

EXCLUSIÓN E INCLUSIÓN SOCIAL EN EL PERÚ

Logros y desafíos para el desarrollo

JOSÉ RODRÍGUEZ
PEDRO FRANCKE
Editores

Capítulo 4



BIBLIOTECA NACIONAL DEL PERÚ
Centro Bibliográfico Nacional

339.460985

E

Exclusión e inclusión social en el Perú : logros y desafíos para el desarrollo / José Rodríguez, Pedro Francke, editores.-- 1a ed.-- Lima : Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial, 2017 (Lima : Tarea Asociación Gráfica Educativa).

340 p. : il., diagrs. ; 21 cm.

Incluye bibliografías.

D.L. 2017-04877

ISBN 978-612-317-254-1

1. Pobreza - Aspectos económicos - Perú - Ensayos, conferencias, etc. 2. Igualdad - Aspectos económicos - Perú 3. Marginalidad social - Aspectos económicos - Perú 4. Asistencia pública - Perú 5. Perú - Política económica I. Rodríguez, José, 1960-, editor II. Francke Ballvé, Pedro, 1960-, editor III. Pontificia Universidad Católica del Perú

BNP: 2017-1328

Exclusión e inclusión social en el Perú

Logros y desafíos para el desarrollo

José Rodríguez y Pedro Francke, editores

De esta edición:

© Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial, 2017

Av. Universitaria 1801, Lima 32, Perú

feditor@pucp.edu.pe

www.fondoeditorial.pucp.edu.pe

Diseño, diagramación, corrección de estilo

y cuidado de la edición: Fondo Editorial PUCP

Foto de carátula: Pablo Tosco / Oxfam Intermón

Primera edición: abril de 2017

Tiraje: 500 ejemplares

Prohibida la reproducción de este libro por cualquier medio,
total o parcialmente, sin permiso expreso de los editores.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2017-04877

ISBN: 978-612-317-254-1

Registro del Proyecto Editorial: 31501361600663

Impreso en Tarea Asociación Gráfica Educativa

Pasaje María Auxiliadora 156, Lima 5, Perú

INCLUIR SOCIALMENTE A LOS ADULTOS MAYORES: ¿ES SUFICIENTE «PENSIÓN 65»?

*Luis García Núñez*¹

1. INTRODUCCIÓN

La población peruana presenta un lento, pero progresivo proceso de envejecimiento esperándose que en los próximos años el número de adultos mayores aumente. Según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática (Inei), en el año 2015, 2 043 348 peruanos tenían 65 años o más, representando aproximadamente el 6,3% de la población total. Esta cifra contrasta notablemente con lo que ocurría veintisiete años atrás, en el año 1988, cuando este grupo poblacional solo llegaba al 3,8% de la población² (unas 800 000 personas).

Las estadísticas muestran que en la actualidad un importante porcentaje de adultos mayores de 65 años o más no cuentan ni con seguros de salud ni con pensiones de jubilación. Si bien es cierto que han existido en décadas recientes importantes esfuerzos por mejorar la protección social de los peruanos, incluyendo a los adultos mayores, el problema es profundo, pues es el resultado de muchos años de descuido y abandono a este sector de la población.

¹ Profesor principal del Departamento de Economía de la PUCP.

² Cifras calculadas con las proyecciones de Inei (2009a y 2009b).

En los últimos diez años aproximadamente, han existido algunos programas y políticas aplicadas directamente a los adultos mayores —como, por ejemplo, el Seguro Integral de Salud (SIS) o el programa «Pensión 65»— con el fin de incluirlos a los beneficios mencionados. También existen otras políticas más antiguas y un tanto más «preventivas», en el sentido que se orientan a los actuales jóvenes, quienes serán los adultos mayores del mañana —como el Sistema Privado de Pensiones (SPP), las empresas prestadoras de salud (EPS) y las modalidades de nuevos seguros independientes de EsSalud—. Estas políticas tampoco han presentado avances importantes que nos lleven a pensar que el problema de los adultos mayores del futuro esté totalmente resuelto.

En este documento, se evalúa cuantitativamente el estado actual y la problemática del sector «adulto mayor» y se revisa de forma crítica los alcances y limitaciones de estas políticas. Asimismo, se comentará sobre la seguridad social en su conjunto y sus políticas según los principios de universalidad de la cobertura, igualdad y equidad, solidaridad, suficiencia de las prestaciones y sostenibilidad financiera (Mesa-Lago, 2004). Sobre la base de estos resultados, se propondrá algunos lineamientos para futuras políticas que logren por fin la inclusión social de este sector desprotegido.

2. EVOLUCIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN EL PERÚ

En esta sección vamos a revisar brevemente la evolución de la protección social en el Perú, en especial en lo que concierne a la seguridad social, en materias de salud y pensiones, hasta aproximadamente fines de la primera década del siglo XXI. En un principio, la salud y las pensiones estuvieron unidas, para luego tomar caminos separados, cada uno con su propia institucionalidad y problemática. Cabe mencionar que, en forma similar a Mesa-Lago (2004), se entenderá a la seguridad social en un sentido amplio, comprendiendo a todos los programas (pensiones, atenciones de salud, seguros, etc.) contributivos y no contributivos relacionados a los dos temas mencionados. Se distingue a la seguridad social del seguro social, siendo este último el concepto tradicional que

ata las contribuciones de trabajadores con las pensiones a través de una institución. Asimismo, no se considerarán a otros programas sociales como los alimentarios, educativos o los de transferencias condicionadas, que no se relacionan directamente con salud y pensiones.

El antiguo sistema de seguridad social se originó en 1936 con la creación del Seguro Obligatorio de Obreros y Empleados Domésticos (ley 8433) y complementado en 1961 con la creación del Seguro Social de Empleados. Estos dos sistemas fueron combinados en el Sistema de Seguridad Social Peruano mediante el decreto ley 20212, tomando, recién en 1980, el nombre de Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) mediante decreto ley 23161 (García, 2002). Este sistema se encargaba de proveer de atenciones de salud a sus miembros contribuyentes y otorgar pensiones vitalicias a sus contribuyentes jubilados (Delgado Aparicio, 2000). Estuvo diseñado desde sus inicios al estilo de otros sistemas de seguridad social latinoamericanos y europeos, orientado fundamentalmente a los trabajadores formales (Petraera & Cordero, 1999). Se financiaba principalmente con las contribuciones obligatorias de los trabajadores formales y dependientes, aunque existieron algunas modalidades para incorporar a trabajadores independientes. Mediante las recaudaciones corrientes por las contribuciones de los trabajadores, se pagaba tanto las pensiones como las prestaciones de salud, lo que se conoce como el sistema *pay-as-you-go* o de reparto en materia de pensiones. Como seguro de salud, no funcionaba efectivamente como tal, pues no había relación entre la contribución (un porcentaje de la remuneración) y la cobertura o plan de salud, el cual era homogéneo y total para todos los asegurados.

A inicios de la década de los noventa del siglo XX, se iniciaron importantes cambios en la economía peruana y la seguridad social no fue exenta de estos cambios. Luego de una severa crisis económica, se iniciaron reformas profundas en la economía peruana, en donde se promovió la participación del sector privado manteniendo el Estado un rol subsidiario. Por entonces, el IPSS presentaba serios problemas de financiamiento y cobertura de servicios (Verdera, 1996). En 1993,

el IPSS dejó de pagar pensiones, pasándose esta función a la Oficina de Normalización Previsional (ONP), quien se encargó desde entonces de recaudar los fondos provenientes de las contribuciones de los trabajadores y de pagar las correspondientes pensiones. Los trabajadores aportantes pertenecían a diversos regímenes que fueron creándose a lo largo de la década del setenta y ochenta, siendo los principales el régimen de la ley 19990 (Sistema Nacional de Pensiones) y la ley 20530. Este último es un régimen caracterizado por otorgar altísimas pensiones, requiriendo pocos años de contribución y que se aplicó a algunos servidores públicos privilegiados por los gobiernos de turno. El régimen se terminó cerrando por significar una carga fiscal excesivamente alta (MEF, 2004).

En el año 1992, se creó el SPP mediante el decreto ley 25897, conformado por empresas privadas, las administradoras de fondos de pensiones o AFP, que se encargarían de recaudar las contribuciones de los trabajadores en materia de pensiones y almacenarlas en cuentas de capitalización individual. A diferencia del sistema *pay-as-you-go*, en el sistema de capitalización individual, las pensiones recibidas por los contribuyentes tienen una relación directa con el ahorro en las cuentas, las cuales podrían crecer de acuerdo a las inversiones hechas por las AFP. Adicionalmente, según la ley, el trabajador podía escoger la AFP de su preferencia y, una vez realizada esta elección, no podía volver al Sistema Nacional de Pensiones (SNP). Sin embargo, en el año 2007, se dio la ley 28991 de libre desafiliación, mediante la cual algunos trabajadores afiliados a una AFP podría retornar, si lo desearan, al sistema de reparto del SNP, siempre y cuando cumpla con algunos requisitos establecidos por la ley. Esta ley se orientó principalmente a trabajadores con edad cercana a la de jubilación y que hubieran cambiado recientemente al sistema privado³. En la misma ley, se establece

³ Según el reglamento de la ley, solo pueden desafiliarse aquellos trabajadores que: «(a) hayan pertenecido al SNP al 31 de diciembre de 1995 y que en el momento de solicitar la desafiliación tengan los suficientes años cumplidos para solicitar pensión; (b) que a la fecha de incorporación al SPP tengan; (b.1) 65 años o más de edad y 20

la pensión mínima en el SPP en igual monto a la que se recibiría en el SNP, en caso que el dinero acumulado fuera insuficiente.

