una meta de inflación, y la fiscal, a reducir la deuda pública como porcentaje del PIB y el mantenimiento de equilibrio fiscal. A su vez, el crecimiento estuvo motorizado por la inversión privada, tanto nacional como extranjera (Parodi, 2014). Como consecuencia de lo anterior, el PIB per cápita se incrementó de manera sostenida en términos reales (a excepción del año 2009).

Una visión de largo plazo, como la que muestra el gráfico 8, permite observar que durante los últimos años se ha superado el anterior máximo de producto por habitante en moneda constante (en 1975), con las tasas de crecimiento más elevadas de la serie observada. La incorporación de los logaritmos naturales de la serie en el mismo gráfico permite apreciar la evolución de las tasas de crecimiento del producto.

Gráfico 8

PERÚ: PIB per cápita, 1992-2013

(En nuevos soles a precios de 2007 y tasa de variación)

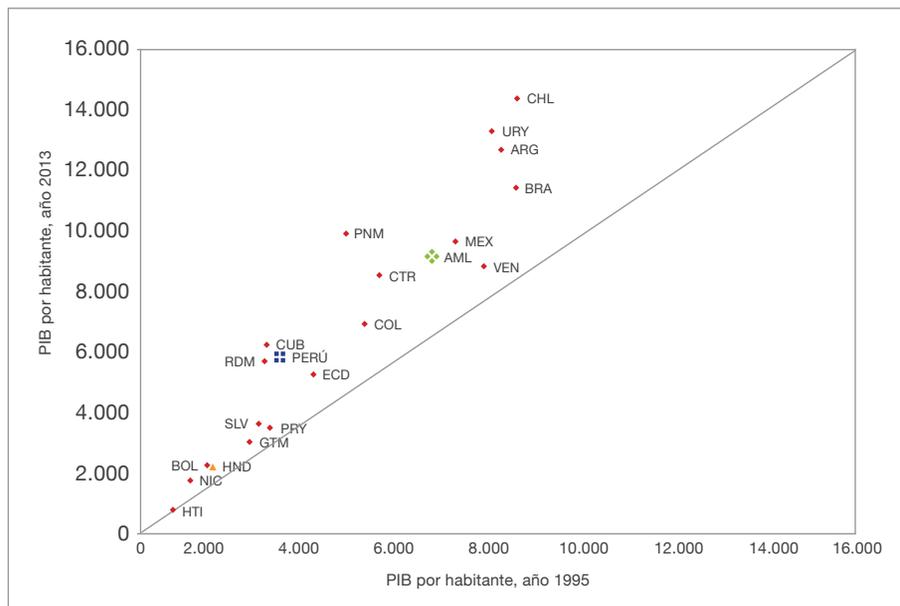


Fuente: Elaborado en base a datos del Banco Central de Reserva del Perú (BCRP) e INEI.

Como consecuencia de lo anterior, el PIB por habitante medido en dólares constantes se incrementó un 84% en las últimas dos décadas. Se trata del mayor crecimiento producido durante ese periodo en América del Sur, solo superado por Panamá, República Dominicana y Cuba en América Latina (gráfico 9).

Gráfico 9

América Latina: PIB por habitante en dólares de 2010. Años 1995 y 2013



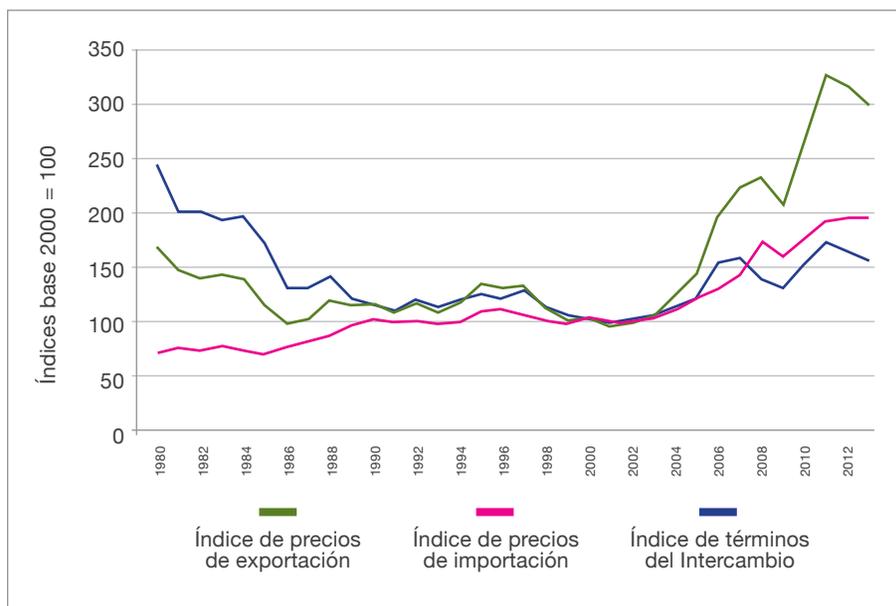
Fuente: Elaborado en base a datos de CEPAL.

Un comentario especial merece el peso del comercio exterior. En 2012, el 75% de las exportaciones lo constituían los productos tradicionales, y el 57%, los productos mineros. A su vez, el cobre representaba más del 40% de las exportaciones mineras. Por su parte, el 80% de las importaciones era de insumos y bienes de capital. En consecuencia, la economía peruana es muy sensible a los términos de intercambio y otras condiciones del mercado internacional.

Dos factores relacionados con el sector externo deben ser resaltados. En primer lugar, luego de un fuerte deterioro ocurrido durante las últimas dos décadas del siglo pasado, a partir de 2001 se inició un crecimiento sostenido de los términos de intercambio, solo interrumpido por la crisis en 2008-2009. Los términos de intercambio de 2012 eran un 56% más elevados que en 2001, aunque se mantenían por debajo de los niveles de principios de los años ochenta (Mendoza Bellido, 2014). En el gráfico 10 se puede observar la evolución de los términos de intercambio desde 1980.

Gráfico 10

Evolución de los términos de intercambio (índices base 2000=100)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Conferencia de Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD).

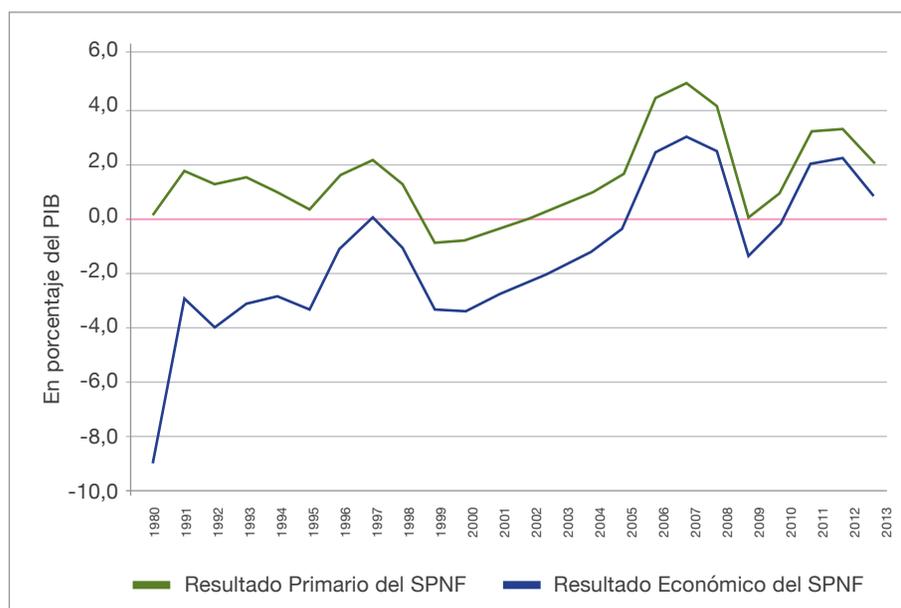
El segundo factor externo a tener en cuenta se refiere a la importante entrada de capitales privados que se registró desde el año 2002. Entre ese año y 2012, ingresaron capitales privados por un valor superior a los 66 mil millones de dólares (Mendoza Bellido, 2014).

No obstante, Mendoza Bellido también le otorga importancia a las políticas macroeconómicas del periodo. Así, señala que en la crisis internacional de 2008-2009 se aplicaron, por primera vez en la historia peruana, políticas fiscales y monetarias contracíclicas expansivas, lo que explicaría el carácter transitorio de la crisis económica en el país. De hecho, el proceso de crecimiento económico ha resistido razonablemente bien la crisis financiera internacional de esos años (Infante et al., 2014).

Otro logro de la economía peruana durante los últimos años ha sido la reversión de una situación fiscal que había presentado resultados históricamente

deficitarios.⁶ Luego de alcanzar resultados negativos del orden del 11% del PIB hacia fines de los años ochenta, la situación fiscal fue mejorando paulatinamente. Es así como en la actualidad, desde 2006, presenta resultados superavitarios, a excepción de los años 2009-2010, cuando tuvieron que aplicarse políticas contracíclicas para hacer frente a la crisis internacional (gráfico 11).

Gráfico 11
Resultado del sector público no financiero (% del PIB)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del BCRP.

1.5 Mercado laboral y situación social

Pese al excelente desempeño económico del Perú, la mayor parte de la población no experimenta una mejora sustantiva en su nivel de vida. De acuerdo con Parodi (2014), lo sucedido en el país desde 1995 es una muestra de que el crecimiento económico es condición necesaria pero no suficiente para elevar el bienestar de la población. La débil capacidad de gestión del

⁶ De acuerdo con la información del BCRP, al menos desde 1970, las cuentas del sector público no financiero (SPNF) mostraron resultados deficitarios que en varios años –1976-1977 y 1987-1989– llegaron a superar los diez puntos porcentuales (p.p.) del PIB.

Estado para asignar los recursos públicos hacia efectivas mejoras en la situación social; el dinamismo de sectores poco intensivos en mano de obra, y las deficiencias en materia de capital humano son, desde la perspectiva de Parodi (2014), parte de la explicación, a lo que se suma la ausencia de reformas en sectores clave como educación y salud.⁷ Por otro lado, es preciso señalar que el crecimiento económico ha estado acompañado de un mayor número de conflictos sociales. A este respecto, Parodi señala que las disputas por los nuevos recursos de la economía demandan mayores capacidades del Estado.

Más allá del comportamiento macroeconómico, el Perú tiene una estructura productiva muy heterogénea. Infante et al. (2014) presenta una clasificación de las distintas ramas productivas de acuerdo con su nivel de producto por ocupado, de modo que encontramos sectores de alta, media y baja productividad. Entre los primeros se encuentran la producción de electricidad, finanzas y minería, cuyo producto por ocupado equivale a 2,4 veces el nivel promedio de la economía, genera un quinto del producto y ocupa apenas al 8% de los empleos. Los de productividad media (1,6 veces el promedio) incluyen a la industria, el transporte y la construcción, que ocupan un quinto de los trabajadores y representan más de la tercera parte del producto. Los de baja productividad (70% del promedio), por su parte, incluyen a la agricultura, el comercio y los servicios, ocupan al 70% de los trabajadores y generan menos de la mitad del producto.

La extrema heterogeneidad productiva del Perú se manifiesta en las marcadas diferencias observadas en la productividad por sectores de actividad, y, consecuentemente, en su capacidad para generar empleos. Como señalan Casalí et al. (2014), a pesar del crecimiento económico evidenciado en los últimos años, se reporta un severo déficit en los principales indicadores de empleo e ingresos. Entre 2001 y 2012, mientras el PIB creció un 6,3% anual, la ocupación lo hizo a solo 2,7% por año. Esta heterogeneidad de la estructura productiva determina que, aun cuando aumente el PIB y la inversión, no se generen empleos suficientes. Los autores analizaron el PIB por ocupado en cada rama de actividad para concluir que la distancia entre los extremos (minería y agricultura) cayó de 46 a 11. Pese a la reducción en la brecha, esta sigue siendo significativa, y los bajos niveles de productividad en casi todos los sectores –a excepción de la minería– reflejan las dificultades para brindar

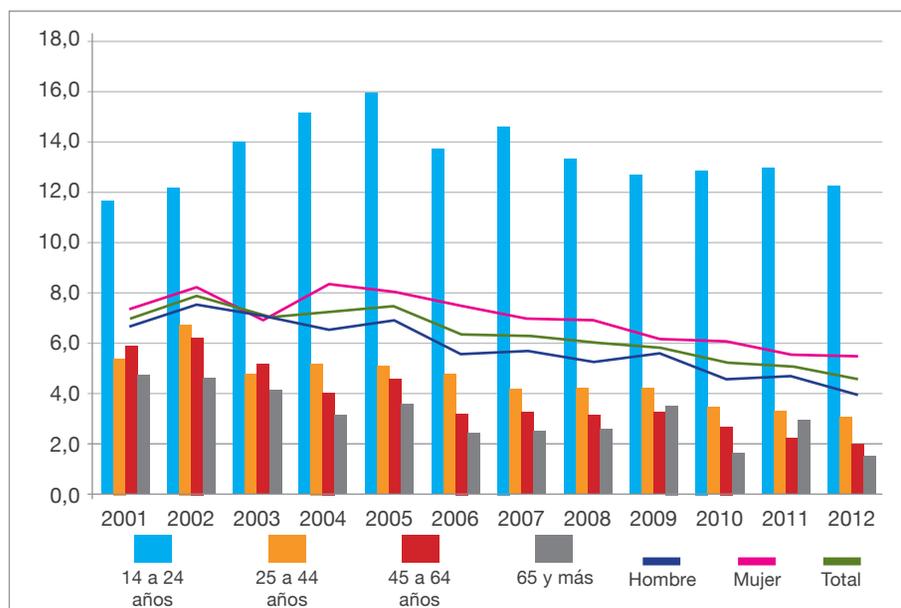
7 Mientras se estaba elaborando el presente informe, fueron anunciadas reformas en el sector salud y nuevas inversiones en educación.

empleo y protección social a la población del país. En el año 2012, a pesar de haber crecido más que el promedio desde principios de siglo (Casalí et al., 2014), la tasa de ocupación llegó a 70,6%, distribuida en 79,6% la masculina y apenas 61,6% la correspondiente a las mujeres.

Un dato positivo es la caída en la tasa de desempleo durante la última década, que ha llegado a solo 3,7% en 2012. Es importante destacar, igualmente, la baja tasa en el ámbito rural, donde el desempleo abierto es relativamente menor al 1%. Por su parte, en el ámbito urbano, el desempleo juvenil sigue siendo el más elevado (12,1%), y es de notar que ha aumentado en relación al año 2001 (11,7%). En el gráfico 12 se puede observar el mayor peso del desempleo entre la población más joven (14 a 24 años) y la mayor fragilidad laboral de las mujeres.

Gráfico 12

Tasa de desempleo urbano, según edad y sexo, 2004-2012 (%)



Fuente: Elaborado en base a datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG).

De todos modos, la tasa de desempleo no es suficiente indicador para mostrar la compleja situación del mercado de trabajo; más bien debe considerarse el déficit en materia de empleos decentes. En ese sentido, se advierte que

gran parte de la población económicamente activa (PEA) prefiere recurrir a actividades de cuenta propia informales, en las que existe facilidad de entrada, antes que buscar un empleo asalariado, lo que define a un desempleado. O bien se da el caso de que la mayoría de la PEA no consigue trabajar en relación de dependencia laboral, como empleado u obrero, y pierde la posibilidad de contar con las prestaciones de la seguridad social.

Asimismo, Casalí et al. (2014) señalan algunos aspectos relevantes de los cambios en el mercado laboral durante el periodo 2001-2012, los mismos que se muestran a continuación:

- ◆ Mejora en el nivel educativo de los ocupados, y es de notar que crecen más los ocupados con nivel de educación superior que los que tienen nivel secundario. Esta mejora es mayor en las mujeres.
- ◆ Aumento del tamaño de las empresas, siendo aquellas con más de 10 trabajadores las que registran una mayor contribución al crecimiento total del empleo. Los nuevos empleos tendrían una mayor proporción de aquellos de naturaleza formal y con acceso a derechos laborales.
- ◆ Mayor dinamismo del empleo por la expansión de la demanda interna en los sectores de servicios, construcción, minería y, en menor medida, industria. Los sectores comercio y pesca evidencian tasas de crecimiento de menor envergadura, y en el sector agricultura ese crecimiento es negativo. No obstante lo anterior, el sector agrícola sigue concentrando el mayor volumen de empleo y cuenta con el nivel de productividad más bajo. El sector agrícola junto a los sectores servicios y comercio registran –en conjunto– el mayor aporte al total de la PEA ocupada. En 2001, ese aporte fue 85,1%, y en 2012 llegó a 81,5%.
- ◆ La informalidad sigue siendo muy alta. Si bien la participación del empleo informal en la PEA ocupada no agrícola se ha reducido 6,6 p.p. entre 2004 y 2012 –ha pasado de 75,25 a 68,6%–, aún afecta a una elevada proporción de trabajadores (OIT, 2014a).
- ◆ La informalidad afecta en mayor medida a trabajadores por cuenta propia, trabajadores domésticos y trabajadores auxiliares, grupo en el que se concentra el 57% del empleo informal no agrícola.
- ◆ Los ingresos reales de los trabajadores han crecido relativamente poco, y en mayor medida en los trabajadores residentes en el área urbana del interior del país.
- ◆ Los ingresos nominales y reales de los hombres siguen siendo mayores a los de las mujeres. La brecha de ingresos es mucho mayor a partir

del año 2006, y en el año 2012, ha llegado a representar alrededor de 32,1% del ingreso promedio de los hombres. Con relación a 2001, esta brecha de ingresos habría aumentado 4,1 p.p. Son diversas las razones que podrían explicar esta diferencia salarial⁸ que afecta las oportunidades que tienen las mujeres de contar con empleos decentes.

- ◆ En 2012, una proporción significativa de los asalariados todavía se mantiene como trabajadores sin contrato (44%), aunque se aprecia una mejoría respecto a 2001, cuando llegó a 54,3%. El uso indiscriminado, por parte del empleador, de una amplia variedad de modalidades de contratación temporal y la limitada cobertura de la inspección del trabajo permite la precariedad del empleo.

En relación con este último aspecto, debe mencionarse que, a fines de 2012, mediante la Ley N° 29981, se creó la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral (SUNAFIL), como organismo técnico especializado adscrito al MTPE. La SUNAFIL es responsable de promover, supervisar y fiscalizar el cumplimiento del ordenamiento jurídico sociolaboral, y el de seguridad y salud en el trabajo, así como de brindar asesoría técnica, realizar investigaciones y proponer la emisión de normas sobre dichas materias (recuadro 2).

Recuadro 2

Funciones de la SUNAFIL

De acuerdo con la Ley 29981, la SUNAFIL tiene las siguientes funciones:

- a) Supervisar el cumplimiento de la normativa sociolaboral, ejecutando las funciones de fiscalización dentro del ámbito de su competencia.
- b) Aprobar las políticas institucionales en materia de inspección del trabajo, en concordancia con las políticas nacionales y sectoriales.
- c) Formular y proponer las disposiciones normativas de su competencia.
- d) Vigilar y exigir el cumplimiento de las normas legales, reglamentarias, convencionales, y las condiciones contractuales, en el orden sociolaboral, que se refieran al régimen de común aplicación o a regímenes especiales.
- e) Imponer, en el ámbito de su competencia, las sanciones legalmente establecidas por el incumplimiento de las normas sociolaborales.

8 MTPE. La mujer en el mercado laboral peruano. Informe Anual 2008.

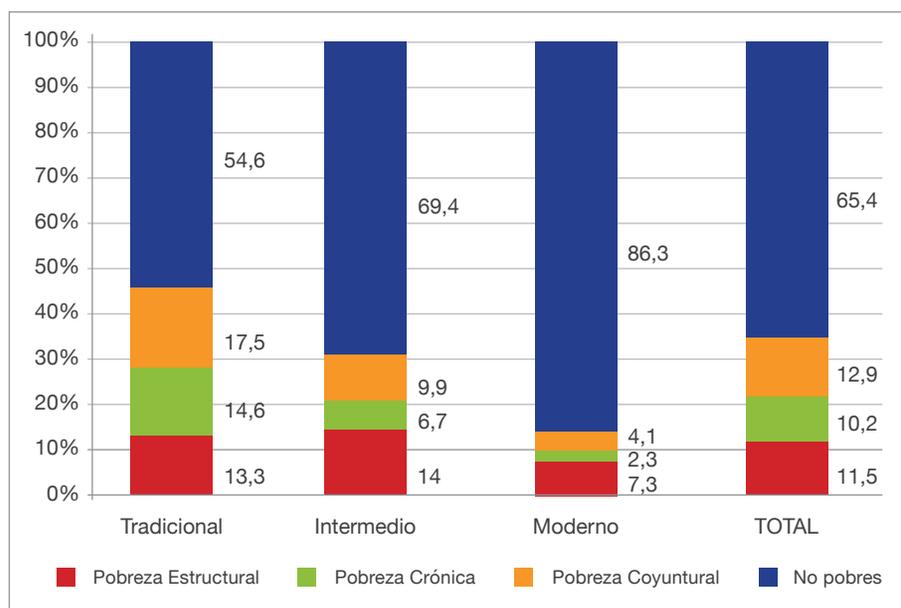
- f) Fomentar y brindar apoyo para la realización de actividades de promoción de las normas sociolaborales, así como para el desarrollo de las funciones inspectivas de orientación y asistencia técnica de los gobiernos regionales.
- g) Prestar orientación y asistencia técnica especializada dentro de su ámbito de competencia.
- h) Ejercer la facultad de ejecución coactiva respecto de las sanciones impuestas en el ejercicio de sus competencias.
- i) Vigilar y exigir el cumplimiento de las normas legales, reglamentarias, convencionales, y las condiciones contractuales en el régimen laboral privado, en el orden sociolaboral. En el caso de los trabajadores que prestan servicios en entidades públicas sujetas al régimen laboral de la actividad privada, la SUNAFIL coordina con la Autoridad Nacional del Servicio Civil.
- j) Suscribir convenios de gestión con los gobiernos regionales en materia de su competencia.
- k) Otras funciones que le señala la ley o que le son encomendadas por el MTPE dentro de su ámbito de competencia.

FUENTE: <http://www.SUNAFIL.gob.pe/portal/images/docs/normatividad/LEY-29981-Creacion-SUNAFIL.pdf>

Siguiendo la clasificación de estratos laborales de los hogares, que se divide en tradicional –trabajadores familiares no remunerados, trabajadores del hogar, independientes y los que se desempeñan en empresas privadas de dos a cuatro trabajadores–, intermedio –trabajadores que se desempeñan en empresas privadas de cinco a 199 trabajadores– y moderno –trabajadores que se desempeñan en empresas del sector público o empresas privadas con 200 trabajadores o más–, Monge Zegarra y Flores Pérez (2014) estiman, sobre la base de datos de la ENAHO del año 2011, la estructura de la exclusión social. Allí se clasifica la pobreza en estructural, coyuntural y crónica. Al primer caso pertenecen aquellos hogares que presentan solo pobreza no monetaria, y se define en función de los indicadores de necesidades básicas insatisfechas. Un hogar calificado como pobre coyuntural es aquel que presenta indicadores de pobreza exclusivamente monetaria, ya que su gasto familiar per cápita se halla por debajo de la línea de pobreza. Finalmente, si un hogar presenta ambas deficiencias, se encuentra dentro de la denominada pobreza crónica.

Como se observa en el gráfico 13, los niveles de pobreza son mucho más significativos en los estratos laborales tradicionales, donde el 45% de los hogares presenta al menos uno de los tipos de exclusión antes definidas, y casi un 15% presenta ambas. En los intermedios, si bien el total de hogares pobres es menor, tiene más peso la pobreza estructural. Por último, en las familias que se desempeñan en estratos laborales modernos, los hogares con algún indicador de pobreza no llegan al 14% del total.

Gráfico 13
Exclusión social según estrato laboral de los hogares, 2011 (en %)



Fuente: Elaborado sobre la base de datos de la ENAHO, presentados en el Cuadro IV.5 de Monge Zegarra y Flores Pérez (2014).

La evolución de la pobreza por ingresos da cuenta de una reducción en la tasa de incidencia. Mientras que en 2004, el 51,6% de la población del Perú tenía un nivel de gasto insuficiente para adquirir la canasta básica de consumo –compuesta por alimentos y no alimentos–, hacia 2011 esta cifra se ubicaba en 27,8%.

No obstante, este promedio nacional oculta la heterogeneidad de la incidencia de la pobreza sobre todo el territorio peruano, así como también los contrastes entre Lima Metropolitana y el interior del país, y entre el área urbana y la rural.

Si bien la tendencia decreciente se observa en todas las regiones, para 2011 la tasa de incidencia de la pobreza en el área urbana era de 18,0%, mientras que en el área rural ascendía a 56,1%. Díaz (2014) señala que la expansión del empleo durante el periodo 2000-2011 se ha concentrado en zonas urbanas, donde pasó de 7,3 a 11,2 millones, mientras que se mantuvo estancado en torno a los 4,2 millones de trabajadores en las zonas rurales.

