

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 374

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

Luis García

DEPARTAMENTO
DE **ECONOMÍA**



PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 374

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

Luis García

Marzo, 2014

DEPARTAMENTO
DE **ECONOMÍA**



DOCUMENTO DE TRABAJO 374

<http://files.pucp.edu.pe/departamento/economia/DDD374.pdf>

© Departamento de Economía – Pontificia Universidad Católica del Perú,
© Luis García

Av. Universitaria 1801, Lima 32 – Perú.
Teléfono: (51-1) 626-2000 anexos 4950 - 4951
Fax: (51-1) 626-2874
econo@pucp.edu.pe
www.pucp.edu.pe/departamento/economia/

Encargado de la Serie: Luis García Núñez
Departamento de Economía – Pontificia Universidad Católica del Perú,
lgarcia@pucp.edu.pe

Luis García

Incluir socialmente a los adultos mayores: ¿es suficiente pensión 65?
Lima, Departamento de Economía, 2014
(Documento de Trabajo 374)

PALABRAS CLAVE: Seguros de Salud, Pensiones, Envejecimiento,
Seguridad Social.

Las opiniones y recomendaciones vertidas en estos documentos son responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente los puntos de vista del Departamento Economía.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2014-06611.

ISSN 2079-8466 (Impresa)

ISSN 2079-8474 (En línea)

Impreso en Cartolán Editora y Comercializadora E.I.R.L.

Pasaje Atlántida 113, Lima 1, Perú.

Tiraje: 100 ejemplares

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

Luis García

RESUMEN

La población peruana presenta un lento pero progresivo proceso de envejecimiento esperándose que en los próximos años el número de adultos mayores aumente. Las estadísticas actuales 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. Pese a que en los últimos años han existido algunos programas y políticas aplicadas directamente a los adultos mayores —como por ejemplo el Seguro Integral de Salud, o el reciente programa Pensión 65—, estas políticas parecen ser insuficientes. Otras políticas más antiguas como el Sistema Privado de Pensiones, las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), y las modalidades de nuevos seguros independientes de EsSalud tampoco presentan avances importantes que nos lleven a pensar que el problema de los adultos mayores del futuro esté totalmente resuelto. En este documento se revisa la problemática de este importante sector, se revisan críticamente los alcances y limitaciones de estas políticas, y de políticas recientes dadas en el siglo XXI que buscan corregir errores y llegar al objetivo de la universalidad de la seguridad social.

Códigos JEL: I13, J26, H55

Palabras Clave: Seguros de Salud, Pensiones, Envejecimiento, Seguridad Social.

ABSTRACT

The Peruvian population is experiencing a slow but progressive aging process. In coming years, an increase in the number of senior citizens is expected. Current statistics show that a large percentage of adults aged 65 or older have neither health insurance nor a pension. Although in recent years there have been some programs and policies directly applied to senior citizens, such as the *Seguro Integral de Salud* or the recently instituted program *Pensión 65*, these programs and policies seem to be insufficient to meet the needs of the senior citizens. Other older policies like the *Private Pension System*, the *Entidades Prestadoras de Salud* (EPS), and the new health insurance offered by the Social Security

(*EsSalud*) do not present important advances to indicate that the problems faced by the current and future elderly are fully resolved. In this paper I critically review the scope and limitations of these policies.

Códigos JEL: I13, J26, H55

Palabras Clave: Health Insurance, Pensions, Aging, Social Security.

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

Luis García Núñez **

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, en el año 2013 un millón 907 mil peruanos tiene 65 años o más, representando aproximadamente el 6.3% de la población total. Esta cifra contrasta notablemente con lo que ocurría veinticinco años atrás en el año 1988 en donde este grupo poblacional solo llegaba al 3.8% de la población¹, unas 800 mil 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.

En los últimos 10 años han existido algunos programas y políticas aplicadas directamente a los adultos mayores —como por ejemplo el Seguro Integral de Salud, o el reciente programa Pensión 65— con el fin de incluirlos a los beneficios mencionados. También existe 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, las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), y las modalidades de nuevos seguros independientes de EsSalud. Estas políticas tampoco han

* Agradezco los comentarios de un referi anónimo que ayudaron a mejorar este documento. Los errores persistentes son de mi entera responsabilidad.

** El autor es Profesor Principal del Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú PUCP (lgarcia@pucp.edu.pe).

¹ Cifras calculadas con las proyecciones de INEI (2009).

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 críticamente 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 financiera². Sobre la base de estos resultados se propondrán 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 N°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 N°

² Mesa-Lago (2004).