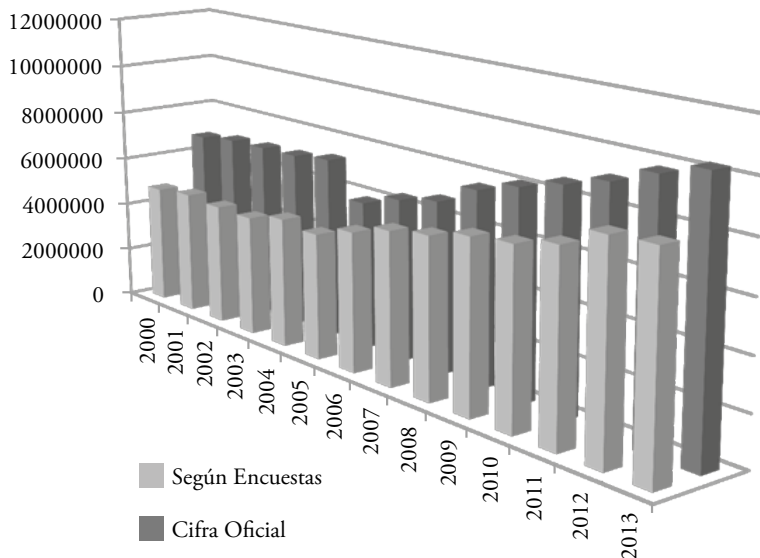
Desde su creación, las AFP asimilaron a muchos de los trabajadores que se encontraban en el sistema público e iniciaron el camino de afiliar a nuevos trabajadores. El gráfico 1 muestra la evolución de los cotizantes (no los afiliados) del SNP y el SPP desde 1999 a 2014⁴. Se aprecia que, mientras que los cotizantes de las AFP se han incrementado en forma casi sostenida hasta el año 2012 para luego estancarse, los cotizantes del SNP han mostrado un comportamiento en forma de «u», al parecer relacionado con el ciclo del producto bruto interno (PBI) y el empleo, tal como sugiere García (2012)⁵. El hecho que los cotizantes en ambos regímenes muestren comportamientos distintos es una señal que indicaría que no ha existido un «juego de suma cero» entre ambos sistemas disputándose a los trabajadores, sino que se ha logrado algún tipo de expansión del sistema previsional como un todo. Esta afirmación se sustenta en la tabla 1, en donde se muestra el porcentaje de trabajadores ocupados de la PEA de 20 a 64 años que son cotizantes, ya sea en el SPP o en el SNP. En dicha tabla, se observa con claridad que la fracción de trabajadores activos que cotiza, entre 20 a 64 años, ha ido aumentando, lo cual evidencia un logro del sistema actual para conseguir que más trabajadores activos coticen con fines previsionales, aunque hacia el año 2014 solamente un 30% de estos trabajadores eran cotizantes activos.

años de aporte; (b.2) para hombres contar con 55 años de edad y 30 años de aporte; (b.3) para mujeres contar con 50 años de edad y 25 años de aporte».

⁴ En el caso de las AFP, los cotizantes representan aproximadamente a un poco menos de la mitad de los afiliados al sistema privado.

⁵ Aunque pueda parecer extraño que los afiliados a las AFP no fluctúen con el ciclo económico, hay que tener en cuenta que la cantidad de cotizantes al sistema privado también se incrementa por la incasante labor de los promotores de este sistema, especialmente para afiliar a nuevos trabajadores. En el caso del SNP, es inexistente este efecto.

Gráfico 1
Cotizantes del SPP y el SNP (ley 1990)



Fuente: Oficina de Normalización Previsional (<http://www.onp.gob.pe>), Superintendencia de Banca y Seguros y AFP (<http://www.sbs.gob.pe>). Elaboración propia.

El otro aspecto a evaluarse en materia de pensiones es justamente la cantidad de personas que reciben algún tipo de pensión, ya sea en el SNP o en el SPP. Sin embargo, postergaremos tal discusión a la sección 3 en donde se entrará de lleno a la problemática del adulto mayor.

En materia de salud, a fines de los años ochenta e inicios de los noventa, se observaba un deterioro en la capacidad del IPSS para proveer servicios de salud en la cantidad y calidad debidas. Verdera (1996) muestra que el gasto per cápita en salud del IPSS se deterioró en más del 50% entre 1985 y 1990. Respecto a la cobertura de la seguridad social, Remenyi (1993) señala que tal cobertura, en 1988, solo llegaba al 28,8% de peruanos. Carbajal y Francke (2000) muestran que, según cifras oficiales, la población asegurada del IPSS había decrecido a un ritmo de 4% anual

Tabla 1
Razón de cotizantes SPP y SNP respecto a PEA (20 a 64 años)*

1999	16,6%
2000	14,1%
2001	14,6%
2002	15,3%
2003	16,0%
2004	16,0%
2005	16,2%
2006	17,0%
2007	19,7%
2008	20,5%
2009	22,8%
2010	24,6%
2011	26,0%
2012	28,6%
2013	29,8%
2014	30,0%

* El dato de cotizantes SPP y SNP no se limita al grupo de edad de entre 20 a 64 años; la PEA sí.
 Fuente: ONP, SBS y ENAHO. Elaboración propia.

entre 1990 y 1994; entre 1990 y 1997, la reducción acumulada —según los mismos autores— había llegado a un 11%. Adicionalmente, si se observan las cifras en 1997 del aseguramiento en salud (IPSS, sanidades

de las fuerzas armadas y policiales y seguros privados), según el trabajo de Petrer y Cordero (1999), solo se llegaba a cubrir al 23,5% de la población, dejando a un 76,5% sin seguro⁶.

Debido a los pobres resultados de aseguramiento nacional en salud, hacia fines de los años noventa y en el primer quinquenio del nuevo siglo, se iniciaron dos reformas importantes. La primera fue la llamada «modernización» de la seguridad social con la creación del Sistema de Entidades Prestadoras de Salud (EPS) que introducían al sector privado y a la competencia en la seguridad social; y la segunda reforma fue la creación del seguro público de salud llamado Seguro Integral de Salud (SIS).

Sobre la primera reforma, en 1997, se sientan las bases del nuevo sistema mediante la ley 26842 («Ley general de salud»), la ley 26790 («Ley de modernización de la seguridad social en salud») y el decreto supremo 009-97-SA. En estas leyes, se define el principio de la libre elección del sistema previsional y dos regímenes paralelos: el régimen estatal, a cargo del Ministerio de Salud en busca de la atención integral para la población más necesitada; y el régimen contributivo de la seguridad social, a cargo de EsSalud (nuevo nombre del IPSS) y complementado por las EPS. Asimismo, la ley 27056 define las nuevas funciones de EsSalud, que le permiten un «margen más amplio para contratar servicios y ofrecer nuevos seguros, con una mayor flexibilidad que en el pasado» (García, 2001, p. 12). En concreto —según Luis García—, los objetivos de estas reformas eran: a) la descongestión de los servicios de salud; b) la promoción de la inversión privada y las mejoras en la eficiencia; c) la expansión de la seguridad social en salud (EsSalud y EPS) a sectores no cubiertos; y d) la mejora de la calidad de los servicios por medio de la competitividad.

⁶ No obstante, según las cifras oficiales del IPSS (hoy EsSalud), en 1997, solamente esta institución cubría al 26,2% de la población peruana. Cabe mencionar, acerca de la cobertura de la seguridad social, que históricamente las cifras oficiales no coinciden con las reportadas en las encuestas de hogares, siendo estas últimas sistemáticamente menores. Véase la figura A1 del anexo para una comparación entre ambas fuentes.

Respecto a la segunda reforma, esta se inició durante el gobierno del presidente Alejandro Toledo. En el año 2002, con la ley 27657 de creación del SIS y su reglamento, el decreto supremo 009-2002-SA, se dio un paso importante hacia el aseguramiento universal en salud. De esta manera, los preexistentes seguro escolar y seguro materno infantil fueron unificados y extendidos en un nuevo seguro gratuito dirigido principalmente a sectores de bajos ingresos, a la población de menores de edad y a la población adulta mayor.

En tiempos anteriores a la creación del SIS, el seguro escolar estatal cubría a un importante porcentaje de la población, llegando, según las encuestas de hogares, a un 24% de la población nacional⁷. Con los años, la población adscrita al SIS fue ampliándose, llegando a cubrir a aproximadamente el 50% de la población nacional. Hacia fines del año 2015, tiene aseguradas a 16 773 115 personas⁸.

En el gráfico 2, podemos observar las series de los porcentajes de la población nacional que está asegurada por EsSalud, el SIS y las EPS, así como aquellas personas que no están afiliadas a ningún sistema desde el año 2002 a la actualidad. Como puede observarse, la evolución de estos sistemas ha sido muy variada. En el caso de EsSalud, se ha observado un incremento permanente del aseguramiento, existiendo razones para pensar que este aumento se debe principalmente al aumento sostenido en el empleo urbano nacional⁹. Por el lado de las EPS, su participación en el aseguramiento en salud durante los últimos años ha sido mínima y, a más de una década de funcionamiento, apenas llega a superar el 1%

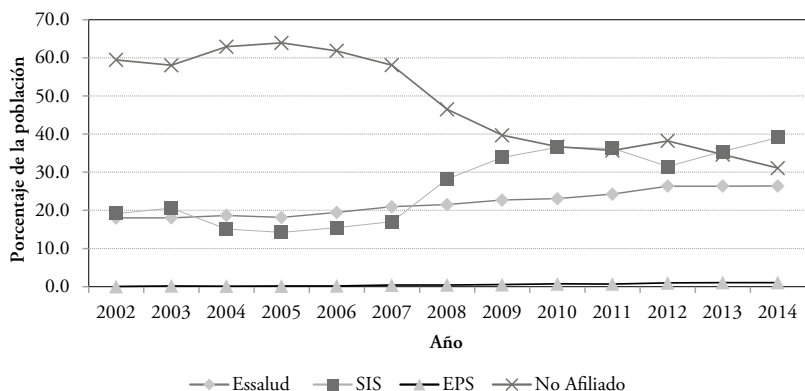
⁷ Cálculos con la ENAHO, 2000 y 2001.