Asimismo, en línea con la desigual participación del producto bruto geográfico, la incidencia de la pobreza es diferente según los distintos departamentos. Para 2010, cuando la pobreza se ubicaba en 31,3% en los departamentos de Huancavelica y Apurímac, la población por debajo de la línea de pobreza superaba el 60%, mientras que en las regiones de Madre de Dios e Ica, la incidencia de la pobreza se ubicaba por debajo o en torno del 10%.⁹

Por otra parte, la pobreza medida por el enfoque de necesidades básicas insatisfechas (NBI) también ha manifestado un descenso en los últimos años. En este sentido, la población con al menos una NBI pasó de 37,2%, en 2004, a 26,4% en 2010. También puede observarse que la desigualdad en la distribución del ingreso ha mejorado en la última década; así lo registra el coeficiente de Gini, con una reducción de casi 7 p.p., al ubicarse en 0,47 en 2010 (SEDLAC, 2012).

Otro dato por considerar es que la educación es un factor esencial que impacta en la calidad de vida de las personas y en su nivel de salud, además de ser uno de los pilares sobre los cuales se sostiene el desarrollo humano. Entre las evidencias científicas que apoyan esta aseveración, están aquellas que dan cuenta de cómo, a medida que aumenta la educación, mejora la autoevaluación del estado de salud, disminuyen las limitaciones de las actividades y se reducen los días laborales perdidos. La educación contribuye a la salud y prosperidad en la medida en que provee a las personas de conocimientos y aptitudes para solucionar problemas, de modo que les otorga un sentido de control y dominio sobre las circunstancias de sus vidas, y les permite aumentar las oportunidades de seguridad en materia laboral y de ingresos, además de la satisfacción en el trabajo. Asimismo, mejora el acceso y manejo de información para mantener una vida saludable (Mustard y Frank, 1991, citado en Lip y Rocabado, 2005).

9 En el cuadro A.1 del "Anexo estadístico" se presentan mayores detalles.

De acuerdo con diversos estudios efectuados en el Perú, el escaso uso de los servicios de salud –aun cuando también obedece a otros factores– se encuentra relacionado de manera directa con el bajo nivel educativo. Igualmente, se han estudiado los efectos indirectos de la educación, y se ha advertido que tiene un fuerte impacto en los niveles de ingreso y crecimiento económico, en el desarrollo social, en la alimentación y la nutrición, así como en las diferencias de género y posición social.

En el Perú, la extensión educativa ha tenido un fuerte desarrollo en los últimos años. Ha alcanzado a amplios sectores de la población que habita en las áreas urbanas, y, aunque a un ritmo más lento, también ha ido incluyendo a la población que habita en las áreas rurales. Desde fines del siglo XX, se ha verificado un importante descenso en el nivel de analfabetismo, ya que, según datos del Censo Nacional de Población, en 1981, un 18% de la población de 15 años y más era analfabeta, mientras que este porcentaje había descendido al 12,8% de la población para 1993. Esta modificación continuó en el tiempo, y para el año 2000, algo menos del 11% de la población era analfabeta; ya en 2010, pasó a considerarse que el 90% de la población estaba alfabetizada. Aun así, es necesario subrayar que este promedio país oculta ciertas disparidades regionales. Entre las distintas regiones del Perú, destacan Callao, con una tasa de alfabetización del 97%, y Lima, con 96,1%. En el otro extremo se encuentran las regiones de Huancavelica y Apurímac, con tasas de alfabetización del 74,4% y 77,3%, respectivamente.

El mejoramiento de la infraestructura básica de agua y desagüe, de las viviendas y, en general, del hábitat produce, en el nivel poblacional, importantes descensos en la tasa de mortalidad infantil, en las enfermedades infectocontagiosas y en las afecciones epidérmicas, entre otras dolencias.

La disponibilidad y el acceso a servicios básicos adecuados, tales como agua, desagüe y electricidad, se encuentran asociados con mejores condiciones de supervivencia de la población en general, y, en especial, de los niños y niñas. Estudios realizados en el país revelan que el acceso a estos servicios constituye un factor explicativo importante acerca del estado nutricional de los niños y de su propensión a padecer desnutrición crónica infantil.

En este sentido, datos de 2010 manifiestan que solo una pequeña proporción de la población peruana tiene acceso al servicio de agua segura (23,6%). A nivel regional, se destaca que solo en dos jurisdicciones (Callao, con el 63%, y

Lima, con un 51%), los habitantes con acceso a agua segura superan el 50%; mientras que en otros 14 departamentos la proporción no supera el 10%, y en otras cuatro regiones, no es mayor al 24%.¹⁰

Por su parte, si se observa el porcentaje de población con acceso al agua, el indicador arroja resultados un poco más favorables. A nivel nacional, un 72,3% de los habitantes del Perú poseía, hacia 2010, acceso al agua, aunque –nuevamente– se muestran significativas disparidades en el nivel regional. Así, en siete departamentos, este indicador supera el 80%; se destacan Callao (91,8%) y Moquegua (91,6%), mientras que en Junín alcanza al 80% de los habitantes. El valor más bajo se registra en Amazonas, con 31,6%, y en Pasco, con 38,7%. Además, en 12 departamentos el porcentaje oscila entre el 40% y poco menos del 70% de la población, y en otros cuatro, varía alrededor del 70%, sin llegar al 80%.¹¹ La falta de acceso al agua impide disfrutar de una buena salud y de otros derechos básicos, como el derecho a la alimentación y a un nivel de vida adecuado. Se trata, pues, de un problema grave, toda vez que el acceso a agua y saneamiento resulta esencial para que el ser humano viva dignamente.

En el Perú, datos del año 2010 indican que cerca del 87% de los habitantes posee acceso a servicios básicos de saneamiento. No obstante, en este indicador también se observa una significativa variabilidad en el nivel regional. En seis de las 25 regiones, el indicador de saneamiento alcanza valores superiores al 90%: Callao es la región con el mayor valor relativo (96,8%), mientras que los valores más bajos se observan en Ucayali, Pasco y Loreto, con tasas de acceso a servicios de saneamiento de 39,7%, 55,4% y 55,9%, respectivamente.

La condición de pobreza está relacionada, a su vez, con el acceso a los servicios básicos. En 2011, por ejemplo, se observa que entre los pobres, el 45,2% no tenía acceso a agua de red pública; un 66,9% no tenía acceso a servicios de desagüe (servicio higiénico), y un 26,8% no tenía electricidad.¹² Estas cifras indican brechas de 29,2 p.p., 42,6 p.p. y 21,5 p.p. respecto de la población no pobre (INEI, 2012).

10 En el cuadro A.2 del "Anexo estadístico", que figura al final de este documento, se presentan mayores detalles.

11 Conocer cómo se distribuye el acceso a los servicios de agua potable es de suma importancia, debido a que allí donde escasea el agua segura es mayor la frecuencia de muertes infantiles. Por lo tanto, este es un dato fundamental que deberá ser tomado en cuenta en la formulación de políticas y planes.

12 Entre los pobres extremos, estas carencias son aún mucho más graves (INEI, 2012).

1.6 Disparidades en el territorio

A lo largo de las secciones previas, las referencias a la demografía, perfil epidemiológico, mercado laboral, situación social y otros aspectos analizados han abundado en menciones a las diferencias presentes entre los diversos departamentos del Perú. Es claro que la heterogeneidad persistente a nivel departamental en los sistemas productivo y social encuentra una correlación en los resultados sanitarios. Esta breve sección que cierra la Parte I del informe pretende ilustrar de manera sintética lo aquí expresado.

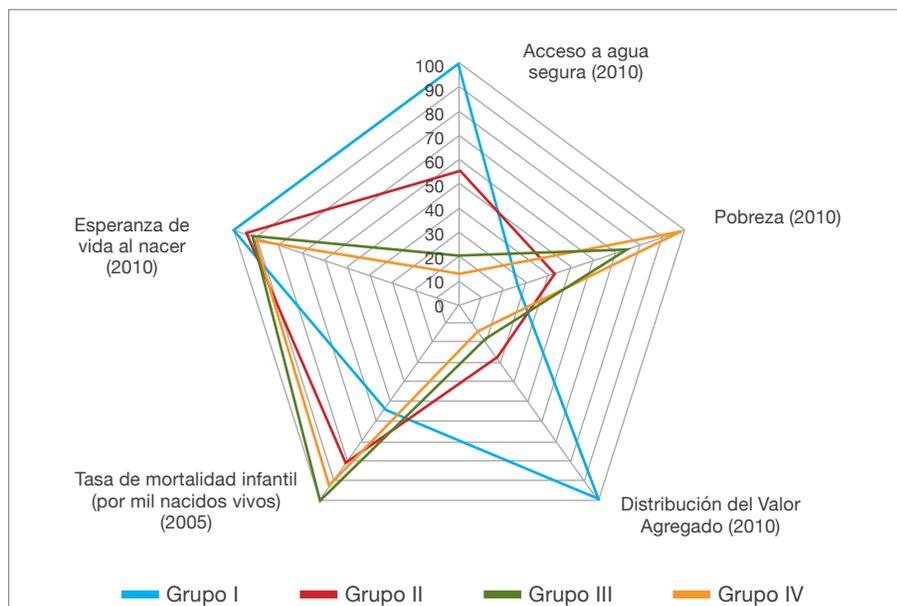
Con ese fin, se elaboró el gráfico 14, donde se presentan indicadores de desarrollo económico, social y de salud para todos los departamentos del Perú, agrupados en cuatro conjuntos de acuerdo con sus respectivos índices de desarrollo humano (IDH) correspondientes al año 2007. Las cuatro divisiones son las siguientes:

- ◆ Grupo I: Arequipa, Callao, Ica, Lima, Moquegua y Tumbes.
- ◆ Grupo II: Áncash, Junín, La Libertad, Lambayeque, Madre de Dios, Tacna y Ucayali.
- ◆ Grupo III: Amazonas, Cusco, Loreto, Pasco, Piura y San Martín.
- ◆ Grupo IV: Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco y Puno.

Gráfico 14

Disparidades departamentales productivas, sociales y sanitarias

(Índice, base = 100 para el valor máximo de cada dimensión)



Nota: Los datos presentados corresponden al promedio, excepto en el caso de la distribución del producto, donde se presenta el agregado.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INEI.

En el gráfico puede observarse que los departamentos con mayor IDH coinciden con los de menor nivel de pobreza, mayor acceso al agua potable, mayores recursos productivos, menor TMI y mayor esperanza de vida (Grupo I). Esto contrasta de manera ostensible con lo que se observa en los departamentos de menores recursos productivos, mayor pobreza y menor acceso al agua potable (Grupo IV). El grupo III no se diferencia mucho del IV, mientras que los departamentos del grupo II se encuentran en una situación intermedia.

En conclusión, debe señalarse que cualquier política de reforma que intente ampliar los alcances de la protección social en el Perú y reducir las desigualdades no puede ofrecer soluciones idénticas para todos los ámbitos territoriales; más aún, requiere iniciativas para reducir las disparidades entre los departamentos.

Evolución y configuración actual de la Protección Social en el Perú

Habiendo presentado los diferentes aspectos del contexto socioeconómico, laboral, epidemiológico y territorial, así como las nuevas visiones de la protección social que orientan las reformas en la región, introduciremos el funcionamiento de los componentes de la protección social en el Perú. Para ello, se seguirá la clasificación de garantías básicas de la seguridad social estipuladas en la Recomendación 202 de la OIT, que incluye las relacionadas con la cobertura de servicios de salud; políticas para la niñez y adolescencia; programas de protección para personas en edad de trabajar, y las destinadas a las personas adultas mayores.

En el marco de una estrategia de extensión de la seguridad social, la citada recomendación busca proporcionar pautas de orientación para establecer los pisos de protección social, de modo que se pueda cubrir, con niveles cada vez más elevados de seguridad social, a un mayor número de personas. Es por ello que el piso de protección social ha sido concebido como parte de un sistema integral, como un escalón inicial hacia la ampliación progresiva de la cobertura. En ese sentido, el escalón correspondiente al piso abarca la serie de garantías básicas destinadas a toda la población (Cetrángolo et al., 2013).

De esta forma, la iniciativa del piso puede interpretarse como una herramienta para promover prioritariamente la extensión horizontal de la cobertura, mientras que el Convenio N° 102 y los convenios complementarios de la OIT se convierten en instrumentos necesarios para garantizar la adecuación de las prestaciones, es decir, inciden sobre la cobertura vertical (OIT, 2011).

Cabe destacar que el piso puede ser construido a través de una combinación de políticas contributivas y no contributivas, y estas últimas podrían ser

universales (como el Programa Renta Dignidad de Bolivia) o focalizados (Pensión 65). En el caso peruano, la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer” es una herramienta importante que ordena todas las intervenciones sociales del Estado y contempla cinco ejes estratégicos:

- ◆ Primer eje, 0-3 años: nutrición infantil.
- ◆ Segundo eje, 0-5 años: desarrollo temprano infantil.
- ◆ Tercer eje, 6-17 años: desarrollo integral de la niñez y la adolescencia.
- ◆ Cuarto eje, 18-64 años: inclusión económica.
- ◆ Quinto eje, 65 años y más: protección del adulto mayor.

A lo largo de la presente sección, se ofrecerá una visión de las políticas de protección social en el Perú, ordenadas según el tipo de garantía, las cuales, si bien no coinciden exactamente con estos ejes de política, sin duda los contienen. Teniendo en cuenta el mayor desarrollo y complejidad de los sectores de pensiones y servicios de atención de la salud, la presentación de las políticas de seguridad de ingresos para los adultos mayores y de provisión de servicios de salud ocuparán un espacio mayor.

2.1 Políticas activas de mercado de trabajo y seguridad de ingresos para personas en edad de trabajar

De alcance limitado, debido al elevado nivel de informalidad, en el Perú existe un beneficio social para hacer frente a las contingencias que pueda originar el cese de trabajo de los asalariados formales. Este beneficio, que cubre las necesidades del trabajador y de su familia en caso de desempleo, se denomina Compensación por Tiempo de Servicios (CTS).

Además de este programa de corte tradicional, y en vista de la problemática de la informalidad –especialmente, del elevado desempleo juvenil–, se han incorporado distintas políticas y programas tendientes a mejorar la empleabilidad de las personas desempleadas, mediante la integración sociolaboral y el desarrollo de capacidades. En ese sentido, las principales iniciativas gestionadas por el MTPE son los programas Jóvenes a la Obra, Trabaja Perú y Vamos Perú.

2.1.1 Programa Jóvenes a la Obra

Este programa está orientado a promover el ingreso de los jóvenes (de 15 a 29 años de edad) al mercado laboral formal a través de la capacitación laboral, la asistencia técnica para el emprendimiento y la intermediación laboral. De manera específica, el programa brinda formación laboral gratuita, facilita el acceso al mercado de trabajo, apoya el emprendimiento juvenil y desarrolla capacidades para la generación de negocios en zonas rurales y urbanas. El programa intenta focalizar sus intervenciones priorizando la población joven que padece desempleo, pobreza o pobreza extrema.

En el ámbito urbano, el programa interviene con formación e inserción laboral, orientando su acción al empleo dependiente e independiente y al emprendimiento de negocios, facilitando, incluso, capital inicial de trabajo. En el ámbito rural, por su parte, el programa interviene con capacitación técnico productiva, orientando su acción al empleo independiente, promoviendo la implementación de centros de producción y el desarrollo de emprendimientos productivos.

Entre los servicios que ofrece, se destacan los siguientes:

- ◆ formación laboral a través de acciones de capacitación y asistencia técnica;
- ◆ inserción al mercado laboral;
- ◆ emprendimiento, asistencia para la elaboración de planes de negocios y su implementación, y
- ◆ capacitación en oficios.

2.1.2 Programa Trabaja Perú

Su objetivo general es generar empleo, desarrollar capacidades productivas y fomentar el empleo sostenido y de calidad. Promueve el incremento de ingresos y mejora la empleabilidad de la población en condición de pobreza y pobreza extrema. Específicamente, genera empleo temporal a la población desempleada y subempleada en condición de pobreza y pobreza extrema; financia proyectos de desarrollo económico social ambiental intensivos en mano de obra; y desarrolla capacidades, a la vez que promueve el empleo sostenido y de calidad.

Este programa busca beneficiar a la población desempleada y subempleada, prioritariamente a jefes de familia (hombres y mujeres), jóvenes, personas con discapacidad y adultos mayores que habitan zonas urbanas y rurales, y que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. El programa establece las siguientes prioridades:

- ➔ Madres y padres con hijos menores de 18 años 65%
- ➔ Jóvenes entre 18 y 29 años 30%
- ➔ Personas con discapacidad 5%

El programa financia proyectos de infraestructura básica con uso intensivo de mano de obra no calificada en zonas urbanas y rurales, y cuenta con dos modalidades de acceso para la generación del empleo temporal, que se detallan a continuación:

- a) Concurso de proyectos: el programa asigna recursos financieros para un fondo concursable al que se accede mediante la presentación de proyectos que posteriormente son seleccionados por un Comité de Priorización. Esta modalidad es la principal del programa.
- b) No concursables: contempla la selección de proyectos a través de un Comité Especial, de acuerdo a los lineamientos que para este fin apruebe el programa. En casos excepcionales, esta modalidad contempla la ejecución de proyectos de infraestructura social y económica para mitigar los daños ocasionados por desastres naturales o crisis internacionales, entre otros. Permite, además, generar empleo temporal para aquellas personas pobres y en extrema pobreza que hayan quedado desempleadas.

2.1.3 Programa Vamos Perú

Tiene por objeto la promoción del empleo, el mejoramiento de las competencias laborales y el incremento de los niveles de empleabilidad del país. En términos más concretos, el programa informa sobre las diversas oportunidades laborales, provee asesoramiento personalizado a los emprendedores, realiza capacitaciones en función de las actuales demandas del mercado de trabajo y ofrece certificaciones a los trabajadores que no tienen educación formal en su oficio.

Las intervenciones de este programa se centran en acciones de asistencia técnica, capacitación laboral y certificación de competencias laborales.

Por su parte, la población beneficiaria definida está compuesta por los siguientes grupos:

- a) Ex trabajadores dependientes del sector privado que hayan perdido el empleo a partir del 1° de enero del año 2008.
- b) Trabajadores dependientes provenientes del sector público y privado que hayan perdido el empleo a partir del 1° de abril del año 2010.
- c) Ex trabajadores dependientes o independientes que hayan prestado sus servicios fuera del país y que hayan retornado al Perú a partir del 1° de enero del año 2008.
- d) Trabajadores en riesgo de desempleo.
- e) Trabajadores independientes cuyos ingresos se hayan reducido.

2.1.4 Alcance de los programas

En el cuadro 1 puede observarse la magnitud de los programas descritos, que en conjunto beneficiaron a más de 90.000 peruanos en 2013, según datos del MTPE. En él se muestra, igualmente, la mayor participación que ostentan las mujeres en este tipo de acciones.

Cuadro 1
Programas del MTPE de apoyo al empleo

Jóvenes a la Obra		Trabaja Perú		Vamos Perú	
Masculino	Femenino			Masculino	Femenino
6.984	13.058			3.800	4.417
Inserción laboral	Autoempleo	Participantes	Empleos temporales		
13.965	6.077	38.811	26.829		
20.042		65.640		8.217	

Fuente: Elaboración propia a partir del Anuario estadístico sectorial 2013 del MTPE.

Adicionalmente, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) ejecuta la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social, que incluye un componente destinado a dotar de una seguridad básica de ingreso a las personas en edad activa que no pueden obtener ingresos suficientes. En este caso, el Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social (FONCODES) es el programa del

MIDIS que trabaja en la generación de mayores oportunidades económicas sostenibles para los hogares rurales pobres extremos, y contribuye a la reducción de los procesos de exclusión que determinan que estos hogares no puedan relacionarse con los mercados.

2.2 Seguridad básica de ingresos para niños, niñas y adolescentes

Las nuevas condiciones del mercado de trabajo y la consolidación de enfoques más amplios de la protección social, basadas en los derechos ciudadanos, han determinado la pérdida de confianza en las prestaciones tradicionales de la seguridad social –basadas en los programas de asignación familiar contributivos– como medidas para evitar la vulnerabilidad de las familias con niños. La universalización de esta garantía exige hoy la complementariedad entre esos programas y las políticas con financiamiento no contributivo (Bertranou, Casalí y Schwarzer; 2014). Sin duda, la reformulación de los alcances de la protección social para la infancia y adolescencia ha sido encabezada por el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF). Precisamente, la revisión de las políticas públicas dirigidas a la infancia y la adolescencia que se presenta a continuación ha tomado como base la Nota Conceptual del Seminario Internacional “Inversión en la niñez: una apuesta por la equidad a los 25 años de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)”, realizado por el UNICEF el jueves 2 y viernes 3 de octubre de 2014 en la ciudad de Lima. En ese sentido, resulta oportuno y necesario presentar, en el siguiente recuadro, los aspectos más sobresalientes de la visión de esta institución.

Recuadro 3

Visión del UNICEF sobre la protección social

El UNICEF asume la protección social como parte de su mandato global de garantizar la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, mediante el apoyo y fomento de políticas y programas públicos y privados destinados a prevenir, reducir y eliminar las vulnerabilidades económicas y sociales de la pobreza y la privación de derechos.

Desde un enfoque de justicia social y equidad, la protección social busca contribuir en el acceso a los servicios básicos y en la reducción de las brechas

que existen entre poblaciones que gozan de sus derechos y aquellas que se encuentran en situación de exclusión en sus múltiples formas y dinámicas. Las políticas que el UNICEF implementa para combatir estas inequidades se concentran en cuatro componentes: a) transferencias sociales; b) programas para garantizar el acceso económico y social a los servicios; c) apoyo social y servicios de atención y legislación; y, d) reformas políticas para asegurar la equidad y la no discriminación en el acceso de niños, niñas y familias a los servicios y empleos para lograr la mejora de sus medios de vida.

Estos componentes tienen carácter transversal y se guían por tres principios fundamentales:

- 1) **Realización progresiva de la cobertura universal.** El UNICEF tiene como objetivo final garantizar la universalidad de derechos mediante el apoyo continuo a los países para lograr la identificación y construcción de políticas y programas que favorezcan a la infancia y adolescencia, tomando en consideración sus características y contextos específicos.
- 2) **Sistemas y liderazgo nacionales.** Puesto que no hay un modelo único que caracterice las políticas de protección social, el UNICEF fomenta la identificación de los problemas específicos de cada contexto para implementar la mejor combinación de programas y estrategias que prevengan la exclusión y mejoren las condiciones de vida. El objetivo es el liderazgo nacional y la mejora de sus sistemas integrales de protección social.
- 3) **Protección social inclusiva.** Para el UNICEF, la vulnerabilidad de la niñez y la adolescencia está marcada por las dimensiones de la exclusión de la que son víctimas. Estas exclusiones se presentan como manifestación de las diferencias de género, origen étnico, ubicación geográfica y/o condición de discapacidad, por lo que la protección social inclusiva debe responder a estos fenómenos y evitar su impacto en el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes.

La protección social se convierte en una herramienta que aborda las vulnerabilidades sociales y económicas en su conjunto, y logra mitigar la pobreza monetaria y multidimensional, así como restablece los derechos perdidos de las poblaciones vulnerables, fortalece la capacidad de las familias de proteger a sus hijos/as y posibilita el acceso a servicios de las personas en situación de exclusión. Estos resultados son los que permiten el equilibrio de condiciones, la justicia social y la redistribución equitativa de recursos.

Argumentos a favor de la niñez

Invertir en la infancia a partir de la perspectiva de la protección social tiene diferentes dimensiones que completan la integralidad del tema. **En el plano ético**, se busca la realización efectiva de los derechos en todas las áreas del desarrollo humano (vida, identidad, nutrición, educación, salud y protección) con un enfoque de equidad y de derechos humanos. **Políticamente**, la protección social promueve la cohesión social y la gobernabilidad democrática, lo que permite la coexistencia de una sociedad más participativa y orientada hacia el bienestar social.

En el ámbito económico, la inversión en las niñas y niños, especialmente en la primera infancia, trae consigo el aumento de la productividad en su vida adulta y la desaparición del ciclo intergeneracional de la pobreza. Esto produce futuros ciudadanos provistos de los elementos básicos para mejorar su calidad de vida, superar la pobreza y reducir las inequidades existentes, así como también brinda diversos efectos multiplicadores para el desarrollo económico del país.

Importancia para el desarrollo del país

Como parte de la inversión social, resulta relevante destacar el efecto positivo que la priorización de la protección social tiene sobre el desarrollo del país. Diversas investigaciones realizadas a escala nacional e internacional¹³ han demostrado que destinar fondos a políticas y programas sociales dirigidos a la primera infancia tiene consecuencias altamente favorables que abordan diversos planos esenciales para el desarrollo de un país. El análisis costo-beneficio demuestra la tasa más alta de retorno por dólar invertido: de 7% a 16% anuales. La priorización del desarrollo económico del país debe empezar desde la primera infancia y tener sostenibilidad en las etapas posteriores, de manera que se cree un continuo en el que prevalezca el acceso e inclusión de las personas que sufren mayor vulnerabilidad en la sociedad. De esta forma, la protección social es un eje clave para garantizar la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Fuente: Información extraída del UNICEF (2012).

13 Carneiro, P. y Heckman, J. 2003. "Human Capital Policy". En *Inequality in America: What Role for Human Capital Policies?* Estados Unidos: Massachusetts Institute of Technology Press.
Heckman, J. 2008. "Schools, Skills and Synapses". *Economic Inquiry*, 46(3), 289-324.

La CDN, adoptada por el Perú en el año 1990, es el marco de referencia de la estructura normativa y de los esfuerzos que realiza el Estado Peruano para contribuir al desarrollo integral de la niñez y adolescencia. La promulgación del Código de los Niños y Adolescentes (Decreto Ley 26102), en el año 1992¹⁴, y la formulación de cuatro planes de acción por la infancia y adolescencia, desde el año 1992¹⁵, son dos de los principales avances en la formulación de políticas nacionales en temas de niñez y adolescencia.