20212, tomando recién en 1980 el nombre de Instituto Peruano de Seguridad Social mediante Decreto Ley N°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, y orientado fundamentalmente a los trabajadores formales (Petrera y 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 del 90 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 Instituto Peruano de Seguridad Social (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 70 y 80, siendo los principales el régimen de la Ley N° 19990 (Sistema Nacional de Pensiones) y la Ley N° 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 Sistema Privado de Pensiones (SPP) mediante el Decreto Ley N° 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. Sin embargo en el año 2007 se dio la Ley N° 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 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. La Figura 1 muestra la evolución de los cotizantes (no los afiliados) del SNP y el SPP desde 1997 al año 2012⁴. Se aprecia que mientras que los cotizantes de las AFP se han incrementado en forma casi sostenida, los cotizantes del SNP han mostrado un comportamiento cíclico, al parecer relacionado con el ciclo del Producto Bruto Interno y el empleo, tal como se sugiere en García (2012).⁵ El hecho que los cotizantes en ambos regímenes

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 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.

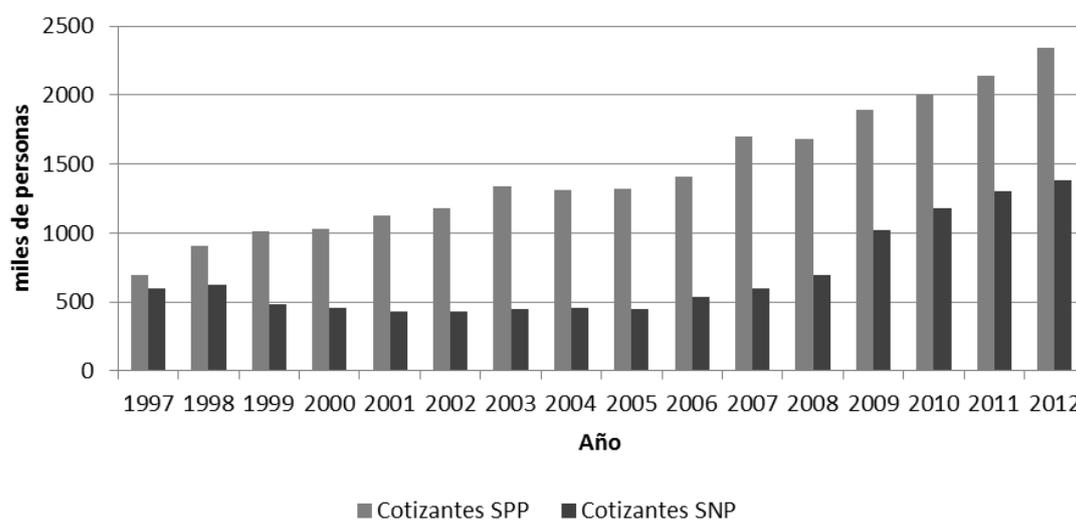
⁴ En el caso de las AFP, los cotizantes representan aproximadamente a un poco menos de la mitad de los afiliados al sistema privado.

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

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. En la Tabla 1 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 2012 solamente un 28.4% de estos trabajadores eran cotizantes activos.

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.

Figura 1
Cotizantes del SPP y el SNP (Ley 19990)



Fuentes: Oficina de Normalización Previsional (www.onp.gob.pe); Superintendencia de Banca y Seguros y AFP (www.sbs.gob.pe). Elaboración: Propia.

privado también se incrementa por la incesante labor de los promotores de este sistema, especialmente para afiliar a nuevos trabajadores. En el caso del SNP, es inexistente este efecto.

Tabla 1
Razón Cotizantes SPP y SNP respecto a PEA
20 a 64 años^{1/}

1997	15.0%
1998	17.0%
1999	16.4%
2000	15.5%
2001	15.5%
2002	15.8%
2003	16.5%
2004	16.2%
2005	16.1%
2006	17.0%
2007	19.2%
2008	19.6%
2009	23.4%
2010	25.1%
2011	26.5%
2012	28.4%

Fuente: ONP, SBS, ENAHO.

Elaboración: Propia.

^{1/} El dato de cotizantes SPP y SNP no se limita al grupo de edad 20 a 64 años. La PEA sí.

En materia de Salud, a fines de los años 80 e inicios de los 90 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 entre 1990 y 1994. Entre 1990 y 1997 la reducción acumulada —según los 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 Petrera y Cordero (1999) solo se llegaba a cubrir al 23.5% de la población, dejando a un 76.5% sin seguro⁶.