⁸ Ver: <<http://www.sis.gob.pe>> (consultado el 22 de enero de 2016). Cabe mencionar que las cifras oficiales difieren gruesamente de las cifras obtenidas de las encuestas de hogares. Según ENAHO 2014, solo 12 299 479 personas están aseguradas en el SIS, lo que representa casi el 39.1% de la población.

⁹ En la figura A2 del anexo, se observa una correspondencia casi exacta entre el empleo urbano de empresas de diez a más trabajadores y la evolución de la población asegurada de EsSalud según las cifras de la encuesta ENAHO.

de la población, según cifras de ENAHO 2014¹⁰. Estas instituciones tampoco han sido capaces de ofrecer seguros de salud atractivos para los trabajadores independientes; ya que, según la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), los seguros potestativos de las EPS solo llegan a 55 682 personas a diciembre de 2014¹¹. Quizás las razones por las que este sistema no «despegó» se encuentran en que se ha orientado a ser un complemento privado a los asegurados regulares de EsSalud en empresas grandes y con remuneraciones relativamente altas, tal como vaticinaban García (2001), Carbajal y Francke (2000) y García y Carbajal (2000).

Gráfico 2
Perú: Porcentaje de población asegurada, por tipo de seguro
(2002-2014)



Fuente: ENAHO, 2002-2014. Elaboración propia.

¹⁰ Según las cifras oficiales de SUNASA, la población afiliada de las EPS en seguros regulares llega a 776 726 asegurados, entre titulares y derechohabientes, en diciembre de 2014. El dato de ENAHO 2014 llega solamente a 338 756 personas.

¹¹ Ver: <<http://www.sunasa.gob.pe>> (consultado el 29 de abril de 2013).

Otro resultado elocuente de el gráfico 2 es el despegue del (SIS), en especial desde el año 2007, observándose paralelamente una caída en la población no asegurada según las ENAHO de esos años. Así, los no asegurados cayeron desde un 60% en años previos a alrededor del 30% de la población nacional, lo que ha significado un importante avance en el aseguramiento en salud en el Perú.

Los avances mencionados en el aseguramiento en salud, tanto por parte de EsSalud como del SIS, han sido variados según se trate del área urbana o rural. Los gráficos 3 y 4 muestran la descomposición del gráfico 2 por dichas áreas. Se puede observar que —como era de esperar— el avance de EsSalud se ha dado sobre todo en las zonas urbanas, siendo su participación absolutamente plana y pequeña en las zonas rurales. Lo opuesto ocurre con el SIS que ha crecido de forma fuerte en áreas rurales, logrando que la población no asegurada sea, en esta área de residencia, incluso menor que en la urbana.

Gráfico 3
Porcentaje de población asegurada, por tipo de seguro, según ENAHO
en el área urbana

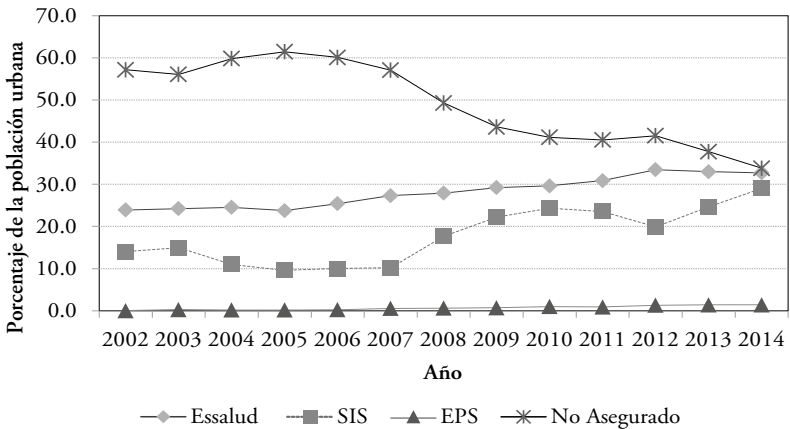
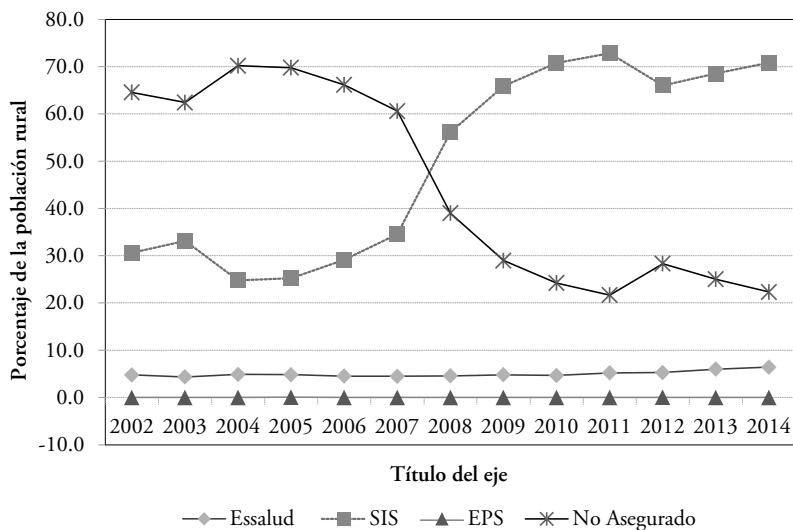


Gráfico 4
Porcentaje de población asegurada, por tipo de seguro, según ENAHO
en el área rural



Fuente: ENAHO, 2002-2014. Elaboración propia.

Pero ni el seguro social ni el SIS han sido los únicos medios de aseguramiento en salud. Según Petrerá y Cordero (1999), mediante la Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de 1997 (ENNIV97), los asegurados en seguros privados apenas superaban el 2% de la población, mientras que las sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y Policía Nacional del Perú (PNP) aseguraban al 1,6% de la población nacional. En años posteriores, se obtuvieron cifras similares para estos dos tipos de seguros, a los que también se han añadido otros seguros como los universitarios y escolares, los cuales no llegan al 1% en total.

En la tabla 2, mostramos la evolución de los seguros privados y de FFAA/PNP desde el año 2002 a 2014, según la ENAHO, en donde se aprecia que no ha habido mayores cambios a lo largo de esos años,

Tabla 2
Porcentaje de la población nacional cubierta por otros seguros privados y sanidades de FFAA/PNP

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nacional													
Seguro privado	2,1	1,8	1,8	2,0	1,8	2,1	2,1	2,1	2,0	2,1	2,1	2,1	1,9
Seguro FFAA/PNP	1,7	2,2	2,0	2,0	1,8	2,2	2,0	2,1	2,0	2,1	2,3	1,9	1,9
Urbano													
Seguro privado	3,0	2,5	2,5	2,8	2,5	2,8	2,9	2,8	2,7	2,8	2,8	2,7	2,5
Seguro FFAA/PNP	2,5	3,1	2,8	2,7	2,4	3,0	2,7	2,8	2,6	2,8	3,1	2,5	2,4
Rural													
Seguro privado	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,05
Seguro FFAA/PNP	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,23

Fuente: ENAHO 2002-2014. Elaboración propia.

manteniéndose estancados¹². La desagregación por área urbana o rural señala que los seguros privados y de FFAA/PNP son virtualmente inexistentes en las zonas rurales, concentrando su ámbito de acción en las zonas urbanas.

En años recientes se han promulgado leyes que han reformado el sistema, como la que se hizo en materia de salud en el año 2009 con la ley 29344 («Ley de aseguramiento universal en salud»), así como la creación de «Pensión 65» y la propuesta de reforma de las AFP hacia trabajadores de cuarta categoría. Estas reformas serán analizadas en la sección 4 de este documento.

3. POLÍTICAS RECIENTES EN PENSIONES Y RESULTADOS PARA LOS ADULTOS MAYORES

En esta sección vamos a revisar los principales resultados de cobertura de pensiones de los adultos mayores, tanto en regímenes contributivos y no contributivos. Dado que los primeros son más antiguos y desarrollados, acapararán la mayor parte de la discusión. También se discutirá las políticas recientes que han surgido en el inicio de la segunda década del siglo XXI y que están en pleno proceso de implementación.