Como parte del compromiso del Gobierno peruano por una política de desarrollo e inclusión social que logre reducir las inequidades existentes y la pobreza, se ha priorizado la atención integral de la niñez y adolescencia, de manera intersectorial e intergubernamental, en los siguientes planes:

1. El Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia vigente (PNAIA 2012-2021)¹⁶, que busca lograr la plena realización de derechos y responsabilidades de las niñas, niños y adolescentes, y posibilitar las condiciones que garanticen el desarrollo humano mediante la reducción de la pobreza y la inclusión social, a través del logro de cuatro objetivos estratégicos:
 - a) Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años.
 - b) Garantizar la continuación del crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años.
 - c) Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años.
 - d) Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años.
2. Los tres primeros ejes de la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”¹⁷. Esta estrategia, que se viene implementando desde el año 2012, tiene un enfoque de ciclo de vida basado en cinco ejes estratégicos: 1. Nutrición infantil (de 0 a 3 años), 2. Desarrollo infantil temprano (de 0 a 5 años), 3. Desarrollo integral de la niñez y adolescencia (de 6 a 17 años), 4. Inclusión económica (de 18

14 En la actualidad, Ley 27337 del año 2000, marco jurídico básico para la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

15 Hasta la fecha, se han formulado en el Perú cuatro planes de acción por la infancia y adolescencia (1992-1995, 1996-2000, 2002-2010, 2012-2021).

16 Aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP.

17 Aprobada a través del Decreto Supremo N° 008-2013-MIDIS.

a 64 años), y 5. Protección del adulto mayor (de 65 a más años); y tres dimensiones transversales (género, interculturalidad y discapacidad).

2.2.1 Presupuestos y programas sociales destinados a la infancia¹⁸

Tomando como base el Compromiso por la Mejora de la Calidad del Gasto a Favor de la Infancia¹⁹, firmado por el Acuerdo Nacional en el año 2005, se incluyeron, en la Novena Disposición de la Ley N° 28653 de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2006²⁰, los temas en materia de primera infancia que debían ser asumidos de manera prioritaria por los tres niveles de gobierno (nacional, regionales y locales), con énfasis en la población rural. A partir de ello, se estableció que se destine una proporción no menor al 30% de las ampliaciones presupuestales correspondientes a recursos ordinarios a la atención de dichos temas con eficiencia y equidad, hasta cerrar los déficit de atención en el menor plazo posible.

En la implementación de los temas propuestos en la Ley de Equilibrio Financiero 2006 (N° 28653), se constataron las dificultades en la gestión del Estado para lograr resultados efectivos y sostenibles, dado que el presupuesto se asignaba y ejecutaba de manera inercial (se hacía una copia del presupuesto anterior y no se trabajaba en función a resultados). Es por esta razón que, en la Ley de Presupuesto Público del año 2007 (Ley N° 28927), se incluye la gestión presupuestal por resultados en las acciones prioritarias en temas de niñez. Las 11 acciones prioritarias a favor de la infancia son:

- ◆ Registro de nacimientos y de identidad.
- ◆ Atención de la mujer gestante.
- ◆ Atención del niño menor de cinco años.
- ◆ Atención de enfermedades diarreicas agudas y enfermedades respiratorias agudas.
- ◆ Atención del neonato menor de 29 días.
- ◆ Control de asistencia de profesores y alumnos.
- ◆ Atención educativa prioritaria a niños y niñas de 5 a 7 años.

18 Texto elaborado en base a los contenidos del "Gasto Público en las Niñas, Niños y Adolescentes en el Perú: Metodología y Seguimiento", MEF; Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP); MIDIS; Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, y UNICEF. Lima, setiembre de 2014.

19 Documento concertado en el espacio del Acuerdo Nacional en el año 2005.

20 Aprobada en diciembre del año 2005.

- ◆ Formación matemática y comprensión de lectura al final del primer ciclo de primaria (segundo año de primaria).
- ◆ Supervisión, monitoreo, asesoría pedagógica y capacitación a docentes.
- ◆ Atención a infraestructura escolar en condiciones de riesgo.
- ◆ Abastecimiento de agua segura y vigilancia, y control de la calidad de agua para consumo.

Posteriormente, como parte de la evolución de la gestión por resultados en el presupuesto público, el artículo 15 de la Ley de Presupuesto Público del año 2008 estableció la implementación de los cinco primeros programas estratégicos presupuestales, cuatro de los cuales se encuentran directamente relacionados con el aumento de la calidad de vida de la primera infancia. Por medio de estos programas, se promovió la incorporación de instrumentos que contribuyeran al logro de resultados, tales como “la programación presupuestaria estratégica, metas físicas, indicadores de resultados, y el monitoreo y evaluación de los programas estratégicos”.

Asimismo, vale la pena mencionar que, en el año 2014, dentro del marco de la gestión por resultados, el Estado peruano, en coordinación multisectorial entre el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), el MIDIS y el UNICEF, ha presentado una taxonomía del Gasto Público en las Niñas, Niños y Adolescentes en el Perú. Este documento ha sido construido de manera participativa entre los diferentes sectores del gobierno, a través de consensos y acuerdos sobre los criterios de cuantificación del gasto público. La taxonomía del gasto público evidencia un esfuerzo por mejorar la calidad de vida de las niñas, niños y adolescentes mediante el establecimiento de una metodología que permita la contabilización y seguimiento a la inversión en la niñez y adolescencia. De esta forma, se proporciona una herramienta que debe ser adoptada por todos los niveles de gobierno, y que es, a su vez, útil para la sociedad civil como medio de transparencia y rendición de cuentas, así como para el establecimiento de prioridades y puntos de atención en materia de inversión social.

2.2.2 Programas presupuestales estratégicos implementados desde 2008

Hasta el año 2014, Perú cuenta con 73 programas presupuestales (PP) – que representan el 51% del presupuesto público–, 34 de los cuales están relacionados con los niños, niñas y adolescentes. Antes de presentar los principales programas presupuestales dirigidos a la infancia, debe señalarse que existen otros mecanismos de financiamiento que contribuyen, de igual manera, a disponer de mayores recursos para conseguir la mejor calidad de vida de este grupo. A manera de ejemplo, se mencionarán dos de estos mecanismos.

En el **Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal**, instrumento del presupuesto por resultados que brinda recursos financieros a los gobiernos locales que cumplan con ciertas metas previstas, con el fin de generar condiciones que permitan el desarrollo y crecimiento a nivel local, se vienen incluyendo metas que contribuyan a la reducción de la desnutrición crónica infantil. En el año 2013, el 85,4% de municipalidades cumplieron con la meta de poner en funcionamiento 1.437 Centros de Promoción y Vigilancia Comunal para el cuidado integral de la madre y el niño, proceso que movilizó más de S/. 21.694.065 nuevos soles. Esto contribuye al logro de las metas previstas en los programas presupuestales articulado nutricional y salud materno neonatal.

Por su parte, en el año 2013, el MIDIS y el MEF crearon el **Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED)**²¹, como un mecanismo para promover el logro de los resultados previstos en los ejes de nutrición infantil (de 0 a 3 años) y desarrollo infantil temprano (de 0 a 5 años) de la Estrategia Nacional “Incluir para Crecer”. Con este fin, se dispuso la mejora de los productos y servicios priorizados en los programas presupuestales que se relacionan con el desarrollo infantil temprano.²² Es así como se suscriben convenios con los gobiernos regionales donde se establecen, de manera consensuada, los compromisos a los que están sujetos para obtener recursos

21 Ley N° 30114, Ley de Presupuesto Público para el Año Fiscal 2014.

22 Los programas presupuestales vinculados al desarrollo infantil temprano son los que se mencionan a continuación: articulado nutricional, salud materno neonatal, logros de aprendizaje de estudiantes de la educación básica regular (II Ciclo), incremento en el acceso de la población de 3 a 16 años a los servicios públicos de la educación básica regular, acceso de la población a la identidad, Cuna Más, y saneamiento rural.

adicionales, los que deben emplearse en los programas presupuestales relacionados con el desarrollo infantil temprano.

A continuación se presentan los principales programas sociales y presupuestales que estructuran la oferta pública destinada a los niños, niñas y adolescentes en el Perú por ciclo de vida. En lo que respecta a los programas dirigidos a la infancia, destacan los siguientes:

- a) **Programa estratégico Salud Materno Neonatal.** Está diseñado para reducir los niveles de mortalidad infantil y materna, así como para mejorar la calidad en los servicios de salud. El Ministerio de Salud, como responsable, define un conjunto de intervenciones que demandan el consenso de políticas nacionales y estrategias que incorporen, de manera decidida, a la comunidad y a otros sectores del Estado. El programa cuenta con cuatro objetivos centrales: a) dar atención universal a los niños y adolescentes, y disponer de servicios de planificación familiar; b) ofrecer atención prenatal de calidad, identificando factores de riesgo; c) asegurar la atención de los partos y del recién nacido por personal calificado; y d) fortalecer los servicios de atención obstétrica básica.
- b) **Programa Articulado Nutricional.** Busca conseguir resultados vinculados a la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de cinco años. Comprende un conjunto de intervenciones articuladas entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), el Seguro Integral de Salud (SIS), los gobiernos regionales y los gobiernos locales. Para lograr el objetivo, apunta a tres resultados específicos: reducir la incidencia del bajo peso al nacer; mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses; y reducir la morbilidad por IRA²³ y EDA²⁴ en menores de 24 meses.
- c) **Programa Cuna Más.** Destinado a mejorar el desarrollo infantil de niños y niñas de 0 a 3 años en situación de pobreza y pobreza extrema, a través del impulso en el conocimiento y las prácticas de cuidado del niño; y el fortalecimiento del vínculo con la madre, padre o cuidador. El programa cuenta con dos modalidades de intervención: el cuidado diurno, que brinda servicio integral a niños de 6 meses a 3 años en

23 Infección respiratoria aguda.

24 Enfermedad diarreica aguda.

centros que son cogestionados por el Estado y la comunidad; y el acompañamiento de familias, que se realiza mediante visitas a hogares y sesiones grupales con madres gestantes y niños de 0 a 3 años de edad y sus familias en los “Centros Cuna Más de Acompañamiento a las Familias” para el cuidado y aprendizaje infantil.

- d) **Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma.** Busca brindar un servicio alimentario de calidad a niños y niñas del nivel inicial y primario de las instituciones educativas públicas. Tiene como objetivos garantizar el servicio alimentario durante todos los días del año escolar a los usuarios del programa; contribuir a mejorar la atención de los niños en clases, para favorecer su asistencia y permanencia; y promover mejores hábitos de alimentación.
- e) **Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres “Juntos”.** Realiza transferencias monetarias, en forma directa, a las familias en situación de pobreza integradas por gestantes o niños y adolescentes de hasta 14 años de edad. Junto con otros programas sociales, contribuye a superar la pobreza y la desnutrición crónica infantil en el país, y a preservar el capital humano, principalmente en las poblaciones en riesgo y exclusión social. Las transferencias monetarias están condicionadas al cumplimiento de compromisos que asumen las madres para que sus hijos e hijas se atiendan en los establecimientos de salud y asistan a los centros educativos.
- f) **Programa Nacional Yachay.** Busca restituir los derechos de niños, niñas y adolescentes en situación de calle para que logren un desarrollo integral. Se trabaja con los niños, sus familias y comunidades para lograr tres objetivos: reducir la tolerancia en la comunidad frente a la realidad de niñas, niños y adolescentes en situación de calle; desarrollar una intervención que se caracteriza por no ser punitiva, teniendo en cuenta las necesidades específicas de niñas, niños y adolescentes reconocidos como sujetos de derechos; contribuir a fortalecer el rol protector del Estado, las familias y la sociedad con los niños, niñas y adolescentes en situación de calle.
- g) **Programa estratégico Logros de Aprendizaje al finalizar el III ciclo de Educación Básica Regular.** Tiene como objetivo incrementar los niveles de calidad y equidad de la educación en la población infantil. Para ello, es

imprescindible diseñar e implementar estrategias efectivas destinadas a reducir la repetición escolar –asociada al rendimiento inadecuado en estos grados–, así como encontrar los incentivos correctos que logren mantener a los alumnos y disminuir la deserción –y el limitado acceso a oportunidades de desarrollo humano que ella implica– al interior del sistema educativo. Con este fin, se han planteado dos líneas de trabajo: ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la educación para niñas y niños menores de 6 años; y asegurar que las niñas y niños concluyan una educación primaria de calidad.

h) **Programa estratégico Acceso de la Población a la identidad.** Busca enfrentar el problema de la documentación en el Perú, pues la ausencia del documento nacional de identidad (DNI) o del acta de nacimiento, y el ejercicio o no de los derechos fundamentales que de ellos se derivan producen niveles o grados de indocumentación que generan una cadena de exclusión social y falta de acceso a servicios básicos. Para remontar estos problemas, se han dispuesto cuatro objetivos estratégicos diseñados de acuerdo con la ubicación geográfica y el ciclo de vida de cada persona:

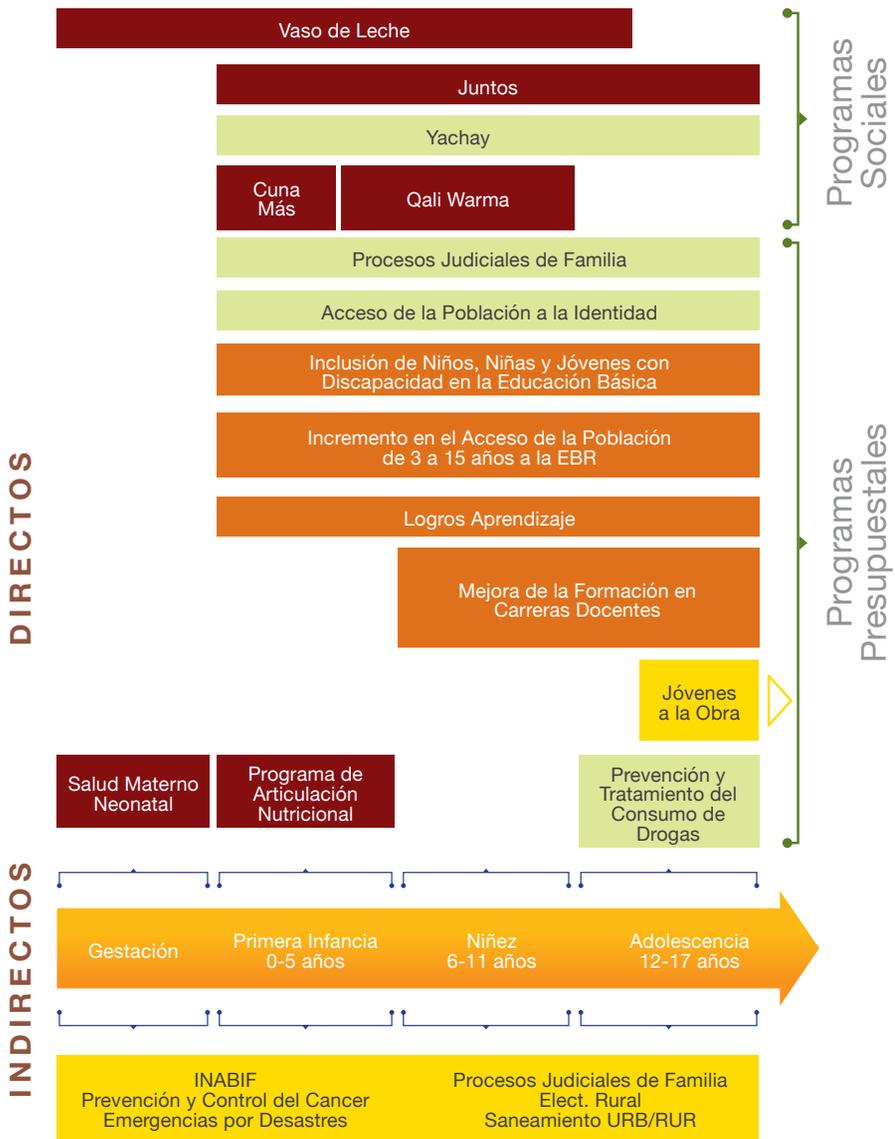
- ◆ Acceso a recién nacidos a la identidad en zonas rurales.
- ◆ Acceso a recién nacidos a la identidad en zonas urbanas.
- ◆ Acceso de niñas, niños y adultos no documentados a la identidad en zonas urbanas.
- ◆ Acceso de niñas, niños y adultos no documentados a la identidad en zonas rurales.

i) **Programa del Vaso de Leche (PVL).** Es un programa social a cargo de los gobiernos locales del país que ofrece una ración diaria de alimentos a una población considerada vulnerable, con el propósito de ayudarla a superar la inseguridad alimentaria en la que se encuentra. Las poblaciones objetivo son, en orden de mayor a menor prioridad, los niños y niñas entre 0 y 6 años, y gestantes; los niños y niñas de 7 a 13 años; las personas de tercera edad y las personas con tuberculosis. El PVL es uno de los pocos programas sociales que tiene cobertura nacional, pues llega a los 1.838 municipios del país, entre provinciales y distritales. Las acciones de este programa, realizadas con la fuerte participación de la comunidad, tienen como fin último elevar su nivel nutricional y así contribuir a mejorar la calidad de vida de este

colectivo, que, debido a su precaria situación económica, no estaría en condiciones de atender sus necesidades elementales.

Diagrama 1

Programas sociales y presupuestales dirigidos a los niños, niñas y adolescentes por ciclo de vida en el Perú



Fuente: UNICEF Perú.

2.3 Seguridad de ingresos para adultos mayores

De acuerdo con la Recomendación núm. 202 de la OIT, la garantía 4 involucra el acceso a seguridad básica en el ingreso para las personas de edad, el cual debe ser equivalente, por lo menos, a un mínimo definido en el plano nacional. Como se ha mencionado, la misma recomendación destaca la necesidad de asegurar la sostenibilidad financiera, fiscal y económica de los pisos de protección social que impulsa, tomando en consideración la capacidad contributiva de los distintos grupos de la población.

Al igual que en el caso de los seguros de salud, que será abordado más adelante, en las pensiones se identifica la misma lógica de la existencia de un piso con coberturas básicas y soluciones más complejas hacia las que es posible transitar, de acuerdo con ciertas condiciones del mercado de trabajo (Monge Zegarra y Flores Pérez, 2014). Esta sección se inicia con una descripción de las características que adopta la organización del sistema de pensiones en el Perú, para luego incorporar un análisis sobre el nivel de cobertura, las prestaciones cubiertas y el grado de sostenibilidad financiera que resguarda la garantía correspondiente.

En este contexto, debe destacarse la elaboración del Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017, en el marco de la Política Nacional en relación a esta población, documento que constituye una herramienta de orientación para la intervención intersectorial e intergubernamental. Dicho documento incluye una matriz de intervenciones a ser desarrolladas a lo largo de cinco años (2013-2017) y ordenadas alrededor de lineamientos y objetivos de política, como son el envejecimiento saludable; el empleo, la previsión y la seguridad social; la participación e integración social; y la educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez. Asimismo, incluye 23 acciones estratégicas, 83 indicadores, 9 metas emblemáticas y entidades responsables de su implementación en los tres niveles de gobierno (central, regional y local), lo cual permitirá un seguimiento y evaluación oportuna de las intervenciones (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, y MINSA, 2013).

El primer sistema de pensiones del Perú fue creado en 1850, y se organizaba en función de la situación laboral del afiliado, pues distinguía entre los empleados públicos y el personal de las fuerzas armadas, entre otros. En la actualidad, se observa una organización en torno a tres subsistemas. En primer lugar, el

subsistema contributivo engloba el Sistema Nacional de Pensiones (SNP) y el Sistema Privado de Pensiones (SPP); en general, el SNP concentra a los trabajadores de menores ingresos. Como sugieren Bernal et al. (2008), y Carpio (2012), esta realidad se fundamenta en la existencia de pensiones mínimas y máximas en el sistema público, lo que finalmente determina que los trabajadores de menores recursos obtengan pensiones mayores de las que hubieran obtenido en un sistema de capitalización como el SPP (Monge Zegarra y Flores Pérez, 2014). En segundo lugar, existe en teoría un esquema semicontributivo denominado Sistema de Pensiones Sociales (SPS) que, al término del presente informe, no se encuentra operativo. En tercer término, el subsistema no contributivo se encuentra conformado por el programa Pensión 65.

Adicionalmente, coexisten regímenes pensionarios orientados a cubrir a grupos específicos, como el Régimen del Personal Militar y Policial, y aquellos que se encuentran ya cerrados para el ingreso de nuevos trabajadores, pero que continúan pagando pensiones, como el de la Caja de Beneficios Sociales del Pescador, y el de los trabajadores y funcionarios del Estado, llamado “Cédula Viva” (Decreto Ley N° 20530). Este es un sistema cerrado a nuevas inscripciones, cuya característica principal era que el cálculo de la pensión permitía ajustar las pensiones con relación a las remuneraciones del personal activo.²⁵ El cuadro 2 ofrece un resumen de la estructura organizativa del sistema.

25 Actualmente, de conformidad con el artículo 2° del Decreto Supremo N° 149-2007-EF, modificado por el Decreto Supremo N° 207-2007-EF, con excepción del pago, la ONP es competente para reconocer, declarar y calificar solicitudes derivadas de los derechos pensionarios del Régimen del Decreto Ley N° 20530, de todas aquellas entidades que cuenten con personal activo y/o cesante de dicho régimen y cuyas pensiones sean financiadas con recursos del tesoro público. Para el resto de entidades, la responsabilidad de la calificación, reconocimiento y pago de la pensión de este régimen recae en las entidades de origen del trabajador.

Cuadro 2

Estructura del sistema de pensiones del Perú

Previsión social			
Régimen	Población beneficiaria	Financiamiento	Prestaciones
Sistema Nacional de Pensiones	Trabajadores del sector formal de la economía	Aportes del trabajador (13%)	Sistema de reparto administrado por el Estado con beneficio definido
Sistema Privado de Pensiones	Trabajadores del sector formal de la economía	Aportes del trabajador (10%), comisión de los trabajadores (1,95% aprox.) y prima de seguro (1,06%)	Sistema de capitalización y ahorro individual administrado por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP)
Sistema de pensiones sociales	Trabajadores de microempresas y, además, aquellos que no hayan estado previamente afiliados a un sistema pensionario, siempre que no superen los 40 años	Aportes del trabajador (hasta el 4% de la remuneración mínima vital -RMV-) y del Estado en cuantía equivalente	Sistema de cuenta individual de capitalización subsidiada
Pensión 65	Adultos mayores de 65 años en extrema pobreza	Financiamiento público	Pensión no contributiva

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información oficial.

2.3.1 Régimen contributivo público: el Sistema Nacional de Pensiones (SNP)

El SNP fue creado en 1973, inicialmente diseñado como un sistema de prima escalonada, y luego, de reparto simple (Decretos de Ley N° 19990 y 20530). Aunque surgió con la intención de cubrir obligatoriamente a todos los trabajadores subordinados, independientemente de su categoría, apoyándose financieramente en los aportes de los empleadores y trabajadores, en la actualidad se financia mayoritariamente con recursos del tesoro público.

A partir del año 1992, el SNP fue objeto de una reforma que determinó mayores requisitos para acceder a una pensión y la reducción de la cuantía de las prestaciones, para cuyo cálculo se establecieron nuevas reglas. Adicionalmente, se incrementaron las cotizaciones del trabajador al SNP, primero trasladándole el íntegro del aporte (9% de la remuneración asegurable) y luego aumentándolo paulatinamente al 11% y 13%. Estas modificaciones se dieron de manera paralela a la implementación del SPP con el objeto de

incentivar la afiliación a este nuevo sistema (Gómez Sabaíni, et al. 2014). Desde 1993, con el Decreto Ley N° 25967, el sistema es administrado por la Oficina de Normalización Previsional (ONP), institución pública descentralizada del sector de economía y finanzas.

La principal característica del SNP es que, a diferencia del SPP, los aportes de los afiliados van a un fondo común y no a una cuenta individual, y no realizan ningún otro pago por comisión o prima de seguro, como en el caso de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) (Monge Zegarra y Flores Pérez, 2014). El actual SNP, además de los aportes de los afiliados (13% sobre el salario para los trabajadores en relación de dependencia; y 13% sobre el total de los ingresos de los trabajadores independientes, donde la RMV constituye la base mínima de cotización), incorpora recursos del tesoro público y el rendimiento de un fondo intangible administrado por un directorio, denominado Fondo Consolidado de Reservas Previsionales.

En cuanto a las prestaciones, el SNP brinda pensión por jubilación, pensión por invalidez y pensión por sobrevivencia (viudez, orfandad y ascendencia) y capital de defunción. En cuanto a la pensión por jubilación, la edad legal para jubilarse asciende a 65 años para ambos sexos, en tanto la pensión se rige bajo un monto de pensión máxima. Para aquellos que se rigen por la Ley N° 19990, este monto equivale al 80% de 10 RMV, mientras que en el caso de los que perciben pensión al amparo del Decreto Ley 25967, el monto se fija por Decreto Supremo (Casalí y Pena, 2012). También ofrece un monto de pensión mínima de jubilación en función de los años de aporte (en promedio, 415 nuevos soles, con 20 o más años de aporte).