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

Debido a los pobres resultados de aseguramiento nacional en salud, hacia fines de los años 90 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 o 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 N° 26842 “Ley General de Salud”, la Ley N° 26790 “Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud” y el Decreto Supremo N° 009-97-SA. En estas leyes se define el principio de la libre elección del sistema previsional, y se definen dos regímenes paralelos: el Régimen Estatal a cargo del Ministerio de Salud en búsqueda 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 Entidades Prestadoras de Salud. Asimismo, la Ley N° 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: 12). En concreto, según este autor, 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.

Respecto a la segunda reforma, esta se inició durante el gobierno del presidente Alejandro Toledo. En el año 2002 con la Ley N° 27657 de creación del Seguro Integral de Salud (SIS) y su reglamento, el Decreto Supremo N° 009-2002-SA, se dio un paso importante hacia el aseguramiento universal en salud. De esta manera, los pre-existentes 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.

sistemáticamente menores. Véase la Figura A1 del anexo para una comparación entre ambas fuentes.

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 cerca del 40% de la población nacional. Hacia fines del año 2013 tiene aseguradas a 12 millones 292 mil personas.

En la Figura 2 podemos observar las series de los porcentajes de la población nacional que está asegurada por EsSalud, el SIS, las EPS y aquellas personas que no están afiliados a ningún sistema desde el año 2000 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 nacional.⁸ 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% de la población según cifras preliminares de ENAHO 2012⁹. 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 33 mil 374 personas a enero de 2013¹⁰. 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 de grandes y con remuneraciones relativamente altas, tal como vaticinaban García (2001), Carbajal y Francke (2000), y García y Carbajal (2000).

Otro resultado elocuente de la Figura 2 es el despegue del Seguro Integral de Salud, en especial desde el año 2007, observándose paralelamente una caída en la población no

⁷ Cálculos con ENAHO 2000 y 2001.

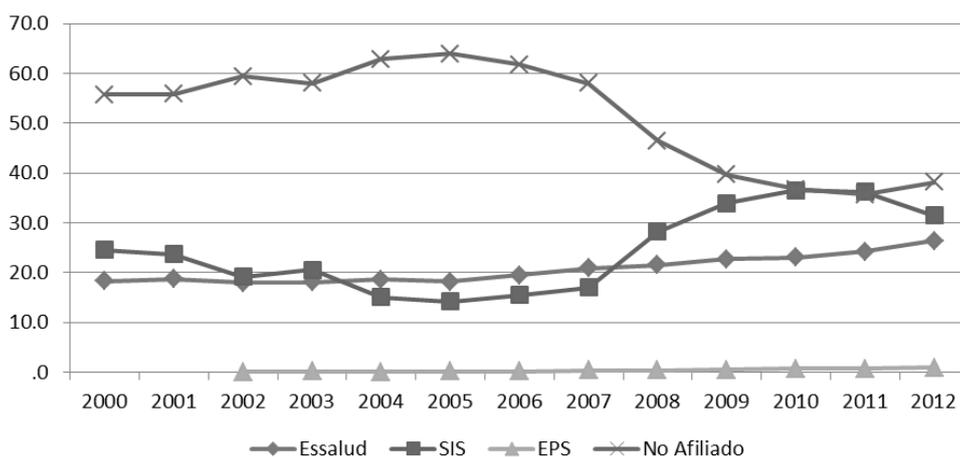
⁸ En la Figura A2 del Anexo se observa una correspondencia casi exacta entre el empleo urbano de empresas de 10 a más trabajadores y la evolución de la población asegurada de EsSalud según las cifras de la Encuestas ENAHO.

⁹ Según las cifras oficiales de SUNASA, la población afiliada de las EPS en seguros regulares llega a 638 mil 703 asegurados entre titulares y derechohabientes a enero de 2013. El dato de ENAHO 2012 llega a 303 mil personas.

¹⁰ www.sunasa.gob.pe, acceso 29 de abril de 2013.

asegurada según las ENAHO de esos años. Así, los no asegurados cayeron desde un 60% en años previos a alrededor del 35% de la población nacional.

Figura 2
Porcentaje de Población asegurada, por tipo de seguro, según la Encuesta Nacional de Hogares ENAHO



Nota: Los datos del SIS para los años 2000 y 2001 corresponden al seguro escolar estatal.
 Fuente: ENAHO 2000-2012. Elaboración: Propia

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. Las Figuras 3 y 4 muestran la descomposición de la Figura 2 por dichas áreas. Se puede observar que — como era de esperar— el avance de EsSalud se ha dado principalmente en las zonas urbanas, siendo su participación absolutamente plana y pequeña en las zonas rurales. Lo opuesto ocurre con el SIS que ha crecido fuertemente en áreas rurales, logrando que la población no asegurada sea en esta área de residencia sea incluso menor que en la urbana.