3.1. Los regímenes contributivos existentes

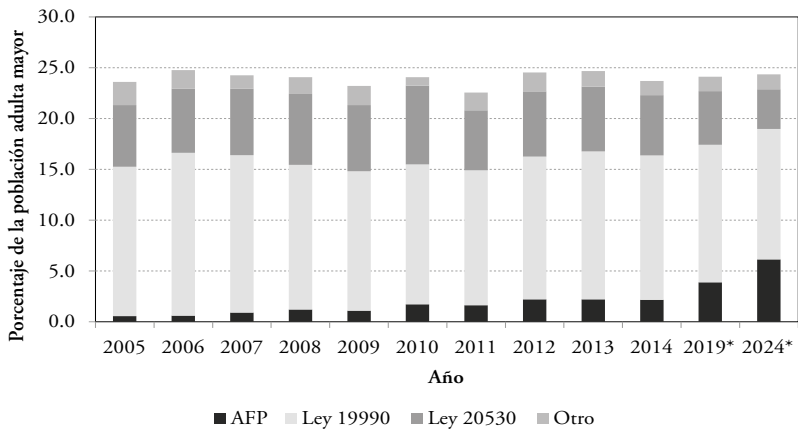
3.1.1. Estadísticas actuales de adultos mayores

Dejando el análisis general y pasando al tema de los adultos mayores, según las estadísticas actuales, el sector adulto mayor se encuentra desprotegido en un porcentaje nada despreciable. En materia de pensiones, en el año 2014, solo el 23,5% de los adultos mayores de 65 o más años recibió algún

¹² Existen también otras modalidades de seguros de salud como los autoseguros, que son creados por grupos de personas (como las asociaciones), los seguros de algunas empresas, etc. Todos ellos no son discutidos aquí por ser una fracción muy pequeña en el aseguramiento nacional.

tipo de pensión de jubilación. Esta cifra ha cambiado muy poco en los últimos años, tal como se observa en el gráfico 5, en donde el porcentaje de cobertura fluctúa entre 23% y 25% desde el año 2005 en adelante. En el gráfico mencionado, la cifra de cobertura ha sido descompuesta por el tipo de régimen de pensiones. Podemos notar que el SNP (ley 19990) es el régimen más común entre estos pensionistas, seguido del régimen de «cédula viva» de la ley 20530. Por su parte, el SPP aún tiene una pequeña participación en el grupo de pensionistas de 65 años a más, aunque este porcentaje viene incrementándose año a año según las cifras de las encuestas de hogares.

Gráfico 5
Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben pensión de jubilación, por tipo de régimen



* Proyecciones del autor sobre la base de la ENAHO 2014, proyecciones de población y tablas de mortalidad del Inei (2009a).

Nota: la categoría «Otro» incluye a personas que reciben pensiones, pero que no especificaron afiliación a alguno de los regímenes de pensiones.

Fuente: ENAHO, 2005-2014. Elaboración propia.

En el mismo gráfico, se hicieron proyecciones sobre el perfil de los asegurados hacia los años 2016 y 2021, utilizando como base a la población

en la encuesta ENAHO 2012. Estas proyecciones fueron calculadas usando grupos quinquenales y las tablas de mortalidad del Inei por sexo y edad, asumiéndose que las personas de 50 años a más, en el año 2014, no cambiarán de régimen de pensiones ni se producirán nuevas afiliaciones en este rango de edad¹³. En el caso de los futuros afiliados del SNP, se aplica para cada grupo quinquenal el descuento debido a la mortalidad a esa edad, siendo el resultado la cantidad de afiliados dentro de cinco años. Luego, se asume que la cobertura —definida como la razón pensionistas/afiliados— de cada grupo quinquenal y por sexo, vigente en el año 2014, se mantendrá constante en los siguientes años. Este cálculo es una estadística aplicable a grupos poblacionales (en este caso la mencionada razón pensionistas a afiliados). La misma metodología fue usada en el caso de los afiliados a las AFP¹⁴.

Los resultados indican que la participación de los pensionistas por AFP respecto al total de adultos mayores se incrementará desde el 2,2% en 2014 hasta un 3,9% en el año 2019 y 6,1% en el año 2024. En cuanto a las personas adultas mayores beneficiarias de la ley 20530, su participación se irá reduciendo con los años, pues este régimen ya se encuentra cerrado. Respecto a los pensionistas del SNP (ley 19990), aunque en números absolutos han venido incrementándose y lo seguirán haciendo en el futuro, en términos relativos su participación en el total de adultos mayores irá decayendo, desde un 14,2% en el año 2014 hasta un 13,5% en el año 2019 y 12,8% en 2014. Por último, en el sistema de pensiones, como un todo, la cobertura total seguirá siendo muy baja en los próximos años, pues no se superará el 25% de personas adultas mayores de 65 años¹⁵.

¹³ La explicación de este modelo de proyecciones se encuentra en García, 2012 (anexo 7). Algo similar se encuentra en Bernal & otros, 2008.

¹⁴ Diversos cálculos del autor de estas coberturas para varios años muestran un patrón bastante claro y estable; además, la aplicación de esta técnica a años anteriores reproduce bastante bien los datos observados a futuro.

¹⁵ Esta es una estimación en ausencia de programas no contributivos o asistencialistas como «Pensión 65».

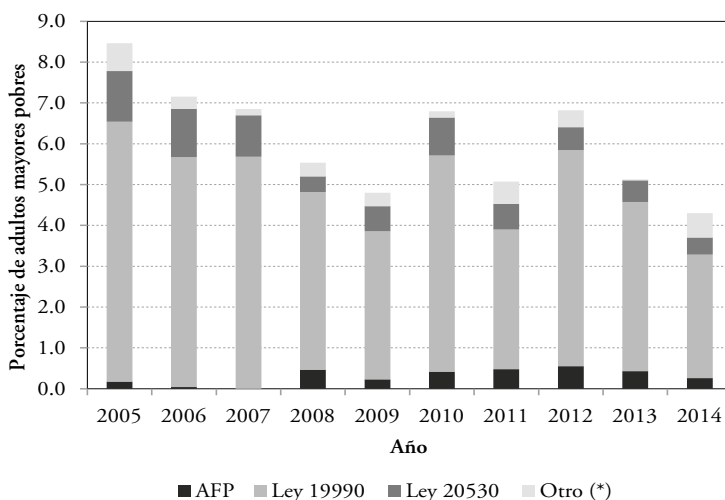
Lo presentado en el gráfico 5 varía notablemente cuando se controla por la situación de pobreza del hogar. En el gráfico 6 tenemos el porcentaje de adultos mayores en condición de pobreza que reciben, en el año 2014, algún tipo de pensión de jubilación. Podemos observar con claridad que la cobertura de pensiones es mucho más baja para los pobres que en el agregado nacional del gráfico 5, situándose, en la actualidad, en alrededor de 4%. De ellos, el principal proveedor de pensiones es el SNP (ley 19990) que tiene una participación más grande que lo que se observaba en el gráfico 5. Esta tabla nos demuestra que las pensiones decaen con el nivel de pobreza de las familias de los adultos mayores. Obsérvese que, en el año 2014, menos de 0,5% de los adultos mayores en condición de pobreza reciben pensión de las AFP. Sin embargo, se debe tener cuidado al interpretar la tendencia decreciente del gráfico, pues la población pobre ha ido menguando en el paso de los años y muchos adultos mayores pobres han dejado tal condición. Por ello, no debe interpretarse como una creciente desprotección de los adultos mayores pobres, sino como una salida de la pobreza de aquellos que reciben pensión. Adicionalmente, el gráfico 6 no considera el efecto de la pensión no contributiva «Pensión 65».

Desde una perspectiva de género, existen diferencias importantes en cuanto a la recepción de pensiones de jubilación de adultos mayores de 65 años. En el gráfico 7, se observa que aproximadamente un 37% de los hombres adultos mayores reciben pensión, siendo esta cobertura relativamente estable en los últimos años. La cobertura de pensiones de las mujeres es mucho menor a la de los varones, llegando a poco más el 12%¹⁶. No se llega a apreciar ninguna tendencia de alguna de estas series en el periodo 2005-2012. Este resultado se agrava si tomamos en cuenta que la población femenina es superior en número a la masculina en el rango de 65 a más años, aproximadamente 1,18 mujeres por cada hombre. Entre las posibles razones para esta baja cobertura de pensiones de mujeres

¹⁶ Esta misma disparidad por género se ha observado en otros países de América Latina (Rofman, Lucchetti & Guzmán, 2010; Rofman & Oliveri, 2011).

en comparación con los hombres, se encuentra la menor participación de ellas en el mercado laboral peruano¹⁷, dado que las pensiones de las que hablamos son fundamentalmente de origen contributivo y por ende relacionadas al empleo.

Gráfico 6
Porcentaje de personas de 65 años o más en condición de pobreza que reciben pensión de jubilación, por tipo de régimen

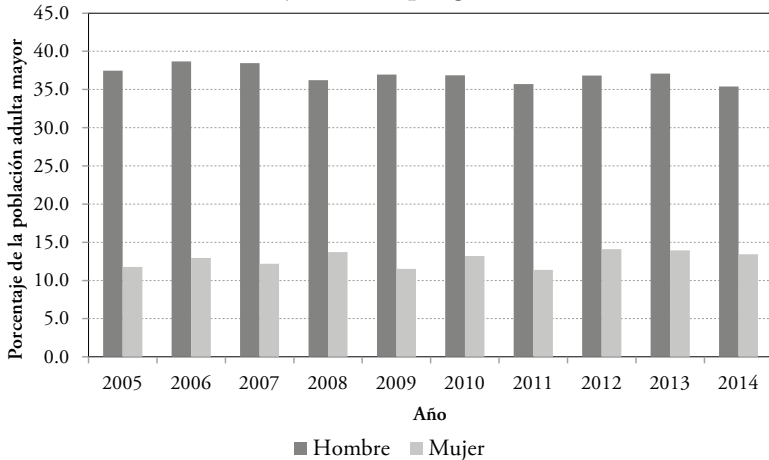


Nota: incluye a personas que reciben pensiones, pero que no especificaron afiliación a alguno de los regímenes de pensiones.