Por su parte, el acceso a la pensión por invalidez requiere que los trabajadores afiliados al SNP demuestren haber perdido más del 33,33% de la capacidad de obtener ingresos, estar empleados al momento de surgir la incapacidad y haber aportado al menos en los últimos tres años. El monto que se recibe ronda el 50% de la remuneración de referencia, más el 1,5% por cada año de cotización a partir del tercero. En caso de haber cotizado de 1 a 3 años, se toma 1/6 de los ingresos medios de cada año.

La pensión por sobrevivencia no puede exceder el 100% de la remuneración mensual del afiliado y se determina de la siguiente manera: a) 50% para la viuda, b) 50% para los hijos menores de 18 años o incapacitados y c) 20% para cada uno de los padres, siempre que no hubiese beneficiarios de viudez

u orfandad y tengan más de 60 años en el caso del padre y de 55 años en caso de la madre. El monto mínimo de la pensión de viudez es de 350 nuevos soles (Decreto de Urgencia N° 002-2014).

En el caso de que el beneficiario fallecido no hubiese dejado beneficiarios con derecho a pensión, los familiares pueden acceder al capital de defunción, que suma seis remuneraciones o ingresos de referencia (siempre que no superen el monto de la pensión máxima) y es un pago por única vez (Casalí y Pena, 2012).

Debe destacarse que en 1996, se creó el Fondo Consolidado de Reservas Previsionales (FCR), mediante Decreto N° 817, para respaldar el pago de pensiones a cargo de la ONP, pago de bonos de reconocimiento, y pago de pensiones y nivelación a los pensionistas comprendidos en el régimen de “Cédula Viva”.

2.3.2 El Sistema Privado de Pensiones (SPP)

El SPP fue implementado en 1993, bajo el Decreto de Ley N° 25897, con el objeto de brindar una alternativa a los trabajadores frente al SNP. Está concebido como un sistema de capitalización individual cuya finalidad original era la de reemplazar gradualmente al SNP. Distintos factores de índole política y económica condujeron a que se mantuviera como un régimen paralelo al SNP, por lo que actualmente coexiste y compite con aquel. En un primer momento, los desincentivos para mantenerse en el SNP o afiliarse a este dieron lugar a un masivo ingreso de trabajadores al SPP.

Este sistema reúne a cuatro AFP que operan en el Perú: Hábitat, Integra, Prima y Profuturo. Las AFP trabajan bajo la modalidad de cuentas individuales de capitalización, reguladas por la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (SBS).

El SPP se financia principalmente con aportes de los trabajadores (no se exigen pagos al empleador), los cuales son administrados por las AFP. La tasa de cotización es un porcentaje fijo del salario mensual total, tasa que actualmente es del 10% (durante un periodo fue reducida transitoriamente al 8%), y se cobra, además, una comisión y una prima de seguros que, de manera conjunta, representan un 3% del salario del asegurado (con lo cual se equipara al SNP). Los trabajadores pueden realizar aportes voluntarios con

la finalidad de incrementar la Cuenta Individual de Capitalización (CIC) y por tanto, la futura pensión del afiliado. Adicionalmente, mediante los denominados “bonos de reconocimiento”, se reconocen los aportes realizados al SNP por trabajadores que se afiliaron en edad avanzada al SPP.

Al igual que el SNP, el SPP brinda las prestaciones de pensión por jubilación, pensión por invalidez y pensión por sobrevivencia. La edad legal de jubilación es a partir de los 65 años y el monto de la pensión depende de la acumulación de recursos en la cuenta individual más los “bonos de reconocimiento”, si los hubiera. Existe la opción de pensión mínima en función de los años de aporte y bajo los siguientes requisitos: a) haber nacido a más tardar el 31 de diciembre de 1945 y tener cumplidos por lo menos 65 años; b) registrar un mínimo de 20 años de aportaciones efectivas en total, entre el SPP y el SNP; c) haber realizado el mínimo de años de aportaciones tomando como base mínima de cálculo la RMV en cada oportunidad; d) haber pertenecido al SNP al momento de la creación del SPP, cumpliendo los requisitos de edad y aporte.

A la edad de jubilación, el afiliado puede optar por una de las distintas modalidades de pensión propuestas por las diferentes compañías de seguro del mercado o por la misma AFP. Entre estas modalidades destacan el retiro programado, rentas vitalicias puras o combinadas con retiros programados, rentas mixtas, bimoneda y distintos porcentajes de la pensión para el cónyuge.

En el retiro programado, otorgado por la AFP, la pensión se calcula cada año; la longevidad y el riesgo de inversión son asumidos por el afiliado; se permite el cambio a renta vitalicia; existe herencia siempre que no existan beneficiarios de pensión, y el afiliado mantiene la propiedad de la CIC. La renta vitalicia familiar es otorgada por una empresa de seguros; no se recalcula, más bien, es una pensión fija que se actualiza en función a una tasa de ajuste de 2% anual; la longevidad y el riesgo de inversión son asumidos por la empresa de seguro; no permite cambio; no hay herencia, y la propiedad de la CIC se traslada a la compañía de seguros porque el afiliado compra una anualidad. Esta modalidad de pensión es la más popular, y ha sido adoptada por cerca del 70% de los jubilados, de acuerdo con información de la SBS.

En el caso de la pensión por invalidez, el afiliado debe presentar una pérdida mayor o igual al 50% de la capacidad productiva y no haberse jubilado. En cuanto al monto que se recibe, está en función del 50% o el 70% respecto del salario medio mensual de los últimos cuatro años y del grado de invalidez. En

el caso de la pensión por sobrevivencia, esta no puede exceder el 100% de la remuneración mensual del afiliado, y los montos para los beneficiarios son los siguientes: a) un 42% para la viuda sin hijos, b) un 35% para la viuda con hijos de hasta 18 años o incapacitados, c) un 14% para cada hijo de hasta 18 años o que culminen el primer estudio superior y d) un 14% para los padres, en caso de que estén en condición de dependencia y tengan más de 60 años.

En julio de 2012, mediante la Ley N° 29903, se aprobó la reforma del SPP. El principal cambio fue la implementación de un nuevo sistema de cobro de comisiones denominado Comisión por Saldo, que se aplica a los nuevos aportes y a la rentabilidad que estos generen (el sistema anterior solo tomaba en cuenta el sistema de Comisión por Flujo). Con la reforma del sistema se definen los siguientes objetivos específicos: i) ampliar la cobertura a más trabajadores, en especial a los independientes menores de 40 años y a los que trabajan en mypes; ii) promover una mayor transparencia de la información al afiliado; iii) impulsar un proceso de educación sobre su jubilación a los afiliados; iv) incrementar la rentabilidad de los fondos, y v) reducir los costos y aumentar la eficiencia de las AFP (Monge Zegarra y Flores Pérez, 2014).

2.3.3 Regímenes semicontributivo y subsidiado

Sistema de Pensiones Sociales (SPS)

Si bien al término de este informe aún no ha sido reglamentado, el SPS estaría, en teoría, destinado especialmente a los trabajadores y conductores que presten servicios en microempresas, que no hayan estado previamente afiliados a un sistema pensionario y no superen los 40 años. En cambio, para los que hubieran excedido esa edad a la fecha de sanción de la ley de reforma del SPP, en el año 2012, sería de carácter facultativo. Se trata de un régimen de carácter obligatorio, en el cual los afiliados pueden elegir que sus aportes sean administrados por una AFP o por la ONP.

Cada afiliado aporta hasta un máximo de 4% de la RMV sobre la base de 12 aportaciones al año (aunque voluntariamente podría haber aportes superiores), mientras que el aporte del Estado se efectúa anualmente hasta por una suma equivalente a los aportes mínimos mensuales que realice efectivamente el afiliado. Este aporte estatal se efectúa a favor de los afiliados que perciban una remuneración no mayor a 1,5 veces la RMV. La administración del sistema

estará a cargo de la AFP, compañía de seguros o banco seleccionado mediante un mecanismo de subasta.

Como se mencionó, hasta la fecha este sistema no ha sido ejecutado. Sin embargo, de encontrarse vigente, ofrecería pensión por jubilación, invalidez y sobrevivencia. La edad legal de jubilación es análoga a los otros sistemas analizados (65 años) y se requiere un mínimo de 300 aportaciones al Fondo de Pensiones Sociales. El monto de la pensión se calcula en función del capital acumulado de la cuenta individual de capitalización del afiliado y del aporte realizado por el Estado y su rentabilidad. En el caso de la pensión por sobrevivencia, el monto que recibe la viuda no puede exceder el 42% de la pensión de jubilación que percibía o hubiere percibido el afiliado, mientras que el monto recibido por los hijos menores de 18 años o incapacitados equivale al 20% de la pensión de jubilación o invalidez que percibía o hubiera podido percibir el beneficiario titular.

De acuerdo con Mantilla Ramírez y Linares Ramos (2012), las razones de la no implementación del SPS podrían encontrarse en la incertidumbre acerca de la forma de financiamiento, ya que se trata de un régimen previsional ecléctico o mixto, debido a que la futura pensión del jubilado tendría, en parte, los aportes individuales del trabajador, así como los aportes proporcionados por el Estado.

Otra posible razón es la amplia rotación de los trabajadores en el país, que migran entre diversos regímenes laborales, hecho que se encuentra en contradicción con la norma que establece que un trabajador que se encuentra bajo el régimen del SPS y migra al SPP u ONP no puede volver al régimen anterior.

Por su parte, Alonso et al. (2014) sostienen que, para evitar posibles fraudes, la puesta en marcha de este programa requiere de una clara definición de microempresa. Llamam la atención, por otro lado, sobre lo desfavorable que pueden ser los incentivos que este sistema ofrece a las microempresas, pues estas limitan su crecimiento para mantener los beneficios de este tipo de regímenes. Asimismo, recomiendan mejorar la difusión del sistema y considerar medidas para hacer que los trabajadores alcancen la cantidad de aportes necesarios para lograr los beneficios.

Pensión 65

El Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 se creó el 19 de octubre de 2011, mediante el Decreto Supremo N° 081 – 2011-PCM. Este programa está a cargo de la Presidencia del Consejo de Ministros y se enmarca en el modelo de inclusión social propuesto por el MIDIS, en los ejes de corto y mediano plazo. Su finalidad es brindar a los usuarios un servicio integral y otorgar protección a los grupos sociales especialmente vulnerables (Monge Zegarra y Flores Pérez, 2014).

La población objetivo son los adultos a partir de los 65 años en extrema pobreza, de acuerdo con los criterios del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH). El programa Pensión 65 provee a los adultos mayores de 65 años de un ingreso periódico a fin de mejorar su calidad de vida. Además, tiene otros objetivos específicos, como diseñar e implementar servicios de calidad para brindar protección social e incrementar el bienestar de esta población, y fortalecer la articulación intersectorial e intergubernamental orientada a la implementación de servicios sociales de apoyo al adulto mayor.

En cuanto a los costos que insume este subsistema, según Olivera Angulo (2013), se estima para 2012 un gasto aproximado de S/. 410 millones, que equivalen al 0,09% del PIB, sin incluir costos administrativos del programa. Si se mantiene el monto del programa y se asume una tasa conservadora de crecimiento del PIB, el programa mantendría su costo en torno al 0,08% del PIB durante los próximos años.

2.3.4 Cobertura, prestaciones y sostenibilidad financiera

Si bien en el Perú la afiliación de los trabajadores al sistema de pensiones ha aumentado considerablemente en los últimos 10 años, debe reconocerse que partió de niveles muy bajos. Por otra parte, la gran mayoría de la población ocupada se encuentra aún excluida de las pensiones contributivas, fundamentalmente aquella que pertenece al sector laboral informal (Lavigne, 2013).

En efecto, como se desprende de OIT (2014b), el principal problema y condicionante transversal es la escasa cobertura del sistema de pensiones. Así, el Perú continúa siendo uno de los países de América Latina con menor cobertura (40,5%), en tanto se ubica muy por debajo del promedio regional

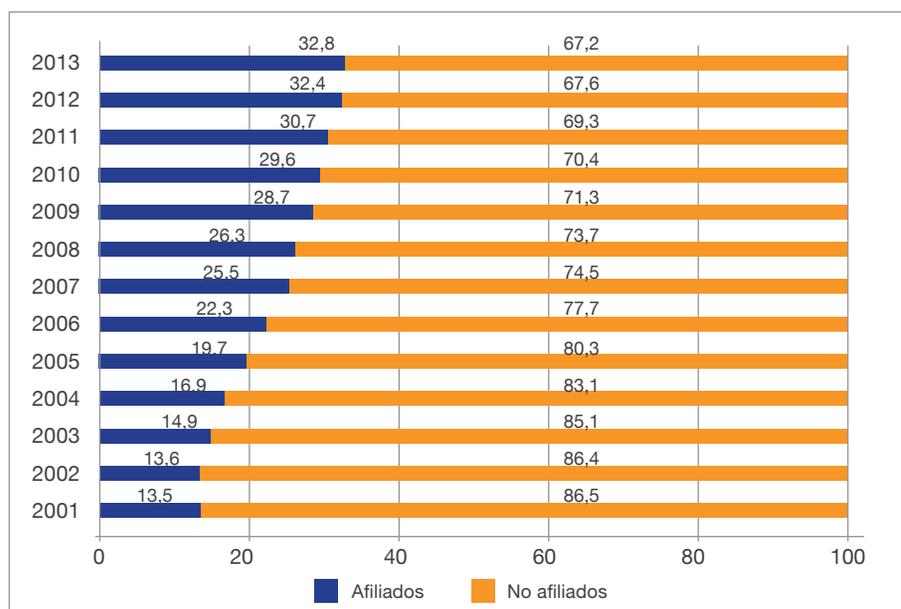
(62,3% de protección en pensiones en 2013) y resulta superior únicamente al registro de Paraguay.

Si bien en términos de cobertura de salud se han logrado avances en los últimos años, esta situación no encuentra un correlato en una ampliación de la cobertura previsional. Actualmente existirían 1,7 millones de adultos mayores de 65 años sin ningún tipo de cobertura (el 63,3% del total de esta población). En tanto, el porcentaje de personas con 65 años o más que reciben una pensión ha mostrado un comportamiento errático, al pasar de representar el 32,1% en 2004, al 36,1% en 2007, y luego reducirse a 35,2% en 2011. De este modo, se genera una situación en que la desprotección social en la edad adulta se reproduce o intensifica en la vejez, lo que empuja a los adultos mayores a seguir trabajando o a buscar formas alternativas de ingreso. Por su parte, si bien la PEA ocupada afiliada al sistema de pensiones muestra una tendencia creciente entre 2001 y 2013, apenas abarca algo más de 5,2 millones de trabajadores (32,8% de la PEA ocupada) (gráfico 15).

Gráfico 15

Evolución de la PEA ocupada afiliada al sistema de pensiones, 2001-2013

(En porcentajes)



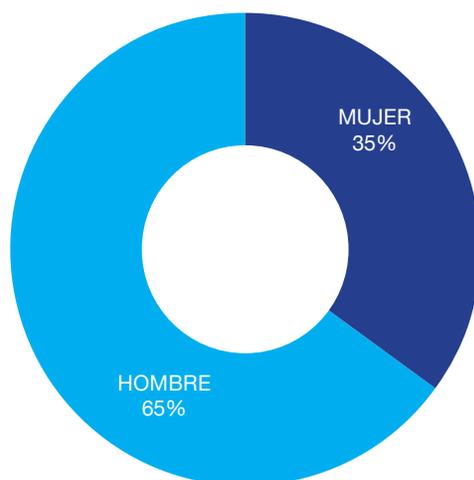
Fuente: ENAHO (INEI).

Un dato importante a tener en cuenta es que el 64,9% del total de pensionistas son varones, y el comportamiento de esta cifra tiene una tendencia ascendente pese a que el número de mujeres adultas mayores es proporcionalmente mayor. Esta situación se explica, entre otras variables, por la menor participación de la mujer en la fuerza laboral formal (MIMP y MINSA, 2013).

Gráfico 16

Pensionistas según sexo, 2012

(En porcentajes)



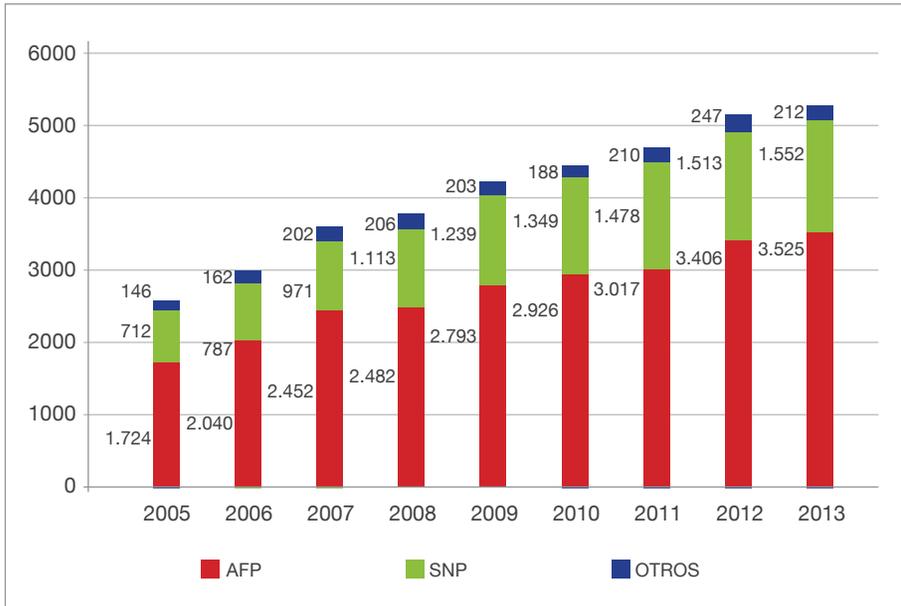
Fuente: ENAHO (INEI).

En el análisis según régimen contributivo, se observa que, en términos generales, los afiliados al SPP (AFP) registran, en todos los años, una mayor participación, superior al 64%. Por su parte, el SNP muestra una tendencia decreciente, acentuada en el año 2010 (gráfico 17).

Gráfico 17

Evolución de los afiliados al sistema contributivo de pensiones según régimen, 2005-2013

(En miles)



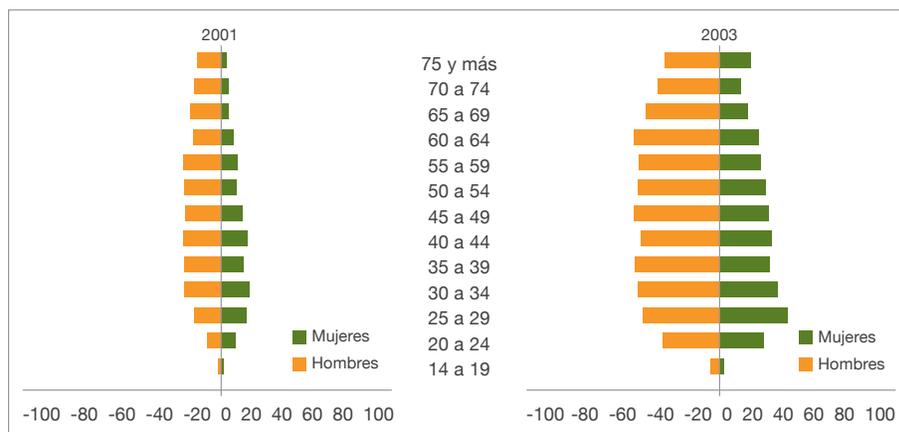
Fuente: ENAHO (INEI).

Como señala Casalí et al. (2014), en 2012, el 67% de los afiliados al sistema de pensiones son hombres, y el 33%, mujeres. La pirámide poblacional cambia drásticamente entre 2001 y 2013, como puede observarse en el gráfico 18. En él se nota una mayor participación de los varones en el sistema de pensiones, sobre todo en las edades intermedias, y, en menor medida, un incremento de la participación de las mujeres en todos los grupos de edad.

Gráfico 18

Pirámide poblacional de la PEA ocupada afiliada al sistema de pensiones, 2001-2013

(En porcentajes)



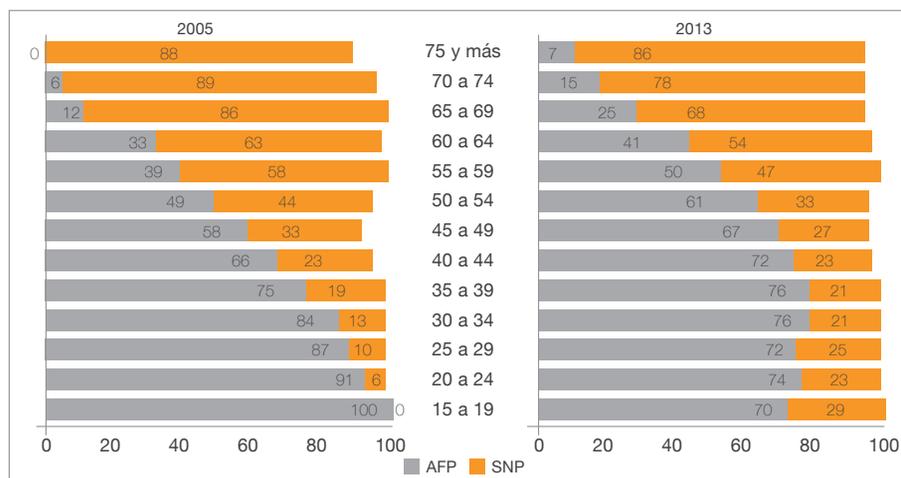
Fuente: ENAHO (INEI).

A diferencia de lo observado en el SNP, la desagregación de la población afiliada al sistema de pensiones según subsistema contributivo da cuenta de un mayor peso de la población joven en el SPP (gráfico 19).

Gráfico 19

PEA ocupada afiliada al sistema de pensiones según franja etaria, 2005-2013

(En porcentajes)



Fuente: ENAHO (INE).

En cuanto a la cobertura del programa Pensión 65, el cuadro que sigue muestra la distribución de beneficiarios por región para el año 2013.

Cuadro 3

Beneficiarios del programa Pensión 65 según región, 2013

Departamento	Beneficiarios
Amazonas	7.642
Áncash	21.106
Apurímac	20.149
Arequipa	3.924
Ayacucho	22.530
Cajamarca	31.466
Callao	330
Cusco	26.048
Huancavelca	16.171
Huánuco	22.711
Ica	2.687

Departamento	Beneficiarios
Junín	13.903
La Libertad	17.855
Lambayeque	4.066
Lima	9.097
Loreto	7.059
Madre De Dios	141
Moquegua	1.030
Pasco	3.867
Piura	21.033
Puno	45.398
San Martín	5.511
Tacna	848
Tumbes	695
Ucayali	1.031
Total General	306.298

Fuente: MIDIS.

Con relación al nivel de las pensiones que ofrece el sistema en el Perú, Bernal et al. (2008) calculan la pensión media del SPP a 2006 en alrededor de 900 nuevos soles mensuales, y la pensión media del SNP en aproximadamente 536 nuevos soles mensuales. Por su parte, sobre la base de la encuesta de hogares a 2011, Monge Zegarra y Flores Pérez (2014) calculan un promedio (considerando ambos sistemas) de alrededor de 750 nuevos soles mensuales, cifra que supera en casi tres veces la línea de pobreza.

En tanto, según datos de la SBS, la pensión promedio de jubilación del SPP subió de 802,87 nuevos soles en diciembre de 2010, a 847,33 nuevos soles en diciembre de 2013 y 877,58 en diciembre de 2014. Respecto de las pensiones de la ONP, han venido subiendo levemente: fueron 472,29 nuevos soles en promedio en diciembre de 2008, y alcanzaron 513,98 nuevos soles en promedio en diciembre de 2014. En términos generales, se observa que las pensiones promedio del SPP resultan superiores a las pagadas a través del SNP (cuadro 4).

Cuadro 4

Prestaciones promedio de los regímenes SNP y SPP

(En nuevos soles)

	SNP	SPP
dic-08	472,29	708,43
dic-09	475,97	664,33
dic-10	481,28	802,87
dic-11	484,57	831,96
dic-12	487,67	830,82
dic-13	490,88	847,33
dic-14	513,98	877,58

Fuente: ONP y SBS.

El programa Pensión 65 tiene un alcance reducido, y su peso relativo varía en función de la región y el indicador de comparación adoptado. La transferencia de S/. 125 (U\$S 46) representa el 33% del gasto per cápita nacional, aunque su peso es más elevado en el área rural. La transferencia representa el 53% del gasto per cápita de las familias rurales, mientras que en el sector urbano, su incidencia se reduce al 22%. Asimismo, el monto de la pensión representa el 60% y 91% de la línea de pobreza y pobreza extrema rural, respectivamente (Olivera Angulo, 2013).

En cuanto a la sostenibilidad financiera del sistema, debe distinguirse entre lo relativo al régimen contributivo y no contributivo. El análisis de la evolución de la composición del financiamiento de la ONP muestra, entre 1995 y 2005, un importante incremento del financiamiento por parte de los recursos del tesoro. A partir de entonces, se observa una mayor participación de los aportes provenientes de los asegurados, que en 2014 asciende a casi 3.400 millones de nuevos soles. Por su parte, el financiamiento a partir del rendimiento del FCR muestra una tendencia descendente. Ello estaría indicando una preponderancia del financiamiento contributivo y una paulatina menor carga sobre el presupuesto público.