Fuente: ENAHO, 2005-2014. Elaboración propia.

¹⁷ En el Perú, la participación femenina es del 63,3% en el año 2014, 18 puntos porcentuales por debajo de la masculina. Véase: Mintra, 2014 y OIT, 2008.

Gráfico 7
Porcentaje de personas de 65 años a más que reciben pensión de jubilación, por género



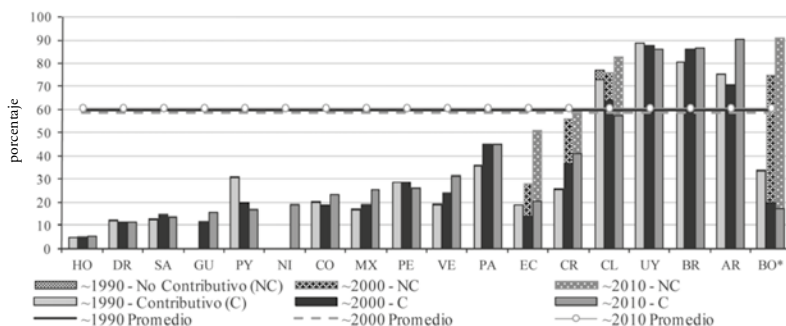
Fuente: ENAHO 2005-2014. Elaboración propia.

En este punto es importante mencionar que estos resultados de cobertura de pensiones en el Perú son bajos en comparación con otros países de la América Latina. Por ejemplo, Rofman y Oliveri (2011)¹⁸ calculan las tasas de cobertura para los adultos mayores en una veintena de países de la región, estadísticas que son mostradas en el gráfico 8, donde se distingue a las pensiones que son resultado de contribuciones y también a las pensiones no contributivas (transferencias directas a los adultos mayores). Asimismo, la tabla muestra el cambio en esta tasa de cobertura en los noventa y alrededor del año 2010. Obsérvese que las tasas en el Perú (PE) eran muy inferiores a las de países como Argentina (AR), Brasil (BR), Chile (CL) y Uruguay (UY), la cuales superaban el 70% y en ocasiones el 80% de cobertura. Destaca también el caso de algunos países como Bolivia (BO), que tenían bajas tasas de cobertura contributiva, pero la cobertura se incrementó notablemente al considerarse las pensiones

¹⁸ Véase también Rofman, Lucchetti & Guzmán, 2010.

del tipo no contributivo¹⁹. En otros países como Chile y Costa Rica (CR), las coberturas son en su mayoría de origen contributivo y complementadas con pensiones no basadas en contribuciones. En el caso de México (MX), el dato reflejado en el gráfico 8 no está actualizado; pues, desde el año 2007, se puso en marcha un programa de pensiones no contributivas llamado «Programa de atención a adultos mayores de 70 y más en zonas rurales» (programa «70 y más»), que fue extendido a zonas no rurales en el 2012 y luego ampliado a personas de 65 años a más²⁰.

Gráfico 8
Tasas de cobertura de pensiones para adultos mayores en países de América Latina



Fuente: Rofman & Oliveri, 2011.

¹⁹ Se refiere al programa Renta Universal de Vejez, conocido como Renta Dignidad, creado en el año 2007 y que desde el 2008 provee de pensión de jubilación de 200 bolivianos mensuales (aproximadamente US\$ 29,00) a todos los adultos mayores de 60 años, residentes en ese país y que no reciban pensiones o rentas, y 150 bolivianos a los mayores de 60 años que perciban rentas. Desde mayo de 2013, se incrementaron estas pensiones en 50 bolivianos mensuales.

²⁰ El programa «Pensión para adultos mayores», entregaba 525 pesos mexicanos (aproximadamente US\$ 41,5) mensuales a adultos de 65 años a más a nivel de todo el país. Véase más detalles en SEDESOL, 2013.

No es objetivo de este trabajo hacer una revisión exhaustiva de todos los programas sociales orientados a la vejez en Latinoamérica. Una revisión bastante completa y actualizada se encuentra en Olivera y Clausen (2013) y Rofman y Oliveri (2011).

3.1.2. Evaluando los principios de la seguridad social en pensiones

Como hemos podido notar con estas estadísticas, los regímenes contributivos de la seguridad social en materia de pensiones, tanto privados como públicos, aún se encuentran lejos de los ideales de la seguridad social. En primer lugar, las cifras muestran que estamos bastante lejos de la universalidad de la cobertura y que además la población cubierta no necesariamente es la más necesitada. La creación de la alternativa de contribuciones al SPP (AFP) no ha resuelto el problema ni ha incrementado en mayor medida la cobertura de pensiones en el país, aunque sí ha incrementado en forma importante la afiliación a los sistemas de pensiones²¹. Respecto al principio de igualdad, además de la notable diferencia por condición de pobreza ya mencionada, existe un fuerte sesgo en contra de las mujeres, quizás por la menor participación de ellas en el mercado laboral, lo que puede haber significado una menor cobertura para ellas. No ha existido ningún elemento corrector de esta inequidad en las políticas y programas recientes. También existen fuertes inequidades reportadas en la literatura, en cuanto a las pensiones otorgadas por el régimen de cédula viva (ley 20530) y las pensiones de los demás regímenes. Por ejemplo, según Olivera (2011), las pensiones promedio del régimen de cédula viva alcanzaban los S/. 1146,1 a diciembre de 2010; mientras que en el SPP la pensión promedio llegaba a S/. 944, en el SNP solamente a S/. 654.3 en la misma fecha y en la caja del pescador apenas llegaba a S/. 395,8. Aunque el régimen de la ley 20530 está cerrado y no recibe a más cotizantes, aún continúa pagando a sus pensionistas cifras

²¹ Por ello, es de esperarse que en algunos años (o quizás décadas) la cobertura de pensiones aumente significativamente.

varias veces más grandes que, por ejemplo, la pensión que se pagaba en el régimen de la ley 19990 (MEF, 2004).

En cuanto al principio de la solidaridad y redistribución del ingreso, este solo se mantiene en el régimen del SNP (ley 19990), pero ha desaparecido en el SPP (AFP), en donde las pensiones dependen de los fondos acumulados en cuentas individuales, ocurriendo que la pensión es mayor para quienes ganan y aportan más. Por último, respecto al principio de la sostenibilidad financiera, el régimen de las AFP en teoría debería ser autosuficiente en términos financieros para garantizar una pensión de jubilación a sus afiliados. Esto es cierto, aunque se han dado casos de personas que han contribuido muy poco, por lo que han tenido que adscribirse a un régimen especial de pensión mínima dentro del sistema privado. Hacia fines del año 2014, había 8326 pensionistas de AFP en pensión mínima (aproximadamente el 10% de los 78 408 pensionistas del SPP)²².

Respecto al SNP, se encuentra desfinanciado; pues los aportes no alcanzan para cubrir la planilla de pensiones (MEF, 2004; García, 2012) y, por lo tanto, se debe financiar mediante recursos ordinarios del sector público. Sin embargo, en años recientes, tal déficit no parece estar aumentando; sino, más bien, disminuyendo por el incremento de los aportes, ya sea por el incremento del empleo como por una mejora —aún leve— de las remuneraciones.

Por ejemplo, en el año 2008, la recaudación bruta fue de 1294 millones de soles; mientras que, en el año 2014, la cifra llegó a 3140 millones de soles, según se puede encontrar en el sitio web de la ONP. Por su parte, la planilla del SNP, en 2008, alcanzó los 3306 millones de soles; mientras que, en 2014, llegó a 4545 millones de soles. Con estas cifras el déficit pasó de -2012 millones en 2008 a -1404 millones en 2014.

No obstante, en el largo plazo, se debería considerar que este aumento del empleo observado en los años actuales está relacionado con el llamado

²² Véase: <<http://www.sbs.gob.pe>>.

«bono demográfico» debido a que el grueso de la población peruana actual se encuentra hoy en edad de trabajar. Es perfectamente razonable sospechar que en el futuro, con el envejecimiento progresivo de la población, puedan existir mayores presiones financieras en este régimen.

3.1.3. Las reformas recientes en el régimen contributivo

Para cerrar esta sección, comentaremos brevemente al intento de reforma en el sistema de pensiones mediante el decreto supremo 007-2008-TR que crea el «régimen de pensiones sociales» y a la ley 29903 del año 2012 (ley de reforma de sistema privado de pensiones). En primer lugar, con estas normas se buscaba incorporar a los trabajadores y conductores de la pequeña y microempresa a la seguridad social en salud y pensiones. Así, se volvió obligatorio que los trabajadores menores de 40 años tuviesen una cuenta de capitalización individual en el sistema de pensiones sociales, la cual podría ser administrada por una AFP o por el SNP a elección del afiliado. Según la ley, los aportes a este sistema son menores en comparación a los trabajadores regulares, aportando obligatoriamente hasta un 4% de sus ingresos. Para los trabajadores mayores de 40 años, la mencionada ley estableció que la afiliación y aportes eran voluntarios. Adicionalmente, el Estado puede hacer aportes a estas cuentas, a manera de incentivo para la afiliación de este tipo de trabajadores que tradicionalmente se ha mantenido al margen de la «legalidad» en materia laboral. Según Vidal (2010), este sistema «aunque tiene como importante incentivo el cofinanciamiento estatal, no cumpliría condiciones básicas exigidas a un sistema de pensiones de la seguridad social, como son su obligatoriedad, la búsqueda de universalidad y la garantía de un ingreso hasta el fallecimiento». Sin embargo, mediante la ley 30237, de septiembre de 2014, se eliminó la obligatoriedad de los aportes para pensiones de los trabajadores independientes, dándose de esta manera un paso atrás en la expansión del sistema contributivo.