Ahora bien, la categoría de cálculo actuarial implica la estimación del monto que representa la cuantificación de las obligaciones previsionales en el presente para poder cumplir con el pago futuro de pensiones de una masa poblacional. En el caso específico de las reservas previsionales del Régimen Decreto Ley N° 19990, las mismas se estiman según el siguiente detalle: (i) reserva pensionaria, reserva actuarial referida al valor de las obligaciones

previsionales que se reconoce a los pensionistas registrados a la fecha de cálculo, así como (ii) estimación de la reserva no pensionaria que corresponde a los trabajadores activos, resultante de la diferencia de la reserva bruta de las futuras pensiones y el valor presente de las aportaciones que puedan realizar los trabajadores hasta cumplir la edad de jubilación. Adicionalmente, en caso existieran contingencias de naturaleza administrativa o judicial vinculadas a demandas o nivelaciones de pensiones, se provisiona también por ello. La suma de reserva pensionaria, no pensionaria y para contingencias configura la reserva actuarial total del régimen en cuestión.

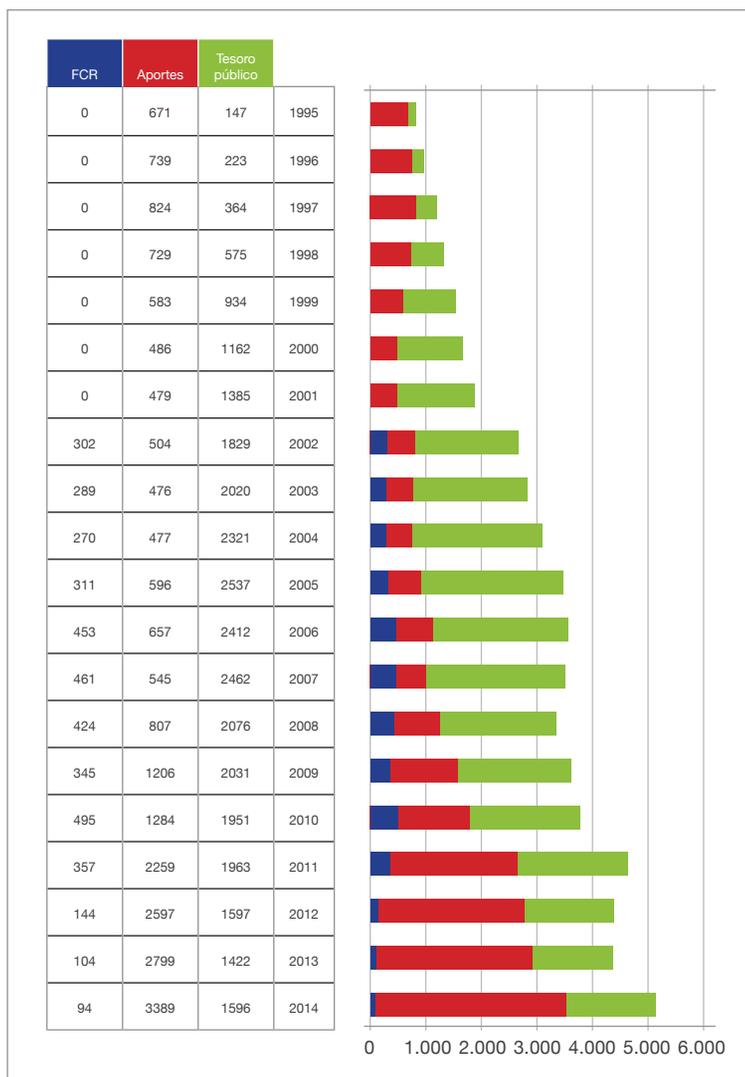
En ese orden de ideas, como se señala en el Resumen Consolidado del Estudio Económico de Reservas Previsionales de la ONP – Régimen Decreto Ley N° 19990 a diciembre de 2013, la reserva actuarial total del régimen es de 40.715,58 millones de dólares estadounidenses. De conformidad con el marco normativo emitido por el MEF, el total de la reserva actuarial se registra en “cuentas de orden” y, anualmente, la parte alícuota de las obligaciones previsionales de los pensionistas y trabajadores activos se reconoce como gasto, generándose consecuentemente una cuenta por pagar.

Adicionalmente, sin desconocer algunas ventajas que derivaron de la implementación del régimen mixto paralelo contributivo (SNP y SPP), no debe perderse de vista que su implementación ha sido costosa para el Perú. Por un lado, se tienen aproximadamente S/. 13.000 millones por bonos de reconocimiento entregados o por entregarse a los afiliados que migraron del SNP al SPP; por otro lado, están las transferencias mencionadas que realiza el tesoro para pagar a los pensionistas del SNP, dado que los afiliados que debieran pagar por las mismas se trasladaron al SPP. Esto último ha afectado al Estado con un desembolso importante, de aproximadamente S/. 26.400 millones desde 1995, lo que equivale a 6,2% del PIB. En los últimos años, el Estado ha pagado en promedio el equivalente al 0,5% del PIB anualmente. Estas transferencias del tesoro continuarán durante los próximos años, puesto que la base contributiva del SNP, al ser mermada con el SPP, no permite pagar las obligaciones contraídas en términos de pensiones únicamente con los aportes contributivos (gráfico 20).

Gráfico 20

Evolución del financiamiento de la plantilla de la ONP

(En millones de nuevos soles)



Fuente: ONP.

2.4 Fragmentación en los servicios de atención de la salud

El sistema de salud peruano, al igual que otros sistemas de la región, se caracteriza por una elevada fragmentación y segmentación entre los sectores que lo conforman. A pesar de algunos intentos por coordinar y articular los distintos regímenes, los sistemas continúan operando de manera autónoma y sin articulación precisa. Cada sistema opera usualmente de manera independiente, con sus propias reglas y redes de proveedores (Banco Mundial, 2011). En muchas ocasiones, ello implica duplicar esfuerzos y segmentar los grupos poblacionales de acuerdo con su capacidad de pago. Es así que los sectores de mayores recursos pueden acceder al sector privado, generalmente tienen seguridad social y acuden a los hospitales públicos del Estado si lo requieren. En definitiva, se conforma un sistema con graves problemas de eficiencia y equidad.

El sistema de salud peruano previo a la reforma sanitaria de 1997 se formó con la Ley de 1978, que creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Este sistema se organizaba en torno al Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), que ofrecía servicios de salud a través de la cooperación con entidades privadas. El sistema de salud estaba compuesto por tres subsistemas públicos y uno privado. Los públicos eran:

- i) seguro social de salud contributivo, gestionado por el IPSS, que cubría a los trabajadores mediante una financiación tripartita;
- ii) sistema de asistencia de salud no contributiva, a cargo del Ministerio de Salud; y
- iii) sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional.

El sistema se completa con los seguros privados y clínicas (Vidal, Cuadros y Sánchez, 2012).

El diseño de este sistema cambió de manera profunda como consecuencia de la introducción del Aseguramiento Universal en Salud (AUS), creado mediante la Ley N° 29344, de 2009, y de la implementación, en el mismo año, de un nuevo Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) (Lavigne, 2013).

La decisión política de avanzar hacia el aseguramiento universal había comenzado en 2002, mediante un Acuerdo Nacional suscrito por representantes

de las organizaciones políticas, religiosas, de la sociedad civil y del Gobierno. Posteriormente, esta prioridad se consolidó por medio del Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, del año 2005, y del Plan Nacional Concertado de Salud del MINSA, del año 2007. Para implementar estos acuerdos, a principios de 2008 se constituyó la Comisión Multisectorial, cuya labor era proponer los mecanismos necesarios para consolidar un sistema nacional de salud y garantizar el aseguramiento universal. Esta comisión elaboró un proyecto que, luego de diversos debates, se convirtió en Ley en 2009 (MINSA, 2010).

La Ley tiene como objeto establecer el marco normativo para el aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho progresivo de toda persona a un conjunto de intervenciones para diversas condiciones de salud y enfermedad, independientemente de su inserción laboral y situación económica.

Los principios del aseguramiento universal en salud que promueve la ley son los siguientes: universalidad (para todos los residentes en el Perú), solidaridad (en el financiamiento), unidad (mediante articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones), integralidad, equidad (al proveer servicios de salud a toda la población peruana, con prioridad sobre la población más vulnerable), irreversibilidad (es decir, que no se pierden derechos adquiridos previamente) y sistema participativo. La Ley también define las siguientes características para el aseguramiento universal en salud: que este sea obligatorio, progresivo, garantizado, regulado, descentralizado, portable, transparente y sostenible (Cetrángolo et al., 2013).

En relación con la obligatoriedad, el decreto reglamentario de la Ley (DS N° 008-2010-SA) establece la afiliación obligatoria al AUS a toda la población residente en el Perú; la determinación del régimen de afiliación se encuentra en función de las características socioeconómicas de las personas. Asimismo, se establece que la universalidad en la afiliación se alcanzará progresivamente en función de los recursos disponibles para su financiamiento.

En efecto, la universalización de la cobertura se implementó gradualmente en nueve zonas piloto –las regiones de Apurímac, Huancavelica y Lambayeque– y en ocho distritos de la provincia de Huamachuco; en el distrito de Salas (Lambayeque); en cinco distritos del Bajo Piura; en seis distritos de la Mancomunidad del Bajo Huallaga; en tres distritos de La Convención; y en tres distritos de Satipo (Arce, 2009).

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) consiste en una “lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que, como mínimo, son financiadas a todos los asegurados.” El plan cubre el 75% de la carga de morbilidad y debe ser provisto obligatoriamente, pero de manera diferenciada, por las organizaciones de salud públicas y privadas. Asimismo, se establece la existencia de planes complementarios y específicos (Cetrángolo et al., 2013).

En este marco, el PEAS tiene las siguientes características: i) universal, ii) explícito (contiene listas positivas de las condiciones asegurables y de las prestaciones de salud que, como mínimo, todos los institutos de ayuda financiera a la acción social (IAFAS) deben financiar a sus asegurados), iii) garantizado, iv) integral (considera todas las fases de evolución clínica de una enfermedad o condición asegurable), v) auditable, e vi) incremental (USAID, 2011b).

La extensión gradual de la cobertura también hace referencia a los beneficios y a las garantías explícitas. En relación con los beneficios, los contenidos del PEAS se irían ampliando, para pasar de cubrir 140 condiciones asegurables (que representan el 65% de la carga de enfermedad) a cubrir 185 (85% de la carga de enfermedad) en 2012 (USAID, 2011a). Luego, en lo atinente a las garantías explícitas, se asegura que estas pasarán de ser 34, al momento de la implementación (principalmente asociadas con las condiciones obstétricas, ginecológicas y pediátricas), hasta sumar 185 en 2014 (Arce, 2009).

De este modo, el sistema de salud peruano quedó configurado en torno a tres regímenes: el contributivo, el semicontributivo (de financiamiento público parcial) y el subsidiado (de financiamiento público total) (cuadro 5). Dentro del régimen contributivo, es posible identificar dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional en el Estado (EsSalud) y la provisión privada (en entidades prestadoras de salud-EPS). Forman parte de este régimen los trabajadores en relación de dependencia, los pensionistas, los trabajadores de la administración pública y los trabajadores profesionales e independientes que no reúnan las condiciones para formar parte del régimen subsidiado.

Por su parte, los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud, integrado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y de la Policía Nacional del Perú (PNP), y cuentan con su propia red de establecimientos. Sin embargo, a pesar de comportarse como seguros de salud, el financiamiento de los subsistemas proviene tanto del tesoro público

como de los copagos realizados por los familiares de los beneficiarios titulares (MINSA, 2010).

La regulación y fiscalización del aseguramiento se encuentra a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), organismo adscrito al MINSA. También recae sobre sus responsabilidades la supervisión de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el ámbito de su competencia, y es la institución encargada de registrar, autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las entidades prepagas de salud y de todas las entidades públicas, privadas o mixtas, que ofrezcan servicios bajo la modalidad de pago regular o anticipado. Para ejercer sus funciones, la SUSALUD cuenta con facultades sancionadoras (Casalí y Pena, 2012).

Cuadro 5
Estructura del sistema de salud del Perú

Seguros de salud			
Régimen	Población beneficiaria	Financiamiento	Prestaciones
Régimen contributivo	Trabajadores en relación de dependencia; pensionistas; trabajadores de la administración pública; y profesionales e independientes	Contribución del 9% a cargo de los empleadores	Existen diferentes seguros según la inserción laboral de los trabajadores. La provisión la realiza el Estado (EsSalud) y las Entidades Prestadoras de Salud (EPS)
Régimen semicontributivo	Trabajadores independientes y de microempresas	Pago de una cuota de recuperación de montos variables y financiamiento público parcial	PEAS. Prestación de servicios en la red de establecimientos del MINSA
Régimen subsidiado	Población en pobreza y en pobreza extrema	Financiamiento público total	PEAS. Prestación de servicios en la red de establecimientos del MINSA

Fuente: Gómez Sabaini et al. (2014).

2.4.1 Régimen contributivo

Como se ha señalado, EsSalud tiene a su cargo el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud. Fue creado en 1999 (mediante la Ley N° 27056) sobre la base del ex Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y a sus derechohabientes, mediante el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que

corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como de otros seguros de riesgos humanos.

EsSalud cuenta con diferentes esquemas de seguros según la inserción laboral de los trabajadores; con diferentes tasas de aportación, bases imponibles, reglas de acreditación, prestaciones de salud y otros beneficios. Al seguro regular (SR) se encuentran afiliados, obligatoriamente, todos los trabajadores activos bajo relación de dependencia o socios de cooperativas de trabajadores.²⁶ También son afiliados a este seguro los pensionistas que reciben pensión de cesantía, jubilación, por incapacidad y de supervivencia (viudez y orfandad), cualquiera fuere el régimen legal al cual se encuentren sujetos. La cobertura de los trabajadores en relación de dependencia es financiada por una contribución del 9% sobre la remuneración imponible, misma que es soportada por los empleadores;²⁷ mientras que, en el caso de los pensionistas, el aporte es del 4%. El seguro cubre a los derechohabientes (cónyuge o concubina/o, hijos menores de edad e hijos mayores de edad incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, y madre gestante de hijo extramatrimonial) (Cetrángolo et al., 2013).

EsSalud opera con su propia red de hospitales y centros de salud, cuyo número era de 368 establecimientos en el año 2009 (Monge Zegarra y Flores Pérez, 2014). Los asegurados pueden decidir trasladar la cuarta parte de su aporte a la EPS de su preferencia (2,25 p.p. de los aportes), que está obligada a prestarle solamente la llamada “capa simple”²⁸ de atención de salud; mientras tanto, la “capa compleja” se mantiene bajo responsabilidad de EsSalud. La decisión de optar por una EPS se toma de manera colectiva en cada centro de trabajo y no individualmente. Los trabajadores también pueden optar por mantener su atención de “capa simple” en EsSalud; en tal caso, se entrega al organismo la totalidad de su aporte (Casalí y Pena, 2012).

Por otra parte, EsSalud también cuenta con un tipo de seguro independiente. Creado en el marco de la Ley del AUS, este seguro se encuentra disponible para cualquier residente del Perú (sin límite de edad), particularmente trabajadores

26 Trabajadores dependientes, trabajadores del hogar, trabajadores de construcción civil, trabajador portuario, pescador y procesador artesanal independiente, y trabajadores pesqueros y pensionistas ex afiliados a la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador (CBSSP).

27 En el caso de los pescadores y procesadores artesanales independientes, el aporte equivale al 9% del valor del producto comercializado, que no puede ser menor al 9% de la RMV vigente.

28 Conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad.

independientes (profesionales, técnicos, programadores, artesanos, comerciantes, transportistas, artistas), estudiantes, demás emprendedores y todas aquellas personas independientes que deseen contar con un seguro de salud. Además de proteger a los dependientes del titular, este seguro brinda una cobertura ampliada a la del PEAS con 230 prestaciones adicionales. La cobertura tiene una prima de S/. 64 por titular, y aumenta en función de las personas dependientes.

También existe un régimen de la seguridad social especial, denominado seguro agrario, que brinda prestaciones de salud, económicas y sociales a los trabajadores dependientes e independientes que desarrollen actividades de cultivo y/o crianza, avícola, agroindustrial o acuícola, con excepción de la industria forestal. Para el caso de los trabajadores dependientes, el aporte (a cargo del empleador) es del 4%, mientras que los trabajadores independientes aportan un 4% de la RMV vigente.

Con el objeto de complementar los servicios de salud brindados por EsSalud, en 1997, mediante Ley 26790, se crearon las EPS, cuyo objetivo es prestar servicios integrales de atención de salud con infraestructura propia o de terceros. Estas entidades se hacen cargo, en algunos casos, de la prestación de la “capa simple” de servicios de salud. Existen actualmente cinco EPS: MAPFRE, Colsanitas, Rímac, Pacífico y Persalud.

Adicionalmente, dentro de las prestaciones del sector privado, se distingue el servicio privado lucrativo y el servicio privado no lucrativo. Forman parte del primero las EPS; las aseguradoras privadas; las clínicas privadas especializadas y no especializadas; los centros médicos y policlínicos; los consultorios médicos y odontológicos; los laboratorios; los servicios de diagnóstico por imágenes, y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras. Por su parte, el sector privado no lucrativo está clásicamente representado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro, como la Cruz Roja Peruana, los Bomberos Voluntarios y las organizaciones de acción social de algunas iglesias, entre otras. La mayor parte de estas entidades presta servicios de primer nivel y, frecuentemente, recibe recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, del Gobierno y de hogares (Alcalde-Rabanal et al., 2011).

2.4.2 Regímenes semicontributivo y subsidiado

El Seguro Integral de Salud (SIS) tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, y se prioriza a aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema, o bien con limitada capacidad de pago.

El origen de este componente se remonta al año 2002, cuando, bajo la Ley N° 27657, se establece la fusión del seguro gratuito escolar (SGE, de 1997), que cubría a niños, niñas y adolescentes escolarizados de entre tres y 17 años, y el seguro materno infantil (SMI, de 1998), que cubría a gestantes, y niños y niñas menores de cinco años. El SIS fue creado para cubrir a la población no asegurada, con un foco específico en los niños desnutridos y en los adultos mayores que vivían en situación de pobreza y extrema pobreza (Lavigne, 2013). Adicionalmente, la Ley N° 28588 incorporó al SIS la atención a mujeres mayores de 17 años no gestantes en situación de extrema pobreza. Además, al independizar a las escuelas públicas del proceso de adscripción, la cobertura se amplió a todo niño, niña y adolescente menor de 18 años, sea escolar o no, en condición de pobre o extremadamente pobre.

Aquellas personas que no tienen cobertura de salud y que califican como elegibles en el Sistema de Focalización de Hogares del MEF (SISFOH) pueden acceder a la cobertura del SIS gratuito. El servicio del seguro se divide entre los beneficiarios que se encuentran en zonas con y sin protección del AUS. En zonas que sí cuentan con el AUS, los afiliados al SIS tienen cobertura de prestaciones de salud sobre la base del PEAS. En zonas sin protección del AUS, el paquete de prestaciones cubiertas es el establecido en el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias – LPIS (Decreto Supremo N° 004-2007-SA).²⁹

El SIS independiente ofrece un seguro de salud (sin límite de edad) a aquellas personas que trabajan de manera independiente, y que se encuentran registradas y calificadas como elegibles para este seguro por el SISFOH. Los afiliados deben realizar un aporte mensual por cada titular, que aumenta según el número de derechohabientes.

²⁹ Actualmente, las zonas con cobertura del AUS son Lima Metropolitana, Callao, Abancay, Andahuaylas, Huancavelica, Ayacucho, Piura, Amazonas (Bagua y Condorcanqui), Lambayeque (Salas), La Libertad (Sánchez Carrión) y Loreto (Yurimaguas, Provincia Datem del Marañón).

Por otra parte, también existe el SIS microempresas. A este componente, pueden afiliarse trabajadores y empleadores de microempresas formalizados en el Registro Nacional de la Micro y Pequeña Empresa (REMYPE) y sus derechohabientes. Esta cobertura tiene un costo de S/. 30 mensuales por cada trabajador y su familia, monto que es asumido en un 50% por el Estado, y en el restante 50%, por el conductor o empleador de la microempresa (en caso de que el trabajador no tuviera familia, el empleador paga el mismo monto de S/. 15).^{30 31} El gráfico 21 resume las diferentes formas de financiamiento y cobertura prestacional del SIS.

Gráfico 21

Tipo de financiamiento y cobertura prestacional según régimen

RÉGIMEN	FINANCIAMIENTO	COBERTURA
Régimen Subsidiado (SIS gratuito)	Financiamiento público total	PEAS
Régimen Semicontributivo (SIS pymes y SIS independiente)	Financiamiento público parcial	PEAS + Otros servicios s/ contrato
Régimen contributivo (ESSALUD)	Financiamiento contributivo	PEAS + planes complementarios y específicos

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Defensoría del Pueblo y lo dispuesto por la Ley Marco del AUS.

La prestación de servicios, tanto para el régimen subsidiado de población como para la población afiliada al SIS, se realiza mediante la red de establecimientos de los gobiernos regionales y del Ministerio de Salud, que están ubicados en las regiones y en la capital de la república (Alcalde-Rabanal et al., 2011). Este

30 MyPES DL N° 1086 (Promoción de la competitividad, formalización y desarrollo de la micro y pequeña empresa y del acceso al empleo decente).

31 Las alternativas semisubsidiadas representan montos relativamente bajos en comparación con las tarifas de EsSalud (donde la tarifa mínima es 9% del salario), aunque relativamente elevados cuando se comparan con la asignación presupuestaria promedio para los usuarios del SIS.

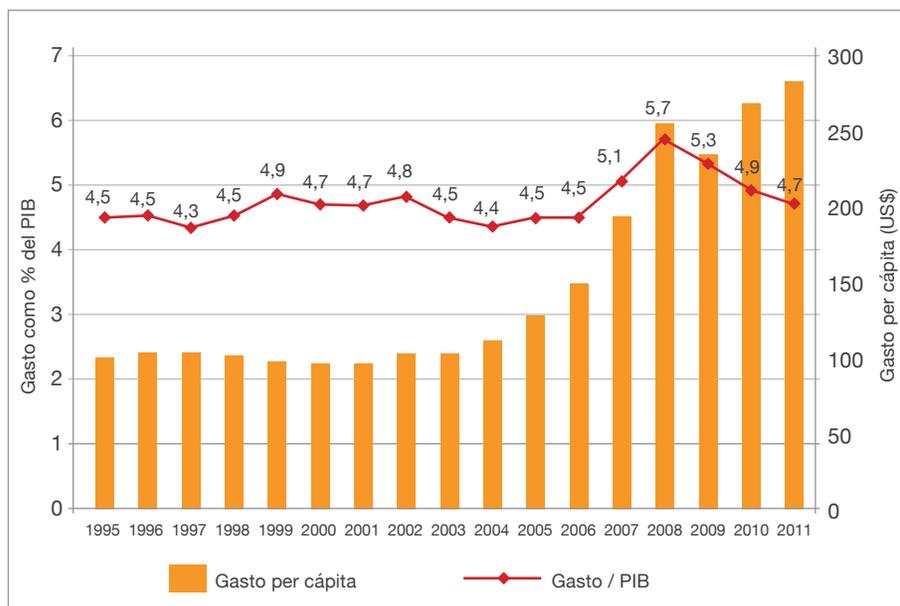
subsistema está estructurado en tres niveles: nacional, regional y local. El nivel nacional está conformado por el MINSA y los órganos desconcentrados de este (Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud y los institutos especializados). El nivel regional está representado por las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), pertenecientes a los gobiernos regionales, y el nivel local, por algunas municipalidades encargadas de la administración y el presupuesto de los establecimientos de salud de sus jurisdicciones (MINSA, 2010). En el año 2009, la red de establecimientos del Ministerio de Salud contaba con un total de 7.382 establecimientos de salud, 80% de los cuales eran postas de salud; 18%, centros de salud; y el 2%, hospitales (Monge Zegarra y Flores Pérez, 2014).

El seguro opera a través del reembolso, a los hospitales y regiones de salud, del costo variable de los servicios proporcionados a los individuos que están bajo su cobertura; sus beneficiarios no tienen que pagar por la atención en los establecimientos del Ministerio de Salud y pueden obtener medicamentos de manera gratuita.

2.4.3 Gasto en servicios de salud

En el año 2005, el gasto en servicios de salud alcanzó el 4,5% del PIB del Perú, nivel en el que se había mantenido relativamente estable desde mediados de los años cincuenta (MINSA, 2008). Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el periodo 2006-2010 muestran un incremento del gasto en salud que se ubica en 5,1% hacia 2010 (gráfico 22). No obstante, a pesar del incremento registrado en los últimos años, el país se sitúa, junto con el Estado Plurinacional de Bolivia (4,8% del PIB) y la República Bolivariana de Venezuela (4,9% del PIB), entre los países de América del Sur con menor gasto en salud (Cetrángolo et al., 2013).

Gráfico 22
 Evolución del gasto en salud, 1995-2011



Fuente: MINSA (2008) y OMS.

La composición del gasto según prestadores es bastante homogénea: para 2005, el MINSA mostraba 27,2%; EsSalud, 26,7%; y el sector privado lucrativo (que incluye a las EPS), 23,8%. El resto del gasto se distribuye entre farmacias, sanidades y el sector privado sin fines de lucro.

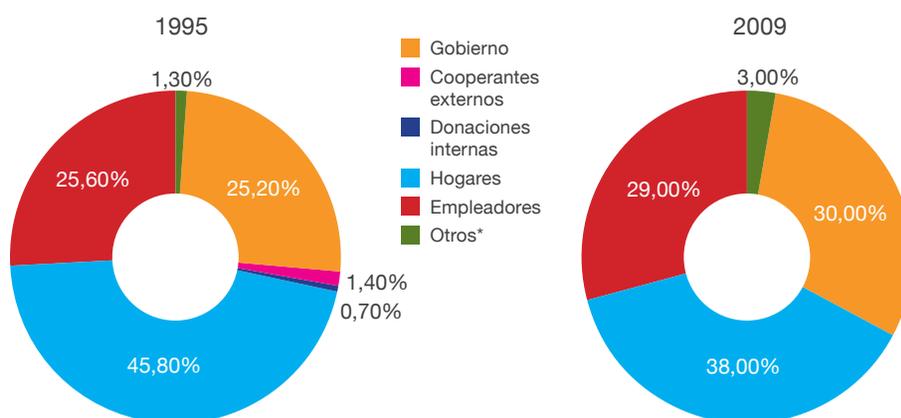
La principal fuente de financiamiento del gasto en salud proviene de los hogares (que, en 2005, financiaron el 34,2% del gasto total). Alrededor del 97% del gasto de los hogares en servicios de salud se efectúa mediante el gasto de bolsillo, dado que el gasto en mecanismos de aseguramiento es bajo. Esta situación genera inequidades, pues el acceso a los servicios de salud está asociado con la posibilidad que tengan los individuos de realizar los pagos por su propia cuenta (OMS, 2000). Por esta razón, cuanto mayor sea la contribución del gasto público, más equitativo y redistributivo será el gasto en salud; mientras que una mayor participación del gasto privado da cuenta de un menor grado de solidaridad del sistema (PNUD, 2010).

No obstante, es importante destacar que entre 2004 y 2011 disminuyó el porcentaje de personas que financiaron en su totalidad las consultas médicas y los medicamentos (en 9,9 p.p y 9,2 p.p., respectivamente), en tanto aumentó el porcentaje de personas que financiaron consultas y medicamentos íntegramente a través del SIS y de EsSalud.

Entre los financiadores, la prioridad la tienen los hogares, a los que les siguen el Gobierno (con recursos del tesoro público) y los empleadores (a través de sus contribuciones patronales), los que en 2005 financiaron el 30,7% y el 30,5% del gasto en salud, respectivamente (MINSA, 2008). En el gráfico 23 se muestra el cambio en la estructura de financiamiento de la salud entre 1995 y 2009.

Gráfico 23

Estructura de financiamiento de la salud, 1995 versus 2009



Nota: *En 2009, "Otros" incluye cooperantes externos y donaciones internas.
 Fuente: MINSA (2008) y USAID (2011a).

Finalmente, debe mencionarse que la disparidad regional observada a nivel social y productivo también se ve reproducida a nivel sanitario. Los departamentos de mayor desarrollo, que concentran la mayor parte del valor agregado y registran mejores indicadores sociales, poseen igualmente un mayor nivel de cobertura del sistema contributivo (EsSalud) y un mayor nivel de gasto público per cápita (mediante subsistema público, sin incluir EsSalud). Esto remite a una de las características más complejas de los esquemas

descentralizados de provisión de servicios sociales. En este tipo de sistemas, las regiones más desarrolladas de cada país suelen ser las que presentan menor informalidad, mayores bases tributarias para financiar los servicios públicos y, al mismo tiempo, mayor proporción de población beneficiaria de seguros sociales. Es por ello que el rol compensador del gobierno central resulta relevante, así como el esquema de transferencias financieras que asistan a las distintas regiones.

2.4.4 Cobertura de salud

La población cubierta por algún seguro de salud alcanzó, en 2013, al 65,4% del total, como correlato de una tendencia creciente que ya venía mostrándose desde 2004. En este periodo, la cobertura se incrementó 28,5 p.p., y se registró un mayor aumento en las áreas rurales (45,2 p.p. al 2013).³² (Cetrángolo et al., 2013).

De acuerdo con los datos de la ENAHO, en el año 2013, 20,4 millones de personas contaba con algún seguro de salud (11,0 millones solo cuentan con SIS; 7,6 millones solo cuentan con EsSalud; y 1,8 millones cuentan con cobertura de otros seguros o con doble cobertura), en tanto 10,8 millones de personas aún no tenían cobertura.

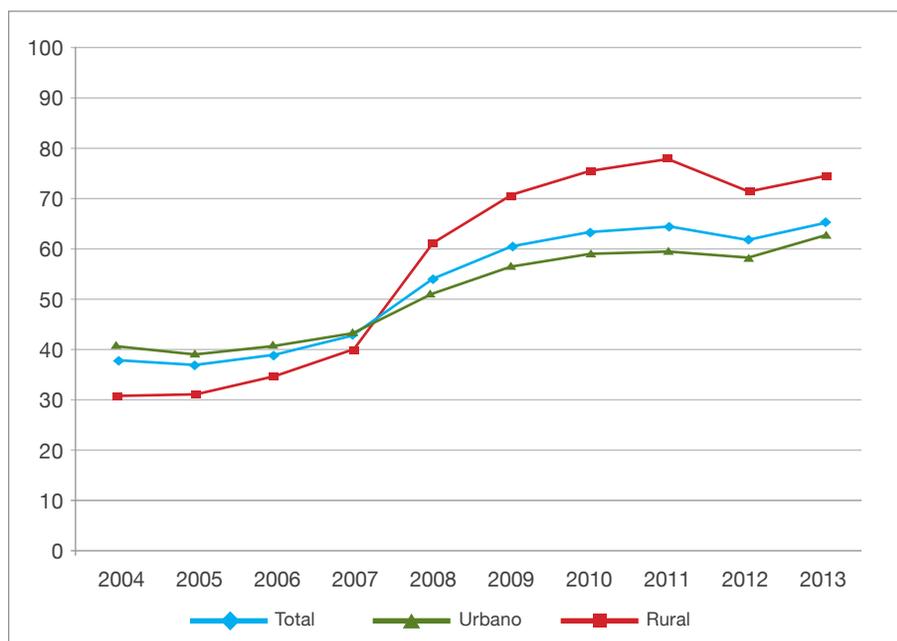
La cobertura en áreas rurales supera a la cobertura en áreas urbanas. Para 2013, en las primeras alcanzaba al 75,0% de la población, mientras que en las segundas llegaba al 62,3% (gráfico 24). La diferencia entre la cobertura rural y la urbana, sin embargo, no siempre fue de esta manera, pues, hasta el año 2007, la cobertura en las áreas urbanas era superior. No obstante, como consecuencia del incremento en el número de los asegurados del SIS, la cobertura del área rural creció en mayor medida. De hecho, la cobertura del SIS en esta área pasó de un 24,6%, en 2004, a 68,5%, en 2013, mientras que en el área urbana, pasó de 10,7% a 24,5% en idéntico periodo.

³² Se han encontrado, no obstante, algunas discrepancias en relación con los asegurados según las diferentes fuentes de información consultadas; ENAHO versus registros administrativos de EsSalud y SIS, entre otros.

Gráfico 24

Cobertura de los seguros de salud según área, 2004-2013

(En porcentajes)



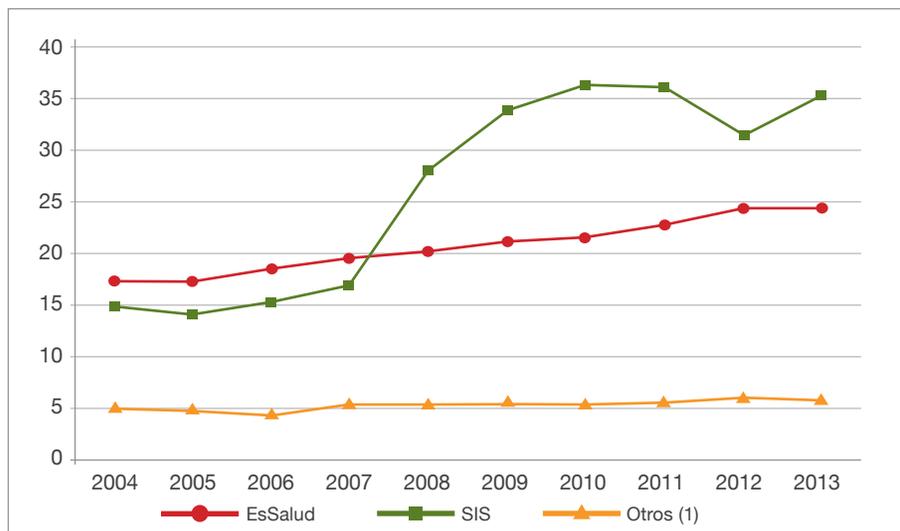
Nota: (1) No incluye Lima Metropolitana.
 Fuente: INEI.

El análisis según tipo de cobertura da cuenta de la relevancia del SIS en la ampliación de la cobertura (gráfico 25). En efecto, el número de asegurados aumentó considerablemente a partir de 2007 (de 6,9 a 13,7 millones entre 2007 y 2013, según registro del SIS); así, la cobertura de 15% en el periodo 2004-2006 pasó al 35,3% en 2013. Ello se vio complementado por un crecimiento concomitante de la cobertura brindada por EsSalud, que pasó del 17,4% en 2004 a 24,3% en 2013 (concentrada en el área urbana).

Gráfico 25

Cobertura de salud según tipo de seguro, 2004-2013

(En porcentajes)



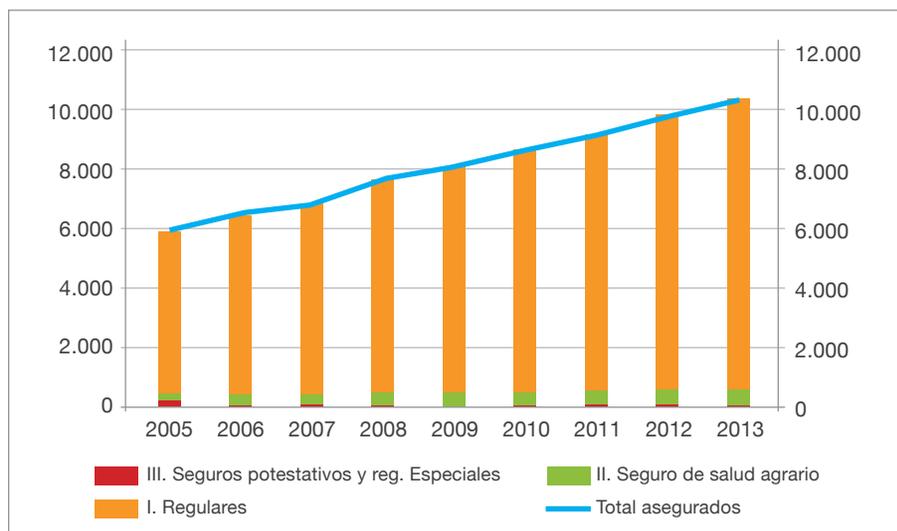
Notas: (1) Incluye Seguro Privado de Salud; Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales; Seguro Universitario; Seguro Escolar Privado, y el SIS con EsSalud, entre otros.
 Fuente: INEI.

En cuanto a los afiliados a EsSalud, se observa una tendencia creciente en los últimos años. Estos pasaron de 5,9 millones en 2005 a 10,3 millones en 2013 (según registros de EsSalud), lo que implica un crecimiento del 74,2%. En particular, la evolución del número de afiliados presenta mayor dinamismo en el periodo comprendido entre 2006 y principios de 2009 (gráfico 26).

Gráfico 26

Evolución de los asegurados por EsSalud, 2006-2013

(En miles)



Fuente: EsSalud.

Según datos del año 2013, del total de la población afiliada (10.291.800 millones de personas), un 94,3% son asegurados regulares; un 5,1%, asegurados a través del seguro agrario, y un 0,6%, asegurados por medio del seguro potestativo o de regímenes especiales. Entre los asegurados regulares, se observa que un 82,1% son trabajadores activos, y un 12,2%, pensionados (mientras el resto corresponde a otras categorías). Asimismo, del total de los afiliados, un 55% son titulares y un 45%, derechohabientes. Entre las categorías que involucran la mayor cantidad de afiliados, la relación entre titulares y derechohabientes se aparta de este promedio en el caso de los asegurados pensionados (72,2% son titulares) y en el de los asegurados potestativos (78,2% son titulares). En cuanto a la distribución según género, se observa una cobertura homogénea entre hombres y mujeres (50,5% y 49,5%, respectivamente) (Cetrángolo et al., 2013).

En cuanto a la cobertura brindada por el SIS, se registra una notable expansión en los últimos años. A partir de 2006, se amplió la política de focalización para que pudiera incluir a toda la población pobre y en pobreza extrema, junto con otros ciudadanos que no tuvieran cobertura de salud. Así, el número de asegurados pasó de 7 millones, en 2007, a 13,7 millones, en 2013 (INEI).

Compendio Estadístico 2014; cdo. 6.97). De este total de asegurados, la gran mayoría pertenece al régimen subsidiado (cuadro 6). Además, se aprecia un crecimiento constante desde el 2010 de la proporción de asegurados bajo el nuevo esquema de aseguramiento universal (PEAS - Régimen Ley N° 29344); comportamiento previsible debido a la cobertura de las zonas bajo el esquema del AUS. Según sexo, los datos recabados determinan que un 53,7% de los afiliados son mujeres (SIS, Boletín Diciembre 2013).

Cuadro 6
Evolución de los asegurados por el SIS, 2007-2013

Componente	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Régimen subsidiado	6.983.157	10.358.793	11.815.242	12.339.812	12.728.304	11.328.033	13.501.363
Componente Subsidiado DS 004-2007-SA				12.111.615	11.136.333	8.517.483	9.676.570
Régimen Subsidiado Ley 29344				228.197	1.591.971	2.810.550	3.824.793
Régimen semi subsidiado	68.835	61.609	51.211	47.174	3.200	25.529	223.884
Componente semi subsidiado DS 004-2007-SA					21.317	15.548	15.408
Régimen semi contributivo Ley 29344					8.735	7.771	6.570
MyPES D.L. 1086					2.148	2.210	1.805
NRUS							200.101
Total	7.051.992	10.420.402	11.866.453	12.386.986	12.760.504	11.353.562	13.725.247

Fuente: SIS.

Se destaca, igualmente, la reducción experimentada por los afiliados a la componente semisubsubidiada entre 2007 y 2012; y un fuerte crecimiento en el 2013 por la incorporación del Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS). Hasta el 2012, entre los beneficiarios del régimen semisubsubidiado, un 60,9% se encontraba cubierto bajo el régimen para trabajadores independientes en zonas sin cobertura del AUS, es decir que muchos de ellos cuentan con el listado de atención previsto en el LPIS (Decreto Supremo N° 004-2007-SA). Le seguían en importancia, con un 30,4% del total de asegurados los del régimen semicontributivo, los trabajadores independientes cubiertos por el esquema del AUS (Ley N° 29344), y por último, los trabajadores afiliados mediante el régimen semicontributivo para microempresas (MyPES D.L. N°

1086), quienes representan el porcentaje restante. En 2013, la distribución de los asegurados en este Régimen semisub subsidiado se recompone drásticamente con la incorporación del NRUS, que llega a tener un peso de 89,4% en este grupo de asegurados.

En años recientes, la cobertura tuvo un nuevo impulso, merced a medidas destinadas a incorporar a gestantes, niñas y niños en edad escolar, así como a presos. En el caso de las niñas y niños en edad escolar, puede referenciarse con la garantía del piso de protección social asociada con la condicionalidad para ser matriculado en la escuela. En el cuadro 7 se presentan los últimos registros disponibles, ordenados por tipo de cobertura y grupos etarios.

Cuadro 7

Asegurados por el SIS, por tipo de cobertura y edad

(Diciembre 2013)

EDAD	Subsidiado (Gratuito)	NRUS (Emprendedor)	MYPE	Semicontributivo	Semisubsidiado	TOTAL
0 a 4	1.506.536	4	35	112	801	1.507.488
5 a 11	2.577.824	9	79	221	1.051	2.579.184
12 a 17	1.744.713	10	50	277	997	1.746.047
18 a 29	2.706.649	31.963	650	534	2.369	2.742.165
30 a 59	3.704.230	141.587	937	3.748	7.748	3.858.250
60 o más	1.261.411	26.528	54	1.678	2.442	1.292.113
TOTAL	13.501.363	200.101	1.805	6.570	15.408	13.725.247

Fuente: SIS.

Finalmente, la población de asegurados en la Sanidad de las FF.AA. y en la de la PNP, hasta diciembre de 2011, alcanzó un total de 1,3 millones de personas, dentro de las cuales se incluyen 1,2 millones de personas que cuentan con un plan de salud regular (titulares y sus derechohabientes), así como otro tipo de asegurados que cuentan con financiamiento parcial de su plan de salud (ex SUNASA, 2011).

Por otra parte, las entidades que ofrecen servicios de salud prepagos cuentan con 650 mil afiliados, según mediciones realizadas durante el cuarto trimestre de 2011. Así, de un total de 16 entidades, Oncosalud S.A.C. se distingue como la que mayor número de afiliados ostenta, pues engloba a 575 mil personas. Desde el momento en que estas instituciones empezaron a operar hasta el presente, se observa una tendencia creciente en la cobertura, ya que

el número de los afiliados pasó de 228.033, en el cuarto trimestre de 2006, a 648.447, durante el cuarto trimestre de 2011 (Cetrángolo et al., 2013).

2.4.5 Uso de los servicios de salud³³

La sección previa presentó información sobre la cobertura administrativa o legal de los diferentes componentes del sistema de salud del Perú. No obstante, desde la perspectiva de la Recomendación 202 de la OIT, es necesario realizar un análisis más extenso y profundo de la cobertura de salud, cuyo diagnóstico contribuya a hacer viable el acceso efectivo a los servicios esenciales de salud. Con este fin, la misma OIT ha desarrollado una metodología dirigida a medir el déficit de cobertura en la protección social en salud. Esta metodología propone considerar, adicionalmente, a los indicadores de cobertura administrativa y legal; otros vinculados con la brecha de cobertura teórica por insuficiencia de personal calificado; los relacionados con la brecha de disponibilidad de recursos financieros para la adquisición de recursos materiales necesarios; las barreras financieras para el acceso; y un indicador de resultado para medir el impacto del suministro de servicios. A pesar de que estos indicadores son de difícil disponibilidad, algunos de los que contemplan el uso de los servicios de salud, que serán presentados en esta sección, pueden brindar una aproximación a la problemática (Bertranou, Casalí y Schwarzer; 2014).

Con relación al uso y calidad de los servicios de salud, en la medida en que se transita por los tres tipos de sistemas descritos, se observa una progresión en la calidad de los servicios de aseguramiento, la cual se relaciona con el costo que significa para el usuario. Así, se tiene que en un extremo de calidad y costo se ubican los sistemas no contributivos (SIS), y en el otro extremo, los sistemas contributivos (EsSalud y EPS). Esta lógica coincide con el esquema de pisos de protección social, a partir de la coexistencia de esquemas de protección focalizados en que la población de menores recursos asegure su acceso a servicios esenciales de salud, y esquemas que garanticen mayores coberturas, hacia los cuales la totalidad de la población debe dirigirse en el mediano plazo (Monge Zegarra y Flores Pérez, 2014). Un desafío importante de la política de salud es la reducción (hasta su eliminación) de las brechas existentes entre diferentes subsistemas.

³³ Esta sección retoma los análisis y cuadros presentados en el capítulo 4 de Cetrángolo et al. (2013).

En efecto, esta observación se corrobora al analizar los datos de la ENAHO sobre la búsqueda de atención de salud frente a eventos de enfermedad. Si bien el total de personas con problemas de salud que ha procurado atención médica ha aumentado entre 2004 y 2013 (ha pasado de 41,5% a 53,0%), se observa un incremento de las consultas particulares, y en farmacias y boticas, mientras que el peso de las consultas y atenciones en los centros de salud del subsector público y de EsSalud ha disminuido (en términos relativos).

En 2013, puede observarse que, del total de personas que no buscaron atención, un 24,1% se encuentra en el quintil de menores recursos, frente a un 16,3% que se encuentra en el quintil de mayores ingresos (esta relación entre quintiles de ingresos es similar a la registrada en 2004), de modo que se observan mayores brechas de acceso en los sectores más vulnerables. Del total de la población que se atendió en el MINSA, un 78,1% pertenece a los tres primeros quintiles de ingresos, mientras que del total de personas que se atendieron en EsSalud, un 67,8% pertenece a los dos quintiles de mayores ingresos (cuadro 8).

Cuadro 8

Población con algún problema de salud por lugar o establecimiento de consulta en salud, según quintil de ingreso, 2013

(En porcentajes)

Quintiles de Ingresos	Total buscó atención	MINSA	EsSalud	Particular	FFAA y PNP	Farmacia o Botica	Total no buscó atención
I (más pobre)	17,2	32,5	2,1	5,7	0,9	14,1	24,1
II	20,1	26,1	9,5	12,7	4,6	22,6	21,3
III	20,7	19,5	20,6	18,2	10,6	23,9	19,9
IV	21,4	13,8	32,6	24,0	39,5	23,1	18,4
V (más rico)	20,7	8,2	35,2	39,3	44,4	16,3	16,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Del total de la población con algún problema de salud que buscó atención en el MINSA, un 70,5% estaba cubierto por el SIS; un 20,7% no tenía seguro; un 7,7% estaba afiliado a EsSalud, y un 1,2% contaba con algún otro seguro. Por otra parte, del total de personas que se atendieron en algún establecimiento

de EsSalud, un 94,4% contaba con cobertura de EsSalud y un 3,0% tenía otro seguro (INEI. ENAHO 2013). Además, del total de personas que no buscaron atención, un 37,4% no contaba con ningún tipo de cobertura (cuadro 9).

Cuadro 9

Población con algún problema de salud por lugar o establecimiento de consulta, según cobertura en salud, 2013

(En porcentajes)

Aseguramiento en salud	Total buscó atención	MINSA	EsSalud	Particular	FFAA y PNP	Farmacia o Botica	Otros	Total no buscó atención
Sin seguro	28,9	20,7	1,0	38,5	2,2	45,1	34,4	3,4
EsSalud	27,9	7,7	94,4	29,9	1,9	21,0	23,3	20,1
SIS	37,5	70,5	1,7	16,4	0,5	30,0	32,9	38,4
Otro	5,6	1,2	3,0	15,2	95,4	4,0	9,4	4,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

Por su parte, del total de personas que, a pesar de haber padecido algún problema, no realizaron consultas sobre su salud en 2013, el 32,3% consideró que no era necesario recibir atención; el 17,6% utilizó remedios caseros o se automedicó; el 8,1% mencionó que no había acudido a la consulta porque el establecimiento quedaba lejos, porque no tenía confianza en los médicos o por la demora en la atención; y un 5,5% mencionó la falta de dinero como barrera de acceso al servicio de salud. El porcentaje restante se descompone en otras barreras que incluyen la carencia de seguro, la falta de tiempo y el maltrato por parte del personal de salud, entre otros temas (cuadro 10).

Cuadro 10

Razones por las cuales la población no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud, 2013

(En porcentajes)

Razones por las que no acude a consultas (agregadas)	Total	Lima Metropolitana	Área Urbana (1)	Área Rural
Falta de dinero	5,5	4,7	5,9	5,6
Queda lejos/ Falta de confianza/ Demoran	8,1	5,3	8,3	10,6
Remedios caseros o autorrecetó	17,6	19,4	16,8	17,3
No fue necesario	32,3	40,5	33,0	22,7
Otras	36,5	30,0	35,9	43,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Nota: (1) no incluye Lima Metropolitana.

Fuente: INEI (2012).

Por otro lado, los datos permiten observar que, si bien la falta de dinero constituye una barrera en sí misma, esta constituye un obstáculo no solo para quienes no tienen ningún tipo de seguro, sino igualmente para los beneficiarios del SIS, quienes ponderan como otras barreras de acceso la distancia, la falta de confianza y la demora en la atención (cuadro 11).

Cuadro 11

Razones por las cuales la población no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud, según condición de aseguramiento, 2013

(En porcentajes)

Aseguramiento en salud	Falta de dinero	Queda lejos/ Falta de confianza/ Demoran	Remedios caseros o autorrecetó	No fue necesario	Otras razones
Sin seguro	53,8	33,1	37,5	38,7	38,8
EsSalud	6,9	21,3	22,7	22,9	20,7
SIS	38,6	43,6	35,2	32,1	36,7
Otro	0,7	2,0	4,6	6,2	3,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la ENAHO.

1/ Solo para los que no acudieron a un centro de salud.

2.5 Diversidad institucional y ámbitos de coordinación

Como se ha podido observar en la revisión de la política de protección social en el Perú presentada en esta parte del informe, existe una gran diversidad de instituciones encargadas de diversos aspectos de la política. En algunos casos, esa diversidad obedece a la necesidad de atender aspectos específicos de la problemática mediante programas particulares; pero también se genera una superposición de objetivos e instrumentos, lo que puede dar lugar a un uso no eficiente de los recursos disponibles.