Por último, la ley también trata sobre el esquema de comisiones de las AFP, en donde se propusieron dos opciones de comisión al afiliado:

la comisión por flujo (sistema anterior) y la comisión por el fondo acumulado. El objetivo de la política era mejorar la rentabilidad de los fondos de los afiliados. En el año 2013, 1,9 millones de afiliados decidieron permanecer en el sistema de cobros de comisiones por flujo, de los aproximadamente 2,5 millones de afiliados.

3.2. Pensiones no contributivas: «Pensión 65»

Tal como se vio en gráfico 6, en muchos países son populares los sistemas de pensiones no basados o sustentados en contribuciones y que han tenido éxito en incorporar rápidamente a muchos adultos mayores a la protección social, como los mencionados casos boliviano y mexicano. En el caso peruano de pensiones no contributivas, existe, desde fines del año 2011, el «Programa nacional de asistencia solidaria» —conocido como «Pensión 65»—, que en la actualidad asiste con subvenciones económicas a adultos mayores de 65 años en distritos de extrema pobreza. Creado sobre la base de un programa piloto del gobierno de Alan García —llamado «Gratitud»—, «Pensión 65» se creó el 19 de octubre de 2011 en el gobierno de Ollanta Humala, mediante el decreto supremo 081-2011-PCM. Para contar con este beneficio, basta con tener 65 años o más, contar con el Documento Nacional de Identidad (DNI) y vivir en uno de los distritos calificados como pobres por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH). En la actualidad, entrega S/. 125 (aproximadamente US\$ 45) mensuales a las personas beneficiarias. De acuerdo a la página web oficial de «Pensión 65»²³, el programa cerró el año 2015 superando la meta del medio millón de beneficiarios a lo largo del país.

Con estos resultados, podemos afirmar que la cantidad de beneficiarios de «Pensión 65» estaría superando al número de pensionistas de los regímenes tradicionales²⁴. De hecho, los resultados de cobertura de

²³ Véase: <<http://www.pension65.gob.pe>>.

²⁴ Según ENAHO 2014, aplicando el factor de expansión se tiene una estimación de 471 497 personas que declaran recibir algún tipo de pensión.

pensiones presentados en los gráficos 5 y 6 se duplicarían en el estado actual del programa. Sin embargo, estas cifras no deberían ser tomadas con excesivo entusiasmo, pues el beneficio del programa en cuestión solo es una ayuda que por sí sola es insuficiente para garantizar subsistencia. De hecho, la pensión de los regímenes contributivos es muy superior; por ejemplo, la pensión promedio de una persona que aporta entre 20 y 33 años al SNP es de S/. 645 mensuales.

Por otro lado, el modelo peruano de pensión no contributiva no pretende ser universal. Esta característica puede considerarse como ventajosa en ciertos aspectos y desventajosa desde otros. Desde un punto de vista de sostenibilidad financiera, el hecho que «Pensión 65» solo se oriente a la población adulta mayor en extrema pobreza le da cierta ventaja sobre los programas universales, pues estos últimos podrían sufrir en el futuro presiones financieras por el problema de envejecimiento poblacional²⁵. Por otro lado, los programas de pensiones universales tienen la ventaja de que no invierten muchos recursos en la focalización de los adultos mayores beneficiarios (usualmente los más pobres) y eliminan cualquier problema de subcobertura que los programas focalizados (como «Pensión 65») podrían tener.

Los programas de pensiones no contributivas, como «Pensión 65», tienen un problema en el campo de los incentivos; pues no existe relación entre la contribución (inexistente en este caso) y la pensión. Dado que no son resultado de contribuciones en la juventud, podrían existir incentivos perversos a los jóvenes (que se proyecten a sí mismos como futuros adultos mayores pobres) a no contribuir a otros sistemas actuales contributivos como el SNP y el SPP, dada la seguridad de que recibirán esta pensión

²⁵ Existe una discusión sobre qué tanto podría afectar el envejecimiento poblacional a la sostenibilidad de programas de pensiones no contributivas. Tal como señalan Bosch, Muñoz y Pagés (2013), la sostenibilidad de estos programas dependerá de la generosidad de las pensiones y de los criterios de elegibilidad (focalización). No se debe descartar la cuestión política al ser el grupo adulto mayor cada vez más numeroso en la población, lo cual podría darles un peso importante como votantes.

en el futuro²⁶. Sin embargo, en términos de solidaridad y equidad, estos programas son los que pueden obtener un efecto en el corto plazo, pues atacan a un grupo objetivo claramente definido y con necesidades, que puede ser atendido y cubierto con prontitud. No obstante, no se les debería ver como una solución final a la desigualdad y subcobertura en materia de pensiones, sino más bien como una medida transitoria, una vez que las medidas contributivas se extiendan en la población joven, la cual será en el futuro la población adulta mayor.

4. RESULTADOS, POLÍTICAS RECIENTES Y EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

4.1. Cobertura de salud a adultos mayores por tipo de seguro

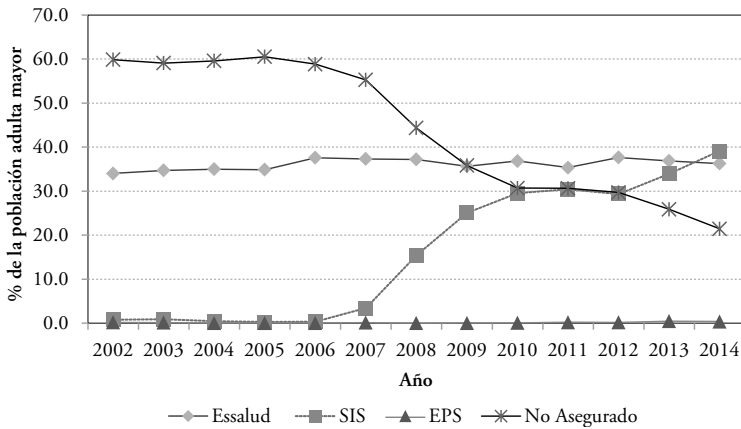
En los gráficos 2, 3 y 4 se mostró que el SIS había logrado incrementar fuertemente la cobertura de seguros de salud en la población. Analicemos ahora esa misma cobertura, pero limitada solamente a la población mayor de 65 años. En el gráfico 9, tenemos el equivalente del gráfico 2, pero solo para adultos mayores. Comparando ambos gráficos, una primera diferencia que resalta es que la cobertura de EsSalud es mucho mayor para el subgrupo adulto mayor, acercándose en los últimos años al 40% del total de adultos mayores, a diferencia del 26% que se observa en el total nacional en el año 2014²⁷. Otra diferencia es que, recién a partir del año

²⁶ Bosch, Muñoz y Pagés (2013) hacen una interesante discusión relacionando este problema con los incentivos que crean los programas de transferencias sobre el mercado laboral y la informalidad de las empresas. Diversos estudios citados por los autores señalan que tales transferencias desincentivan el empleo formal y la generación de empresas formales, lo cual afecta negativamente las contribuciones de previsión social. Según los autores: «Los beneficios muy generosos y exclusivos para los trabajadores informales (o que fueron informales durante la mayor parte de su vida laboral) van a reducir la valoración de ser formal entre aquellos que están en su fase activa, tanto trabajadores como empresas, y a disminuir la creación de trabajo registrado» (2013, p.102).

²⁷ Cabe mencionar que esta mayor participación de EsSalud puede deberse, entre otras cosas, a la afiliación automática que tienen a este seguro los pensionistas de SNP y SPP.

2007, el SIS tiene relevancia como seguro de salud para estas personas, observándose desde ese año una importante caída de los no asegurados desde su nivel histórico de 60% a solo un 20% en 2014.

Gráfico 9
Porcentaje de población mayor de 65 años afiliada a seguros de salud, por tipo de seguro

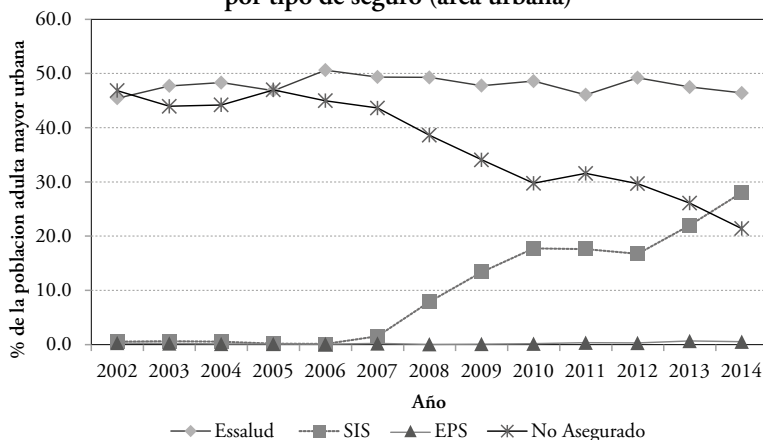


Fuente: ENAHO, 2002-2014. Elaboración propia.