El avance hacia el efectivo cumplimiento de las diferentes garantías que constituyen un sistema de protección social moderno demanda, sin duda, acciones específicas. No obstante, es necesario considerar que las partes han de ser integradas en un sistema donde no se trate de brindar un solo tipo de beneficio, sino que busque articular y coordinar aquellos que forman parte de la tradicional seguridad social contributiva con aquellos que, en respuesta a las nuevas circunstancias que predominan en la sociedad, se financian con recursos de rentas generales. Más aún, los programas públicos deben estar adecuadamente coordinados con la regulación de las prestaciones a cargo del sector privado.³⁴

En este sentido, existe un trabajo que se está llevando a cabo y que debe ser sostenido y fortalecido. En el año 2011, al crearse el MIDIS, mediante la Ley N° 29792, se estableció el Sistema Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (SINADIS), encargado de asegurar el cumplimiento de las políticas públicas que orientan la intervención del Estado destinadas a reducir la pobreza, las desigualdades, las vulnerabilidades y los riesgos sociales. Tiene como ente rector al propio MIDIS y está compuesto por la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS³⁵) –cuya secretaría técnica recae en el MIDIS–, y los ministerios, organismos públicos, programas y proyectos del Poder Ejecutivo Nacional, gobiernos regionales y municipalidades vinculados a las políticas de desarrollo e inclusión social.

Luego, mediante Decreto Supremo N° 008 del 26 de abril de 2013, se aprobó la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”,

34 En este sentido debe entenderse la posición de la Defensoría del Pueblo (2005), que reclama la existencia de esa articulación en el sistema de pensiones.

35 Se trata de una de las comisiones creadas por la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (LOPE).

que cuenta con el refrendo de la Presidencia del Consejo de Ministros y de los Ministerios de Desarrollo e Inclusión Social; Economía y Finanzas; Salud; Educación; Mujer y Poblaciones Vulnerables; Justicia y Derechos Humanos; Trabajo y Promoción del Empleo; Producción; Vivienda, Construcción y Saneamiento; Agricultura, Transportes y Comunicaciones; Ambiente, y Energía y Minas, lo que revela su cariz interministerial. Como se mencionó al inicio de esta parte del informe, el objeto de esta estrategia es ordenar todas las intervenciones sociales del Estado, varias de ellas vinculadas al piso de protección social, y organizadas alrededor de cinco ejes que siguen la lógica del ciclo de vida: Nutrición infantil (0-3 años); Desarrollo infantil temprano (0-5 años); Desarrollo integral de la niñez y la adolescencia (6-17 años); Inclusión económica (18-64 años); y Protección del adulto mayor (64 a más años). Asimismo, se trata de reducir las brechas existentes entre las poblaciones con mayores y menores necesidades, a través de políticas y programas sociales articulados que favorezcan el acceso a los servicios sociales e impacten positivamente en la reducción de la pobreza.

Atendiendo a iniciativas provenientes de los diferentes niveles de gobierno, en el año 2014, mediante Resolución Ministerial N° 258 del MIDIS, se constituyó la Comisión Intergubernamental de Desarrollo e Inclusión Social, como instancia permanente de coordinación intergubernamental entre el MIDIS, gobiernos regionales y gobiernos locales, para articular políticas, estrategias y acciones nacionales que deben implementarse de manera coordinada entre los tres niveles de gobierno, para el fortalecimiento de la gestión descentralizada en materia de desarrollo e inclusión social.

Por último, atendiendo a la organización especial de la provisión de servicios de salud, el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (creado por Ley 27813 del año 2002) tiene la finalidad de coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud, promoviendo su implementación concertada, descentralizada y coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector, a efectos de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos y avanzar hacia la seguridad social universal en salud.

3

Desafíos para aumentar la cobertura

La revisión de la evolución de la protección social en el Perú, así como su nivel actual de cobertura en los diferentes segmentos y las dificultades para alcanzar el cumplimiento de las garantías establecidas por la Resolución núm. 202 de la OIT indican que los desafíos que se deberán enfrentar son múltiples y de compleja solución. Sin duda, las mejoras en el mercado de trabajo, que devienen del aumento de la formalización laboral, han sido el camino ideal para alcanzar los objetivos buscados. No obstante, en el corto plazo (y tal vez mucho más), la búsqueda de soluciones estructurales no debe ser una excusa para dejar de atacar las actuales manifestaciones de la desprotección de amplios sectores de la población del Perú. Por lo tanto, se requieren políticas públicas orientadas hacia el cumplimiento de las garantías, y, en consecuencia, mayor financiamiento para las acciones estatales. Con este contexto se inicia la parte final de este estudio, destinada a abordar los desafíos futuros de las políticas para aumentar la cobertura de protección social en el Perú.

3.1 Espacio fiscal para la extensión de la cobertura de la protección social

Tomando en cuenta la necesidad de mantener los equilibrios macroeconómicos, la política fiscal del Perú debe permanecer dentro del marco establecido por la recientemente sancionada Ley de Fortalecimiento de la Responsabilidad y Transparencia Fiscal, que establece una meta de déficit fiscal estructural equivalente a 1% del PIB. Asimismo, como parte de esta política económica, se creó un Fondo de Estabilización Fiscal (FEF) que, formado por los superávits fiscales, 10% de las privatizaciones y otros montos asignados, está destinado

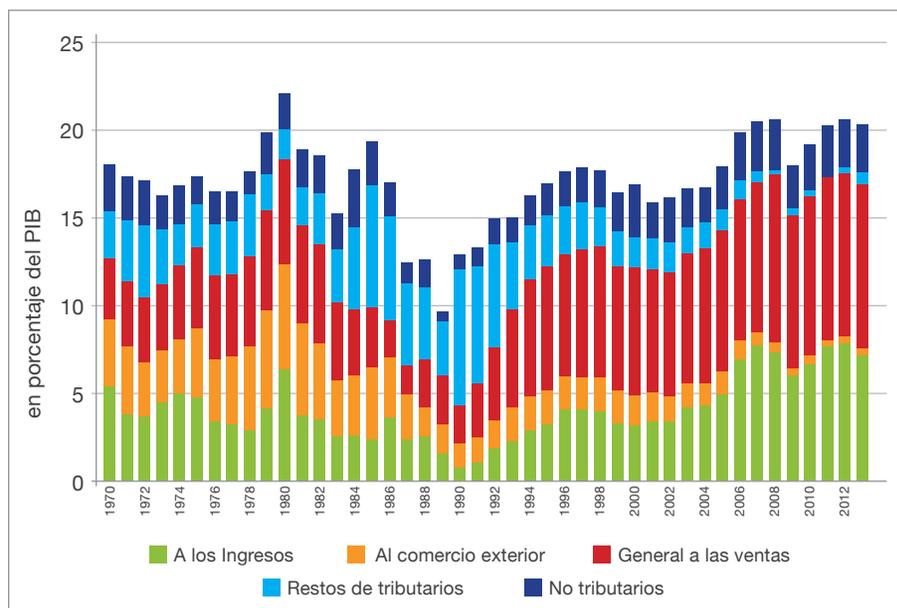
a brindar liquidez en situaciones extraordinarias. El FEF tiene un tamaño máximo de 4% del PIB, y los fondos excedentes deberán ser destinados a la reducción de la deuda pública.

De acuerdo con el Marco Macroeconómico Multianual (MMM) 2015-2017, la deuda pública fue algo inferior a 20% del PIB en 2013, y se espera un nivel del 17,5% del PIB en 2017. Dicho objetivo se logrará, en parte, con los avances en la política y la administración tributaria, además de las reformas que se han puesto en marcha desde tiempo atrás.

Al igual que en la mayor parte de los países latinoamericanos, la carga tributaria total es baja. Sin contar las contribuciones sobre los salarios para la seguridad social, los ingresos tributarios del gobierno central se ubicaban en 15,3% del PIB en 2011, nivel apenas superior al promedio regional (15,1% del PIB) (CEPAL, 2013). Como señala Escalante (2013), en los años noventa, el Perú dio inicio a una serie de reformas que, en materia de tributación, significó cambios en las tasas, ampliación de las bases y, en general, la simplificación de un sistema que era sumamente complejo. Estas reformas que se sucedieron a lo largo del último cuarto de siglo implicaron un incremento en la presión tributaria, lo cual, aunque relevante, sigue siendo insuficiente. En todo caso, apenas se recuperaron los niveles de los años setenta.

Gráfico 27

Ingresos corrientes del Gobierno Central (% del PIB)



Fuente: Elaborado en base a datos del BCRP.

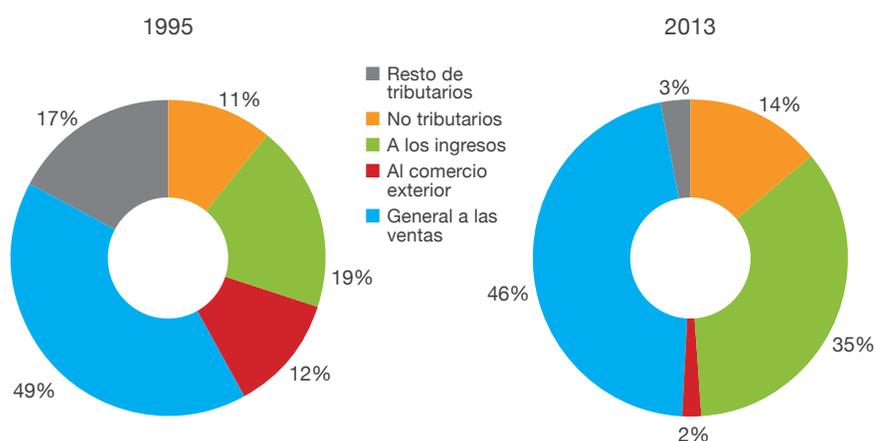
Resulta significativo, no obstante, el cambio en la estructura de la tributación que, en el gráfico 27, se evidencia en la concentración de recursos que el Gobierno Central mantiene en base a los tributos sobre los ingresos y las ventas. A principios de los años noventa, se había logrado reducir el número de tributos, y eliminar exoneraciones y regímenes especiales, modificaciones de ciertas alícuotas. La consecuente simplificación del sistema se hace patente si se observa que en los años ochenta existían en el Perú 68 tributos, y en 1993, luego de las reformas de principios de esta década, solo quedó un grupo de tributos. Estos eran el Impuesto General a las Ventas (régimen general y simplificado); Impuesto a las Rentas para Personas Jurídicas, para Personas Naturales, Mínimo y Simplificado; Impuesto al Patrimonio Empresarial; Aranceles; Impuesto Selectivo al Consumo; y Fondo Nacional de la Vivienda.

Más adelante se sucedieron nuevas reformas que siguieron el camino hacia la mayor simplificación tributaria, y desde el año 2006, la carga tributaria total ronda un nivel algo superior a 15% del PIB, a excepción de los años 2009 y 2010, como resultado de la crisis internacional.

A modo de síntesis, el gráfico 28 muestra el cambio de estructura de ingresos corrientes del Gobierno Central entre 1995 y 2013. Se puede comprobar la concentración de recursos tributarios en los impuestos generales a las ventas y, en menor medida, a los ingresos; la pérdida de importancia del resto de tributos, y el mantenimiento de los ingresos no tributarios.

Gráfico 28

Cambio en la estructura porcentual de recursos del Gobierno Central entre 1995 y 2013



Fuente: Elaborado en base a datos del BCRP.

De manera similar a lo ocurrido en otros países de América Latina, en el Perú se incorporaron mecanismos impositivos simplificados como alternativa para ampliar el cumplimiento tributario. El Régimen Único Simplificado (RUS) permite que las personas naturales paguen una cuota fija, de modo que se suprime la obligación de declarar y pagar el impuesto a la renta, el general a las ventas y el de promoción municipal. Adicionalmente, elimina la obligación de llevar libros contables a las microempresas. Por su parte, el Régimen Especial del Impuesto a la Renta (RER) establece una tasa fija mensual sobre los ingresos netos mensuales para las pequeñas y medianas empresas.

Durante el año 2011, se realizó una reforma al sistema de pago de regalías y se incorporaron tres tributos: la Nueva Regalía Minera, el Impuesto Especial Minero y el Gravamen Especial Minero. Habida cuenta del incremento en los recursos fiscales, el gasto público social creció a una tasa promedio anual del

6,1% entre 2000 y 2011, como resultado de lo cual, como porcentaje del PIB, alcanzó el 8,9% (Infante et al., 2014).

Teniendo en cuenta su negativo impacto tanto sobre la cobertura de la protección social contributiva como sobre el espacio fiscal para otras políticas públicas, resulta pertinente considerar los problemas derivados del incumplimiento en el pago de contribuciones sobre los salarios. Un estudio reciente publicado por CEPAL (Gómez Sabaíni et al., 2014) ha estimado el incumplimiento en el pago de cargas sobre el salario que financian los subsistemas de pensiones y salud en el Perú, junto con los de Colombia y Argentina. La metodología de cálculo se basó en la información proveniente de Cuentas Nacionales, mediante la cual se buscó determinar la brecha de recaudación (en términos monetarios) que surge de comparar la recaudación teórica estimada y la efectivamente ingresada. No obstante, la metodología fue adaptada en cada caso en particular, en función de la disponibilidad estadística y los parámetros de cada esquema contributivo. Asimismo, la disponibilidad de información determinó también la elección de los periodos para los que se realizaron las estimaciones de cada caso. Ciertamente, los resultados obtenidos (cuadro 12) dependen, de manera crucial, de los supuestos realizados (recuadro 4), pero ubican al Perú con un grado de incumplimiento superior al 45%.

Cuadro 12

Resultados de las estimaciones sobre incumplimiento contributivo de los trabajadores asalariados

(En porcentajes y en porcentajes del PIB)

País y año de estimación	Argentina (2007)	Colombia (2010)	Perú (2007)
Tasa de incumplimiento (en %) ^a			
Pensiones	21,5	30,0	45,5
Salud	21,5	30,0	46,1
Total	21,5	30,0	45,8
En % del PIB			
Pensiones	0,89	1,67	1,63
Salud	0,59	1,31	1,13
Total	1,48	2,98	2,76

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los resultados de las estimaciones realizadas.

^a Como porcentaje de la recaudación teórica para el total de la economía (efectiva + potencial sin evasión).

La estimación del incumplimiento en el pago de contribuciones para la seguridad social

En el caso del Perú, la disponibilidad del reciente informe sobre la Cuenta Satélite de la Economía Informal del INEI (2014) motivó la decisión de adaptar la metodología utilizada con el fin de sacar el mayor provecho posible de la información publicada. Así, se partió de los datos de Remuneraciones del Trabajo Asalariado (RTA) del año 2007 para el total de la economía (98.127,00 millones de soles corrientes), la mayor parte del cual se genera en el “sector formal” (donde se encuentran trabajadores formales e informales) y alcanza los 88.476,25 millones; mientras que una porción menor (9.651,75 millones) corresponde a remuneraciones de los asalariados en el sector informal. Para este último, se calculó el incumplimiento aplicando directamente las tasas legales de contribución, lo que resultó en 1.254,60 millones de soles para la cobertura del sistema de pensiones, y 868,57 millones para el seguro de salud, la suma de lo cual arrojaba una evasión total de 2.123,16 millones de soles para los asalariados del sector informal de la economía.

Para el cálculo correspondiente al sector formal, se procedió a estimar la proporción de remuneraciones totales asignables a los trabajadores informales (aquellos con contrato formal pero sin protección social efectiva de pensiones y de salud). Aplicando las tasas legales sobre el monto calculado, se obtuvo el nivel monetario del incumplimiento contributivo en el sector formal de la economía: 3.968,03 millones de soles en concepto de pensiones, y 2.747,10 millones en la cobertura de salud, lo que determinó un total de 6.715,13 millones de soles para dicho sector. De la sumatoria simple de los valores calculados para cada sector, se tiene que el nivel de evasión contributiva en pensiones y salud alcanzó, en el año 2007, la suma de 8.838,30 millones de soles en total (5.222,63 millones correspondientes a pensiones, y 3.615,67 millones, a salud). En porcentajes de la recaudación teórica (cuadro 12), esto representa una tasa global del 45,8% (levemente superior, para el seguro de salud, que las pensiones por vejez), y en relación al PIB del año 2007, equivale a un 2,76% en total (1,63% en pensiones y 1,13% en salud).

El trabajo indaga sobre el costo fiscal de estos incumplimientos. Teniendo en cuenta que, a diferencia de los casos de Argentina y Colombia, el Perú no ofrece un esquema de prestaciones no contributivas para los adultos mayores, no es posible considerar un costo fiscal explícito en este sentido. Los trabajadores

que, estando afiliados al sistema de capitalización individual, evadan el pago de contribuciones durante una porción de su periodo de actividad recibirán una pensión reducida. En cambio, los que estén en un régimen de reparto perderán protección, al tiempo que reducirán el financiamiento para los pasivos del periodo en el que evadan las contribuciones. Este efecto estaría parcialmente compensado por los aportes de quienes no logran cumplir con los requisitos, ya que, a diferencia del caso colombiano, no existe mecanismo de devolución de cargas sobre el salario.

Fuente: Gómez Sabáini et al. (2014).

3.2 La consolidación de un nuevo sistema de protección social que asegure el cumplimiento de garantías

De acuerdo con el Marco Macroeconómico Multianual 2015-2017, los lineamientos de la política económica –especialmente la fiscal– del Perú para los próximos años consisten en:

- ◆ Mayor inclusión social.
- ◆ Crecimiento con estabilidad.
- ◆ Mejorar la productividad y competitividad de la economía.
- ◆ Reducir la volatilidad del gasto público.
- ◆ Continuar con la reducción de la deuda pública.
- ◆ Aumento de los ingresos fiscales permanentes.
- ◆ Mejorar la calidad del gasto público mediante presupuesto por resultados.

Sin duda, el camino más efectivo para lograr la ampliación del sistema de protección social y el aseguramiento de los pisos de protección social correspondientes en el Perú pasa por la erradicación de las causas de la informalidad laboral. De cualquier manera, el tema es sumamente complejo y será difícil alcanzar logros satisfactorios en el corto –y aun mediano– plazo. Sea cual fuere la política para reducir la informalidad laboral, la magnitud de este fenómeno y las características actuales de la producción no permiten avizorar una sustancial y pronta reducción de esta problemática. En consecuencia,

con independencia de las medidas que se instrumenten para reducir la informalidad, los gobiernos tienen que multiplicar sus esfuerzos por asegurar niveles aceptables de pisos de protección social y su posterior crecimiento.

En relación a las garantías de ingresos para niñas, niños y adolescentes, así como para las personas en edad de trabajar, la efectiva introducción de programas de protección social amplios requerirá de la asignación de mayores fondos presupuestarios que, como se discutió en la sección precedente, demandará incrementos en la recaudación de impuestos tradicionales que financien prestaciones no contributivas. De todos modos, si se lograra incrementar la recaudación de cargas sobre los salarios, y así se redujeran los niveles de evasión contributiva, se podría ampliar la cobertura de los sistemas contributivos, al tiempo que mejorarían las perspectivas de los esquemas no contributivos al disminuir la proporción de población que debe ser atendida con recursos de rentas generales.³⁶

El sistema de pensiones peruano presenta un elevado grado de segmentación, que se combina con una escasa cobertura poblacional que limita su alcance. Existe una multiplicidad de instituciones que intervienen en la gestión, regulación, supervisión y administración del sistema sin una visión integral del mismo. En consecuencia, si bien la garantía 4 que establece la Recomendación núm. 202 de la OIT, acerca del acceso a una seguridad básica en el ingreso para las personas de edad, ha registrado cierta mejoría en los últimos años, aún dista de ser satisfactoria.

El principal desafío que enfrenta el sistema de pensiones peruano tiene que ver con la ampliación de la cobertura. Como señalan Monge Zegarra y Flores Pérez (2014), a pesar de que legalmente existen medios que garantizan (mediante esquemas contributivos) pensiones para los adultos mayores, las limitaciones en el acceso de los trabajadores a estos esquemas hacen que, en la práctica, muy pocos accedan a este beneficio. La informalidad del mercado de trabajo impide que este tipo de sistemas se extienda adecuadamente por toda la fuerza laboral. A ello se añade el hecho de que muchos trabajadores transitan regularmente entre la formalidad y la informalidad, de modo que son

³⁶ Debiera evaluarse la conveniencia de imitar lo que se hace en otros países de la región, donde, como medida transitoria, se considera la posibilidad de instrumentar regímenes contributivos simplificados –o tributarios con algún componente de seguridad social, como el Monotributo en Argentina– que permitan una transición más “suave” desde la situación de informalidad hacia su inserción dentro del marco jurídico-económico general.

cotizantes eventuales que no logran cumplir con los requisitos de acceso impuestos por los regímenes contributivos.

Además, persisten problemas de sostenibilidad financiera y actuarial, lo que va en detrimento de la calidad del sistema público, que es justamente el que atiende de manera más que proporcional a los trabajadores (formales) de menores ingresos o menor productividad.

De este modo, las inequidades que existen en la edad productiva de los trabajadores tienden a reproducirse o agravarse en la vejez, sin que operen mecanismos de compensación adecuados en la actualidad. Si bien es cierto que el programa Pensión 65, de estar adecuadamente focalizado, sería determinante en el aumento de la cobertura –sobre todo en los segmentos de menores ingresos– y podría llegar a tener un papel similar al del SIS en el caso de la cobertura de los seguros de salud, presenta la limitación de constituirse más como un programa social que como el componente de un sistema integral de protección a la vejez a través de una adecuada coordinación de políticas contributivas y no contributivas (Monge Zegarra y Flores Pérez, 2014).

Esto resulta de particular relevancia si se tiene en consideración el contexto actual de envejecimiento poblacional. No debe perderse de vista que, si bien en la actualidad las personas de 65 años y más representan el 6% de la población total, se prevé que en 2050 y 2100 alcancen una participación del 17,1% y 29,9%, respectivamente. Estos cambios demográficos implicarán grandes movimientos en los patrones de consumo y productividad de la población, a la vez que presionarán para aumentar el gasto público hacia los grupos de edad más avanzada (Universidad del Pacífico, 2014). Sin duda, la problemática de la población adulta mayor resulta mucho más compleja que lo que puede ser reseñado en estas líneas. Por otro lado, resulta de sumo interés el texto que, preparado por HelpAge International, llama la atención sobre diferentes dimensiones que requieren ser consideradas (recuadro 5).

Los setenta son los nuevos cincuenta

Pilar Contreras

HelpAge International

En términos generales, el documento nos confirma que las personas adultas mayores, en especial las mujeres y quienes viven en el área rural, constituyen un grupo etario frágil, vulnerable y sin protección ni seguridad social adecuada.

El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población plantean la necesidad de un mayor conocimiento de las formas de inserción de los adultos mayores en la sociedad, con el fin de conseguir adecuadas condiciones de vida para ellos y, así, un mejor desarrollo de las políticas de protección social en el Perú. Siguiendo las estadísticas del Sistema Privado de Pensiones y la Oficina de Normalización Previsional, hasta junio de 2014, el 16,5% de las personas adultas mayores gozaba de una pensión contributiva, y el 15,4% recibía Pensión 65.³⁷ Los bajos ingresos personales obligan al 56% de los adultos mayores a permanecer laboralmente activos. Sus trabajos son predominantemente informales, mayoritariamente independientes (53,2%) y en actividades agrícolas (16%). Especial énfasis tiene la participación de las personas adultas mayores, en especial mujeres, no solo por su participación en el mercado laboral, sino también por las horas que dedican a las labores domésticas.

El éxito alcanzado por la tecnología médica ha determinado que las personas puedan vivir más, pero este hecho ha sobrepasado los logros de la prosperidad económica. Durante los últimos 50 años, el crecimiento económico y el incremento en la productividad han sido las metas para las políticas de desarrollo. Debido a que las personas adultas mayores suelen ser consideradas como económicamente dependientes y pasivas, han sido tratadas como irrelevantes para el desarrollo, y, en el peor de los casos, como una traba para alcanzar la prosperidad anhelada.

Es tarea pendiente determinar si los ingresos del hogar continúan siendo la mejor forma de medir la pobreza de los adultos mayores, lo que determina su inclusión o no en programas sociales destinados a mejorar su calidad de vida. Es necesario medir adecuadamente diversas variables y, así, dar cuenta de la condición multidimensional de la pobreza. Las pensiones no contributivas instaladas en diversos países de la región han demostrado que medir la pobreza

37 <http://www.pension65.gob.pe/quienes-somos/que-es-pension-65/>

de los adultos mayores con base en el ingreso del hogar donde viven es un error que no toma en cuenta variables como la producción propia, los derechos humanos, el deterioro de capacidades, la calidad del sistema de salud al que tienen acceso, el nivel de libertades y la capacidad que tienen de participar en los mecanismos de integración social establecidos por el gobierno. Es evidente que los instrumentos de medición de la pobreza concentran su atención en los ingresos y los activos fijos, olvidando factores como, entre otros, la propiedad sobre la tierra que tienen los campesinos, lo que no les garantiza un ingreso fijo y mucho menos calidad de vida.

Algunos pendientes:

Información desagregada por edad. Al igual que en otros países de la región, si bien la base de datos del INEI recoge información completa sobre la población peruana, los reportes oficiales no ofrecen información detallada sobre los adultos mayores. Estos suelen desagregar por edad y no por sexo, y cuando lo hacen por sexo no lo hacen por edad, lo que impide tener información, por ejemplo, sobre las mujeres adultas mayores o conocer más en profundidad las diferencias entre el grupo de 60 a 75 años y el grupo de 75 y más.

Mujeres adultas mayores. Otro dato digno de mención es el relacionado con las políticas de género que se mantienen vinculadas a la actividad reproductiva; por ello, los informes oficiales tienen como edad límite los 49 años, y dejan fuera a todas las mujeres mayores de 50 años. Tal parece que el compromiso que tiene el Perú con la igualdad de oportunidades para el acceso a todo tipo de empleo e igualdad de derechos y obligaciones frente a toda clase de ocupación no se refleja en las cifras. En el país, las mujeres en general no reciben el reconocimiento ni la remuneración adecuada, a pesar de haber incrementado sus niveles de formación. Cabe preguntarse, entonces, sobre el aporte que las mujeres adultas mayores hacen a la reproducción de la fuerza de trabajo a través del trabajo no remunerado.

Las políticas de igualdad de género y los programas desarrollados por organizaciones no gubernamentales tienen una deuda pendiente con las mujeres adultas mayores, que no son incluidas en sus programas de intervención. Es necesaria una mirada de género transformadora, que mire más allá de la función reproductiva y se refleje en los análisis cuantitativos y cualitativos por género y por edad, para, de esta manera, modificar las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres en el ciclo de vida.

Heterogeneidad. Finalmente, cabe señalar que uno de los grandes errores de las políticas públicas dirigidas a este grupo etario es suponer que la vejez es homogénea; por el contrario, ser viejo admite diversidad y multiplicidad de ámbitos. En el Perú, no sólo la ubicación geográfica o el contexto socioeconómico son determinantes: también lo es el trayecto laboral, el capital acumulado que ha permitido a muchos peruanos acumular activos que hoy les garantizan ingresos. Otro porcentaje de personas, también sin pensión, busca fuentes alternativas de ingresos que le permitan suplir unas condiciones básicas de vida; un tercer grupo, a pesar de tener activos fijos, no logra acumular ingresos que le permitan garantizar un ingreso fijo, acceso a salud y, por lo tanto, calidad de vida adecuada.

El confundir edad con el concepto de vejez oculta las diferencias. Hay diversas formas de ser viejo; habrá que estudiar en el Perú cuáles son estas múltiples formas y su correspondencia con la dimensión social y subjetiva.

Pasando al sistema de salud, la cobertura universal significa que toda la población posee acceso apropiado y a un costo asequible a prestaciones de salud vinculadas con la promoción, prevención, cura y rehabilitación. Desde esta perspectiva, la cobertura universal implica equidad de acceso y protección financiera (OMS, 2005). El diagrama 2 resume las estrategias para alcanzar la cobertura y acceso universal a la salud, según lo plantea una reciente resolución del Consejo Directivo de la OPS.

Diagrama 2

Estrategias para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud



Fuente: OPS, Resolución CD53.14, 53.º Consejo Directivo, 2014.

De acuerdo con la OMS, en el camino hacia la provisión de un aseguramiento universal en salud, los países enfrentan tres obstáculos (que se encuentran relacionados entre sí): i) la disponibilidad de recursos, ii) el peso de los pagos directos (gastos de bolsillo), y iii) el uso ineficiente y no equitativo de los recursos (OMS, 2010; OMS, 2005). Adicionalmente, como se ha mencionado,

existen restricciones geográficas, distributivas y culturales al acceso que, en casos como el del Perú, pueden llegar a ser bastante significativas. Así, la discusión acerca del establecimiento de un piso de protección social adquiere relevancia en un contexto como el peruano, ya que, a pesar de los progresos económicos ocurridos en los últimos años, todavía hay grandes segmentos sociales desprotegidos (Monge Zegarra y Flores Pérez, 2014).

Como se ha visto a lo largo de este informe, el sistema de salud peruano presenta un elevado grado de fragmentación, escaso financiamiento, una importante proporción de población no cubierta y grandes diferencias de acceso. En consecuencia, la garantía 3 que establece la Recomendación núm. 202 de la OIT, acerca del acceso a un conjunto de bienes y servicios que constituyen la atención de salud esencial –que debe cumplir con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad–, dista de cumplimentarse, aun cuando se ha avanzado de manera significativa desde 2009 en garantizar el acceso a partir de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud. Las brechas identificadas en términos de cobertura, acceso y financiamiento dan cuenta de esta problemática y constituyen las principales áreas de intervención a futuro.

El mayor desafío que enfrenta el sistema de salud peruano es el logro de la cobertura universal a partir de la profundización y fortalecimiento de la implementación de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud. En este sentido, es fundamental avanzar en la ampliación de la disponibilidad de recursos mediante el financiamiento público; reducción de gastos de bolsillo; mejorar la eficiencia y equidad en el uso de los recursos; solucionar los problemas de acceso vinculados con las particularidades de cada territorio y con factores culturales, y expandir la cobertura. (Cetrángolo et al., 2013). En este marco, la integración de los distintos subsistemas aparece como un desafío impostergable, como forma de garantizar la coordinación creciente entre las diferentes instituciones y facilitar la construcción paulatina de un sistema de salud verdaderamente unificado. En relación con las diferencias en el territorio, debe definirse con claridad el papel de cada nivel de gobierno en el sistema de salud, así como las instancias de monitoreo y compensación de debilidades en los territorios más postergados.

Sin duda, estos desafíos no se encuentran ajenos a los factores socioeconómicos determinantes de la economía peruana. Así, ello debe conjugarse con políticas de empleo y formalización del mercado de trabajo, e igualmente

de estabilización macroeconómica, en un contexto de fortalecimiento de la protección social en todos sus componentes.

A modo de síntesis final y conclusión de los diferentes aspectos analizados a lo largo del documento, se introduce, en el recuadro 6, un listado de los desafíos más importantes que deben enfrentarse para lograr la consolidación de un sistema de protección social en el Perú que cumpla con las garantías establecidas en la Recomendación núm. 202 de la OIT. Se entiende aquí que el debate que pueda desarrollarse alrededor de este listado posibilitará una mejor delimitación de la agenda futura de reformas necesarias.

Recuadro 6

Listado de desafíos más importantes para el sistema de protección social del Perú

1. Reducir la informalidad laboral.
2. Aumentar el espacio fiscal mediante el incremento de recursos tributarios (en especial, aquellos con mayor impacto redistributivo) y el avance en el combate contra la evasión.
3. Aumentar el alcance de los programas destinados a asegurar ingresos a los niños, niñas y adolescentes, así como a las personas en edad de trabajar.
4. Mejorar la focalización y eficiencia de los programas que aseguren ingresos mínimos, reduciendo la fragmentación existente en las políticas.
5. Aumentar el gasto público y reducir el gasto de bolsillo en salud, hasta que la cobertura de seguros alcance a la totalidad de la población, y buscar la integración efectiva de los subsectores.
6. Aumentar la cobertura de los sistemas de pensiones.
7. Asegurar la sostenibilidad de los sistemas contributivos que aseguran ingresos a la población adulta mayor.
8. Aumentar la cobertura y financiamiento de los esquemas no contributivos.
9. Atender adecuadamente las disparidades territoriales.
10. Lograr consensos de largo plazo sobre la dirección de las políticas. Se debe promover el diálogo social para permitir la implementación y consolidación de los pisos de protección social.
11. Lograr un desarrollo institucional que asegure la adecuada coordinación entre diferentes aspectos del sistema de protección social, definiendo con claridad su gobierno.

Referencias bibliográficas

- Abusada Salah, R. y C. Pastor Vargas (2008), “Migración en el Perú”, Instituto Peruano de Economía, Lima.
- Alcalde-Rabanal, J.; O. Lazo-González y G. Nigenda (2011), “Sistema de salud de Perú”, en Salud Pública de México, Vol. 53, Suplemento 2, pp. 243-254.
- Alonso, J.; R. Sánchez y D. Tuesta (2014), “Un modelo para el sistema de pensiones en el Perú: Diagnóstico y recomendaciones”, en Revista Estudios Económicos, N° 27, Banco Central de Reserva del Perú, Lima.
- Arce, M. (2009), “Implementación del aseguramiento universal en salud en regiones piloto del Perú”, en Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, Vol. 26, N° 2, pp. 218-221.
- Banco Mundial (1993), Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud, Washington D.C.
- Banco Mundial (1994) Envejecimiento sin crisis. Políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento, Washington D.C.
- Banco Mundial (2011), “Mejorando los resultados de salud mediante el fortalecimiento de los derechos de los usuarios y de la gestión del sector público”, Informe N° 59218 - PE Unidad de Gestión del Sector de Desarrollo Humano, Unidad de Gestión de Países Andinos, Región de América Latina y el Caribe, Banco Mundial.
- Bernal, N. et al. (2008), “Una mirada al sistema peruano de pensiones. Diagnóstico y propuestas”, BBVA, Lima.

- Bertranou, F. (coord.) (2010), Aportes para un piso de protección social en Argentina: el caso de las asignaciones familiares, Oficina de País de la Organización Internacional del Trabajo para la Argentina, Buenos Aires.
- Buchanan, J. (1989), “La perspectiva de la elección pública”, en Buchanan, J., Ensayos sobre economía política, University of Hawaii Press, Honolulu.
- Carpio, M. (2012), “Análisis de la cobertura del sistema de pensiones en Perú y la elección entre los regímenes de reparto y capitalización”, Economía y Sociedad, N° 80, Lima, Consorcio de Investigación Económica y Social, noviembre.
- Casalí, P. y H. Pena (2012), Los trabajadores independientes y la seguridad social en el Perú, Oficina Internacional del Trabajo, Lima.
- Casalí, P. y W. Sánchez (2014), “Evolución de la Seguridad Social Contributiva en el Perú”, 2001-2012, mimeo.
- Cecchini, S. y R. Martínez (2010), Protección social inclusiva en América Latina, CEPAL, Santiago de Chile.
- CEPAL (2006), La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad, CEPAL, Santiago de Chile.
- CEPAL (2013), Estudio económico de América Latina y el Caribe, CEPAL, Santiago de Chile.
- Cetrángolo, O.; F. Bertranou; L. Casanova y P. Casalí (2013), El sistema de salud del Perú: Situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva, Organización Internacional del Trabajo, Lima.
- Defensoría del Pueblo (2005), Informe Defensorial N° 99. El futuro de los sistemas de pensiones. Hacia una nueva relación entre el sistema público y el privado, Lima.
- Díaz, J.J. (2014), “Formalización empresarial y laboral”, en Infante R. y J. Chacaltana (eds.), Hacia un desarrollo inclusivo: El caso del Perú, CEPAL y OIT, Santiago de Chile.
- Escalante, A. (2013), Impactos de las reformas recientes de política fiscal sobre la distribución de ingresos. El caso del Perú, CEPAL, Santiago de Chile.

- Gómez Sabaíni, J.C.; O. Cetrángolo y D. Morán (2014), La evasión contributiva en la protección social de salud y pensiones: un análisis para la Argentina, Colombia y el Perú, Organización Internacional del Trabajo, Buenos Aires.
- INEI (2009), “La mortalidad en Perú”, Lima.
- INEI (2010), “Perú: situación y perspectivas de la mortalidad por sexo y grupos de edad, nacional y por departamentos, 1990-2025”, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima.
- INEI (2012), “Evolución de la pobreza en el Perú al 2011”, Instituto Nacional de Estadística e Informática, mayo, Lima.
- INEI (2014), “Producción y empleo informal en el Perú. Cuenta Satélite de la economía informal 2007-2012”, Lima.
- Infante, R., J. Chacaltana y M. Higa, (2014), “Aspectos estructurales del desempeño macroeconómico del Perú. Situación actual, perspectivas y políticas”, en Infante R. y J. Chacaltana (eds.), Hacia un desarrollo inclusivo: El caso del Perú, CEPAL y OIT, Santiago de Chile.
- Lavigne, M. (2013), “Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Perú”, CEPAL, Santiago de Chile.
- Lip Licham, C. y F. Rocabado Quevedo (2005), Determinantes sociales de la salud en Perú, Ministerio de Salud, Lima.
- Mantilla Ramírez, R. y G. Linares Ramos (2012), “La creación del Sistema de Pensiones Sociales y sus implicancias en las MYPES en el Perú”, en Gestión Pública y Desarrollo, agosto, Lima.
- Martínez Gómez, C.; W. Mendoza y C. Saravia (2012), “Dinámica demográfica, ciclo de vida económica y déficits generacionales de consumo: El caso del Perú y sus regiones”, Notas de Población 94, CELADE-CEPAL, Santiago de Chile.
- Mendoza Bellido, W. (2014), Macroeconomía intermedia para América Latina, PUCP Fondo Editorial, Lima.

- Mesa Lago, C. (2004), “Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social”, Series Financiamiento para el Desarrollo, CEPAL, Santiago de Chile.
- Ministerio de Economía y Finanzas del Perú (2014), “Marco macroeconómico multianual 2015-2017”, Lima.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y Ministerio de Salud (2013), II Informe anual de seguimiento al cumplimiento de la Ley de las Personas Adultas Mayores. Periodo 2013, Lima.
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (2013), Anuario Estadístico Sectorial 2013, Oficina de Estadística, Lima.
- MINSA (2008), “Cuentas nacionales de salud. Perú 1995-2005”, Ministerio de Salud, Lima.
- MINSA (2010), “Análisis de la situación de salud del Perú”, Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud, Lima.
- Monge Zegarra, A. y S. Flores Pérez (2014), “Pisos de protección social en el Perú: evaluación y políticas”, en Infante R. y J. Chacaltana (editores), Hacia un desarrollo inclusivo: El caso del Perú, CEPAL y OIT, Santiago de Chile.
- Mueller, D.C. (1986), The Growth of Government. A Public Choice Perspective, IMF, Washington D.C.
- OIT (2011), Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra.
- OIT (2012), Recomendación relativa a los pisos nacionales de protección social (núm. 202), Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra.
- OIT (2014a), “Evolución del empleo informal en Perú: 2004-2012”, Notas sobre Formalización, FORLAC-OIT, Lima.
- OIT (2014b), Panorama laboral 2014. América Latina y el Caribe, Lima.
- OIT (2014), World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.

- Olivera Angulo, J. (2013), “Perú” en Rofman, R., I. Apella y E. Vezza (eds.), Más allá de las pensiones contributivas. Catorce experiencias en América Latina, Banco Mundial, Buenos Aires.
- OMS (2000), Informe sobre la salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- OMS (2005), “Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System”, Policy Brief N° 1/2005, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- OMS (2010), La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Parodi, C. (2014), Perú 1995-2012. Cambios y oportunidades, Ed. Universidad del Pacífico, Lima.
- PNUD (2010), Desarrollo Humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos, Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2010, Buenos Aires.
- Schwarzer, H., P. Casalí y F. Bertranou (2014), La estrategia de desarrollo de los sistemas de seguridad social de la OIT. El papel de los pisos de protección social en América Latina y el Caribe, Organización Internacional del Trabajo.
- Sepúlveda Carmona, M. (2010), “Informe de la experta independiente encargada de la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza”, Consejo de Derechos Humanos, 14 Periodo de Sesiones, Asamblea General de Naciones Unidas.
- SUNASA(2011), Boletín estadístico. Cuarto trimestre de 2011. Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, Lima.
- UNFPA (2012), El bono demográfico regional en el Perú, Lima.
- UNICEF (2012), “Integrated Social Protection Systems: enhancing equity for children”, UNICEF Social Protection Strategic Framework.
- http://www.unicef.org/spanish/socialprotection/framework/files/UNICEF_SPSFramework_whole_doc.pdf

UNICEF (2014), Gasto Público en las niñas, niños y adolescentes en el Perú, UNICEF, Lima.

Universidad del Pacífico (2014), “El Sistema Previsional del Perú: Diagnóstico 1996-2013, proyecciones 2014-2050 y reforma”, Documento de Discusión DD/14/11, Lima.

USAID (2011a), “La convergencia hacia la cobertura universal. Cambios en el desempeño del sistema de financiamiento de la salud en el Perú: 2000-2009”. Agencia de los EEUU para el Desarrollo Internacional en el Perú, Lima.

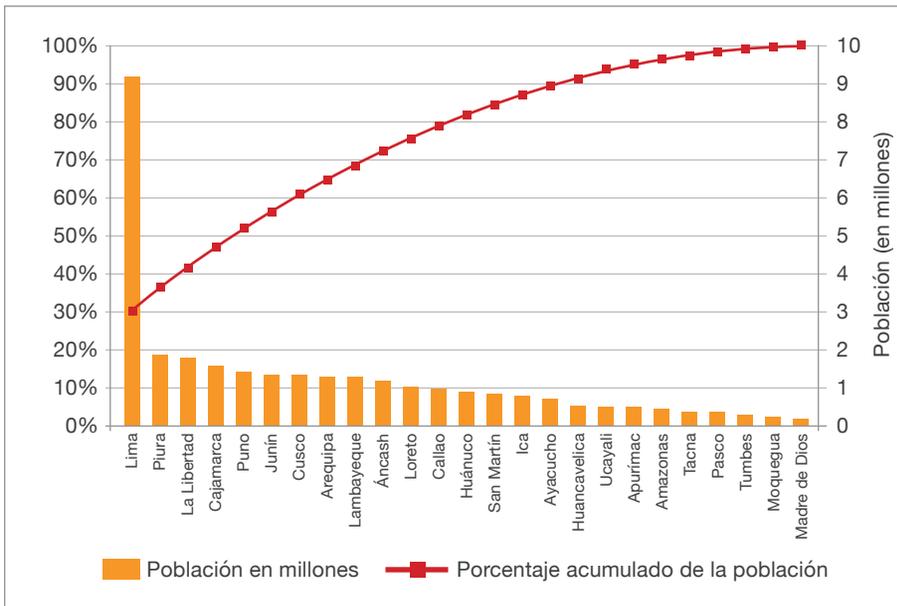
USAID (2011b), “El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. Fundamentos conceptuales y metodológicos”. Agencia de los EEUU para el Desarrollo Internacional en el Perú, Lima.

Velazco J.; R. Cabello y P. Casalí (2015), Los trabajadores agrarios y la Seguridad Social en Salud del Perú, Organización Internacional del Trabajo, Lima.

Vidal Bermúdez, A., F. Cuadros Luque y C. Sánchez Reyes (2012), “Flexibilización laboral en el Perú y reformas de la protección social asociadas: Un balance tras 20 años”, Serie Políticas Sociales N° 175, CEPAL, Santiago de Chile.

Anexo estadístico

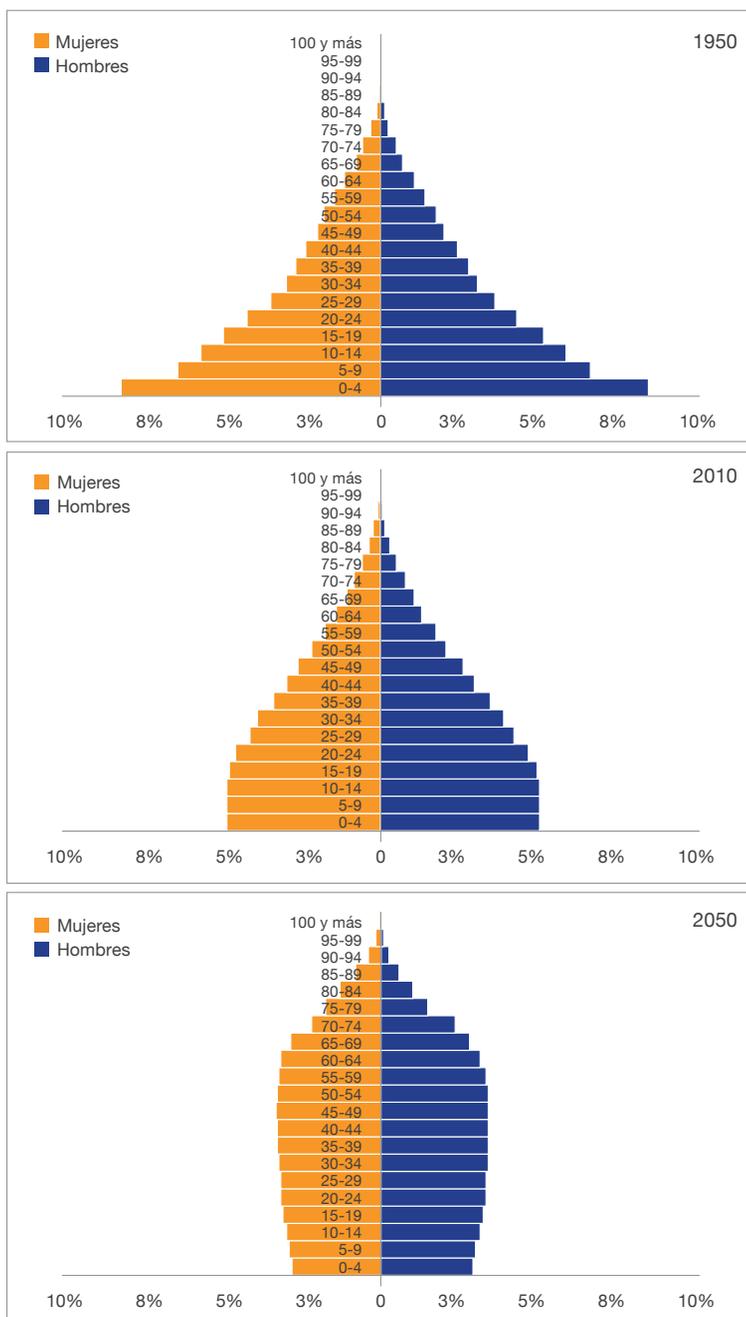
Gráfico A.1
 Distribución de la población por departamentos, 2010



Fuente: INEI.

Gráfico A.2

Composición de la población por género y por grupo etario, 1950, 2010 y 2050

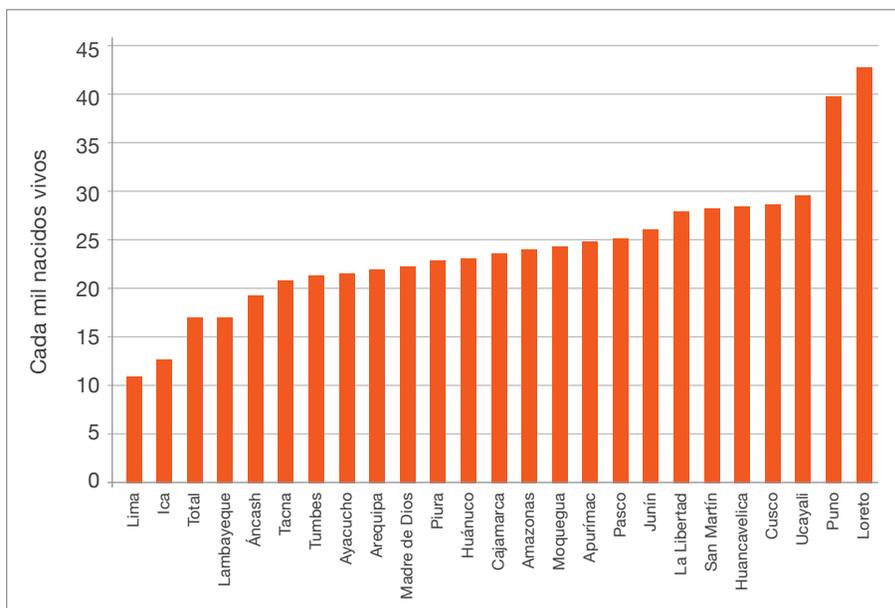


Fuente: CELADE.

Gráfico A.3

Tasa de mortalidad infantil por departamento, 2005

(Cada mil nacidos vivos)



Fuente: Dirección General de Epidemiología del MINSA.

Cuadro A.1

Incidencia de la pobreza y valor agregado por departamentos, 2010

(En porcentajes)

Departamento	Pobreza	Distribución del Valor Agregado
Amazonas	50,1	0,6
Áncash	29,0	3,5
Apurímac	63,1	0,5
Arequipa	19,6	5,7
Ayacucho	55,9	1,0
Cajamarca	49,1	2,6
Callao	15,6	
Cusco	49,5	2,8
Huancavelica	66,1	0,8
Huánuco	58,5	0,9
Ica	11,6	3,1
Junín	32,5	3,1
La Libertad	32,6	4,9
Lambayeque	35,3	2,7
Lima	13,3	53,0
Loreto	49,1	1,9
Madre De Dios	8,7	0,4
Moquegua	15,7	1,3
Pasco	43,6	1,0
Piura	42,5	4,0
Puno	56,0	2,1
San Martín	31,3	1,3
Tacna	14,0	1,4
Tumbes	20,1	0,5
Ucayali	20,3	1,0
Total país	31,3	100,0

Fuente: INEI.

Cuadro A.2

Acceso a servicios básicos, 2010

(En porcentajes)

Departamento	Acceso a agua	Acceso a agua segura	Acceso a saneamiento
Amazonas	31,6	3,3	80,0
Áncash	70,3	23,2	83,3
Apurímac	74,8	2,2	84,8
Arequipa	85,5	35,0	90,2
Ayacucho	62,9	6,5	85,1
Cajamarca	64,6	2,7	89,3
Callao	91,8	63,0	96,8
Cusco	62,4	14,1	81,2
Huancavelica	44,4	2,1	65,1
Huánuco	49,6	9,7	85,0
Ica	83,5	4,8	91,8
Junín	80,0	14,0	85,9
La Libertad	68,4	12,9	83,7
Lambayeque	74,9	7,5	89,0
Lima	89,1	51,0	96,2
Loreto	40,9	8,2	55,9
Madre De Dios	61,1	37,8	82,7
Moquegua	91,6	41,2	90,3
Pasco	38,7	3,4	55,4
Piura	65,7	8,1	78,4
Puno	40,1	4,9	80,5
San Martín	63,2	7,4	88,1
Tacna	90,6	48,0	94,8
Tumbes	77,5	34,7	83,7
Ucayali	54,2	5,1	39,7
Total país	72,3	23,6	86,3

Fuente: Dirección General de Epidemiología del MINSA.



ISBN 978-92-2-330135-4



9 789223 301354 >