Nuevamente hacemos la descomposición del gráfico 9 por zonas urbanas y rurales, encontrando grandes diferencias, las cuales se presentan en los gráficos 10 y 11. En las zonas urbanas, EsSalud cubre algo menos del 50% de adultos mayores según las encuestas de hogares, sin apreciarse ninguna tendencia en el periodo 2002-2014. Por otro lado, la aparición del SIS significó una caída de la población adulta mayor no asegurada; paralelamente, los no asegurados solo llegan al 20% en 2014. En el caso del área rural (gráfico 11), los cambios han sido mucho más dramáticos desde la expansión del SIS en el año 2007. El avance ha sido sorprendente, al caer la población adulta mayor no asegurada desde un 90% aproximadamente a casi un 20% en el año 2014, cobertura similar a la del área urbana.

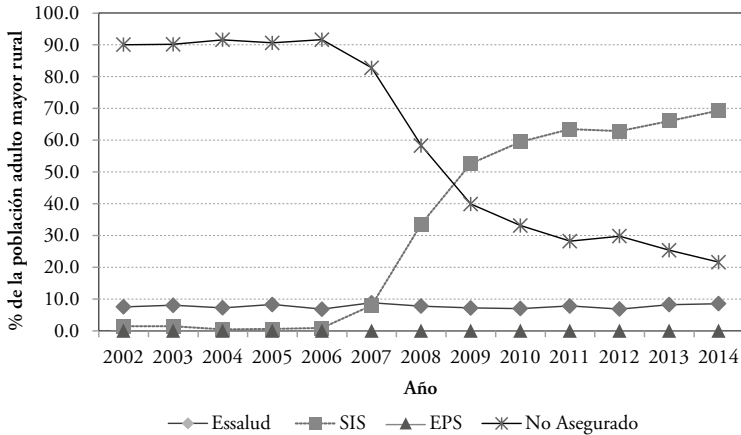
Por su parte, EsSalud cubre a aproximadamente el 8% de la población adulta mayor rural, apenas mayor a lo observado en años anteriores. Por último, la participación del sector EPS en las zonas rurales es tan baja que no es capturada por las encuestas de hogares.

Gráfico 10
Porcentaje de población mayor de 65 años afiliada a seguros de salud,
por tipo de seguro (área urbana)



Fuente: ENAHO, 2002-2014. Elaboración propia.

Gráfico 11
Porcentaje de población mayor de 65 años afiliada a seguros de salud,
por tipo de seguro (área rural)



Fuente: ENAHO, 2002-2014. Elaboración propia.

4.2. Cifras oficiales de EsSalud y del SIS

Dado que EsSalud y el SIS son los principales aseguradores de salud de los adultos mayores, nos concentraremos solamente en estos dos seguros. Las cifras oficiales de ambas entidades suelen mostrar números que no necesariamente coinciden con lo reportado en las encuestas de hogares²⁸. En el caso de EsSalud, si bien es cierto que el aseguramiento a esta entidad está atado al crecimiento del empleo formal, llama mucho la atención que la cantidad de asegurados regulares reportados oficialmente se haya incrementado de manera notable desde el año 2006.

²⁸ Cabe recordar lo que se mencionó en la nota al pie 5: que las cifras oficiales de asegurados regulares de EsSalud al parecer suelen estar sobreestimadas, según lo que se observa en la figura A1 del anexo.

En el caso del SIS, esta entidad viene operando desde el año 2002 y, hacia fines de diciembre del año 2015, ha asegurado a 1 665 030 personas mayores de 60 años²⁹. Este seguro se financia con recursos provenientes de fondos públicos y no de contribuciones de trabajadores activos, como ocurre en el caso de EsSalud. Como se mencionó en secciones anteriores, el SIS está orientado a cubrir a la población más necesitada y, dado el continuo crecimiento económico y reducción de la pobreza, pareció haberse estancado en el trienio 2010-2012, para luego volver a crecer con fuerza, como se muestra en el gráfico 9.

Es muy probable que exista una yuxtaposición entre las coberturas de ambos seguros. La tabla 3 muestra las cifras de aseguramiento para personas de 60 años a más³⁰ para ambos seguros, según las cifras oficiales. Resalta que el número de asegurados creció de manera importante y que llegó a 46% en el caso de SIS y 48% para EsSalud en el año 2013. No obstante, según el gráfico 9, había aproximadamente un 25% de adultos mayores sin seguro de salud en el año 2013, según la autopercepción de las personas³¹. La diferencia podría deberse a que existían adultos mayores que estuvieron asegurados en ambos seguros o que las cifras oficiales estuvieron sobreestimadas o que existieron en ese año personas formalmente aseguradas en estas instituciones, pero que no tomaron real conciencia de sus derechos como asegurado y se consideraban a sí mismos como no asegurados.

²⁹ Estadísticas oficiales publicadas en: <<http://www.sis.gob.pe>>.

³⁰ Hacemos el cálculo para 60 años en adelante, pues solo tenemos ese dato (y no el de 65 años a más) en las estadísticas oficiales del SIS.

³¹ Cabe mencionar que la figura 9 se refiere a personas de 65 años y más. Sin embargo, la aproximación es válida.

Tabla 3
Población asegurada de 60 años y más en SIS y EsSalud
(cifras oficiales, 2009-2013)

Año	Asegurados SIS (60 años a más)	Asegurados EsSalud (60 años a más)	Población (60 años a más)	Cobertura SIS (60 años a más)	Cobertura EsSalud (60 años a más)
2009	750 638	n. d.	2 451 586	30,6%	n. d.
2010	827 395	n. d.	2 533 488	32,7%	n. d.
2011	1 083 536	1 229 960	2 620 460	41,3%	46,9%
2012	1 067 105	1 306 459	2 711 772	39,4%	48,2%
2013	1 292 113	1 351 019	2 807 354	46,0%	48,1%

Nota: la población de 60 y más años corresponde a estimaciones del Inei de 2009 a 2013.

Fuente: <<http://www.essalud.gob.pe>>, <<http://www.sis.gob.pe>>, Inei (2009). Elaboración propia.

4.3. Reformas recientes y en marcha

Debido entonces a que en la primera década del siglo XXI había un importante segmento de la población que no contaba con seguro de salud, en el año 2009 se dio la ley 29344 que fijaba el marco para el «aseguramiento universal en salud». El objetivo de la norma es establecer de manera obligatoria el aseguramiento de toda la población en el territorio nacional, sobre la base de los seguros existentes (SIS, EsSalud, EPS, sanidades de FFAA/PNP, seguros privados, etc.). Tal aseguramiento universal garantizaría que todos los peruanos cuenten con un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) —definido técnicamente por el Ministerio de Salud—, que consta de un listado de condiciones asegurables (dolencias o enfermedades que requieran prestaciones de salud) y que se financia mediante los diversos fondos de salud (EsSalud, SIS, FFAA/PNP, etc.) Mediante la ley, se asignó al Ministerio de Salud como ente normativo del sector y se creó la entidad reguladora de estos planes y fondos de salud: la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA).

ley define que todos los seguros existentes deben ofrecer obligatoriamente el PEAS sin que esto afecte a sus planes existentes. Asimismo, se define los distintos regímenes a los que pertenecen los asegurados: el régimen contributivo (como EsSalud y las EPS), el régimen subsidiado (como el SIS, en donde los asegurados no hacen contribuciones y se financia con fondos públicos) y el régimen semicontributivo (que puede tener contribuciones de empleadores y/o empleados y financiamiento público). La ley y su reglamento (DS 008-2010-SA) establecen que las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento (llamadas IAFA, como lo son el SIS, EsSalud, EPS, seguros privados, etc.) contratan libremente con las instituciones prestadoras de servicios de salud (llamadas IPRESS, que son entidades autorizada para ofrecer servicios de salud), o pueden ofrecer los servicios mediante su propia oferta. El reglamento también afirma que es obligación de las IAFA admitir las solicitudes de aseguramiento de nuevos asegurados.

Estas reformas vienen implementándose gradualmente en el sector. Por ejemplo, a diciembre de 2013, en EsSalud había 45 285 afiliados bajo este régimen PEAS, el cual ha venido sustituyendo gradualmente a los tradicionales seguros potestativos de EsSalud (EsSalud Personal-Familia, Nuevo Seguro Potestativo y EsSalud Independiente), quienes en conjunto tenían solamente a 11 695 afiliados a esa fecha. Lamentablemente, no contamos con cifras por edad para conocer cómo era el aseguramiento de adultos mayores bajo este plan esencial en ese año ni en otro más reciente.

En general, los objetivos de la reforma superan ampliamente (al menos en teoría) a lo que se logró con la ley de modernización de la seguridad social del año 1997, que creó el régimen de las EPS. En este caso, las IAFA, al estar obligadas a recibir a afiliados ofreciéndoles un plan esencial, deberían incrementar incrementarán el número de personas con cobertura de salud a nivel nacional, sin importar la edad de las personas u otra condición. Eso no ocurrió con los seguros independientes de las EPS que, como se mencionó en secciones anteriores, captaron a muy pocos afiliados. En este caso, estamos pasando a un nuevo régimen en donde las

instituciones ya existentes (EsSalud, SIS, clínicas privadas, etc.) se integran y compiten en planes y costos, en beneficio de los asegurados.

El hecho que las IAFA puedan trabajar con grupos de personas variados y grandes permite que puedan actuar como seguros en el sentido que pueden existir subsidios cruzados entre afiliados en donde los aportes de todos aseguran las atenciones de los pocos que necesiten atención médica en un momento en el tiempo. No obstante, aún falta mucho para que efectivamente se logre cubrir a ese tercio de la población que no cuenta con seguro, incluyendo a los adultos mayores. Como señala Alfageme (2012), hay algunos temas pendientes, como son el cambio de la asignación de presupuestos públicos directamente a los establecimientos hacia una lógica de riesgos como deberían ser los seguros. Otro punto señalado por este autor es el aumento de la complejidad del sistema, lo cual puede incrementar la burocracia y los costos de administración del mismo, como ha ocurrido en Colombia. Por otro lado, deben existir mecanismos para evitar la segmentación de los mercados al coexistir lo público y lo privado, como ha ocurrido en Chile, en donde el régimen público acapara a la población de menores ingresos y mayores riesgos. En el tema del adulto mayor, se debe tener cuidado; pues justamente este grupo poblacional suele tener estas características.

5. CONCLUSIONES

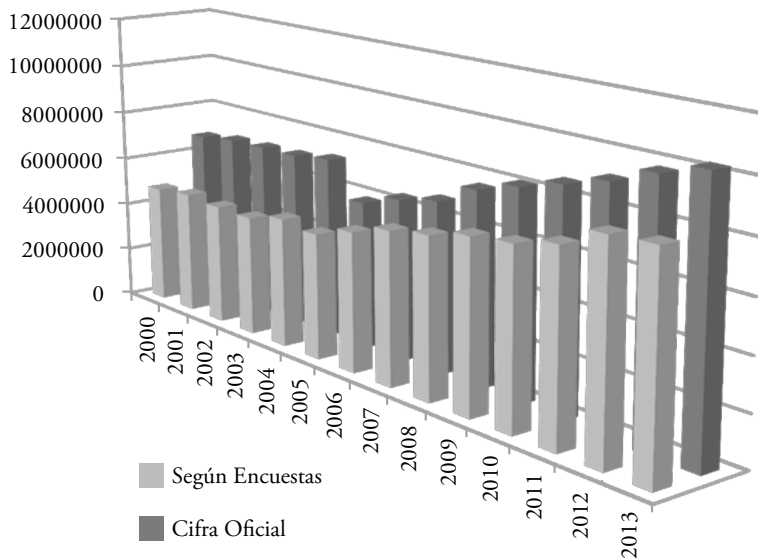
En este documento hemos revisado el desarrollo gradual de la seguridad social en el Perú, entendiéndola como todos aquellos programas contributivos y no contributivos conducentes a asegurar el bienestar de las personas, en especial en materia de salud y pensiones. Hemos encontrado que en años recientes, pese al importante auge económico vivido en la economía peruana, la seguridad social ha avanzado poco en su objetivo de tener una cobertura universal. Esto ha afectado especialmente al grupo de adultos mayores (de 65 años a más), quienes en buen porcentaje se encuentran desprotegidos.

En materia de pensiones, existe una importante brecha no cubierta que ni el SNP ni las AFP han logrado llenar. Aunque se espera que en los próximos años, las AFP representen un mayor porcentaje en el grupo de pensionistas; su grado de penetración aún es bajo. Por su parte, el régimen no contributivo llamado «Pensión 65» no resuelve el problema de baja cobertura en pensiones al estar orientado únicamente a la población en pobreza extrema y por entregar ayudas económicas bajas en comparación con las pensiones de los sistemas existentes. Existen programas en marcha que en el futuro podrán dar pensiones a un grupo mayor de personas, pero en el corto plazo se necesita ampliar el régimen no contributivo (subsidiado) para que se pueda atender a la gran mayoría de adultos mayores que están desprotegidos.

En cuando a la salud, la modernización de la seguridad social en salud de 1997, que introdujo a las EPS, no logró el objetivo de ampliar la cobertura de pensiones en la población peruana. Por otro lado, el SIS sí ha logrado incrementar en forma muy importante la cobertura de seguros de salud —en especial en el área rural, donde se ha puesto a la par del área urbana.

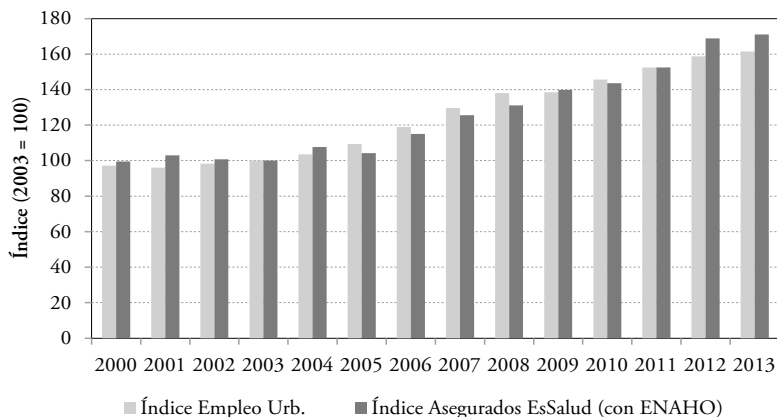
ANEXOS

Gráfico A1
Población asegurada de EsSalud (antes IPSS)



Fuentes: <<http://www.essalud.gob.pe>>; ENAHO, 2000-2012.

Gráfico A2
Índices de empleo urbano (empresas de 10 a más trabajadores) y
asegurados de EsSalud según encuestas (1993 = 100)



BIBLIOGRAFÍA

- Alfageme, Augusta (2012). Algunas reflexiones sobre la ley de aseguramiento universal en salud en el Perú. *Revista Moneda* 151, 37-41.
- Bernal, Noelia, Ángel Muñoz, Hugo Perea, Johanna Tejada & David Tuesta (2008). *Una mirada al sistema peruano de pensiones. Diagnóstico y propuestas*. Lima: BBVA.
- Bosch, Mariano, Ángel Melguizo & Carmen Pagés (2013). *Mejores pensiones, mejores trabajos: hacia la cobertura universal en América Latina y el Caribe*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Carbajal, Juan Carlos & Pedro Francke (2000). *La seguridad social en salud: situación y posibilidades* (Documento de trabajo 187). Lima: Departamento de Economía, PUCP.
- Delgado Aparicio, Luis (ed.) (2000). *La seguridad social en el Perú: creación de EsSalud*. Lima: Fimart.

- García, Luis (2001). *Reforma en la seguridad social en salud en el Perú: un análisis comparativo* (Documento de trabajo CISEPA 196). Lima: Departamento de Economía, PUCP.
- García, Luis (2002). *Health Reform in the Social Security System: the Peruvian Case* (Documento de trabajo 207). Lima: Departamento de Economía, PUCP.
- García, Luis (2012). *Desprotección en la tercera edad: ¿estamos preparados para enfrentar el envejecimiento poblacional?* (Documento de trabajo 330). Lima: Departamento de Economía, PUCP.
- García, Luis & Juan Carlos Carbajal (2000). ¿A dónde apunta el esquema ESSALUD-EPS? *Revista Actualidad Económica XXII(204)*, 30-31.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (Inei) (2009a). *Perú: estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050* (Boletín de análisis demográfico 36). Lima: Inei.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (Inei) (2009b). *Perú: estimaciones y proyecciones de población total, por años calendario y edades simples, 1950-2050* (Boletín especial 17). Lima: Inei.
- Mesa-Lago, Carmelo (2004). *Las reformas de pensiones en américa latina y su impacto en los principios de la seguridad social* (Serie financiamiento del desarrollo 144). Santiago de Chile: Cepal.
- Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) (2004). *Los sistemas de pensiones en Perú*. Lima: MEF-DGAES.
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (Mintra) (2014). *Informe anual 2014: La mujer en el mercado laboral*. Lima: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.
- Olivera, Javier (2011). Estudio sobre el diseño y costo de una pensión no contributiva en Perú. En *Envejecimiento con dignidad, por una pensión no contributiva* (pp. 171-186). Lima: OIT/PUCP.

- Olivera, Javier & Jhonatan Clausen (2013). *Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social* (Documento de trabajo 360) Lima: Departamento de Economía, PUCP.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2008). *Tendencias mundiales del empleo de las mujeres*. Ginebra: OIT.
- Petrera, Margarita & Luis Cordero (1999). El aseguramiento público en salud y la elección del proveedor. En Richard Webb (ed.), *Pobreza y economía social. Análisis de una encuesta* (pp. 213-227). Lima: Instituto Cuánto.
- Remenyi, María Antonia (1993). La gestión estatal de la seguridad social. En Margarita Petrera, *La gestión estatal y la privatización del sector salud, la seguridad social y el sector financiero* (Documento de trabajo 50, serie Documentos de política, pp. 10-13). Lima: IEP.
- Rofman, Rafael, Leonardo Lucchetti & Guzman Ourens (2010). *Pension Systems y Latin America: Concepts and Measurements of Coverage* (Documento de trabajo 05/10). Uruguay: Departamento de Economía, Universidad de la República.
- Rofman, Rafael & María Laura Oliveri (2011). *La cobertura de los sistemas previsionales en América Latina: conceptos e indicadores* (Serie de documentos de trabajo sobre políticas sociales 7). Oficina Regional para América Latina del Banco Mundial.
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) (2013). *Diagnóstico de programa Pensión para Adultos Mayores*. Disponible en: <http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Sedesol/sppe/dgap/diagnostico/Diagnostico_PAM_2013.pdf>.
- Verdera, Francisco (1996). Seguridad social y pobreza en Perú, una aproximación. En *La seguridad social en América Latina: seis experiencias diferentes*. Buenos Aires: CIEDLA.
- Vidal, Álvaro (2010). Los sistemas de pensiones en el Perú. En Antonio Prado & Ana Sojo (eds.), *Envejecimiento en América Latina: sistemas de pensiones y protección social integral* (pp. 65-103). Santiago de Chile: Cepal.