Figura 3
Porcentaje de Población asegurada, por tipo de seguro, según ENAHO
en el área URBANA

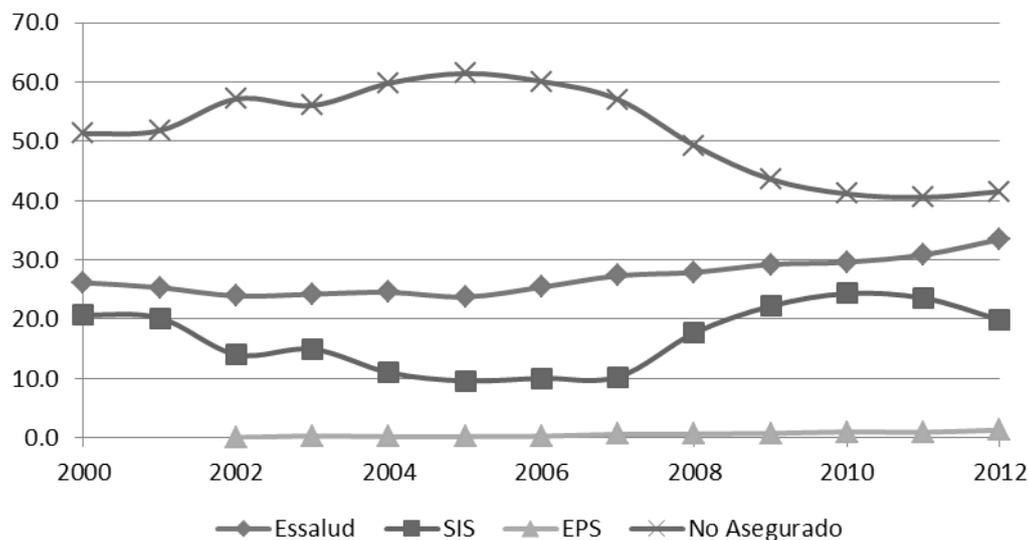
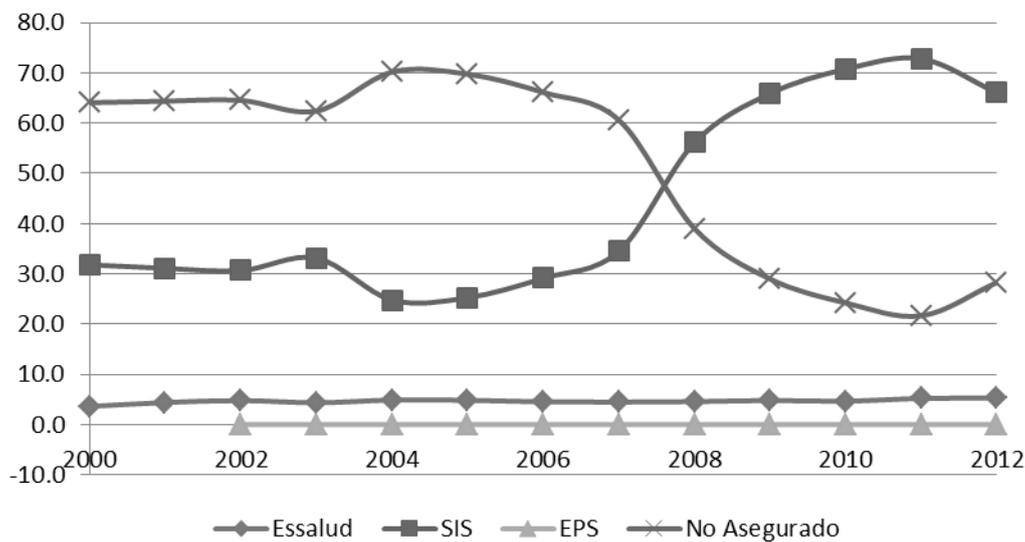


Figura 4
Porcentaje de Población asegurada, por tipo de seguro, según ENAHO
en el área RURAL



Nota.- La cifra de SIS de los dos primeros años corresponde al seguro escolar estatal.
 Fuente: ENAHO 2000-2012. Elaboración: Propia.

Pero ni el Seguro Social ni el Seguro Integral de Salud han sido los únicos medios de aseguramiento en salud. Según Petrerá y Cordero (1999), mediante la Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida - ENNIV97, en 1997 los asegurados en seguros privados

apenas superaban el 2% de la población mientras que las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional aseguraba a 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 seguros universitarios y escolar, 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 2000 a 2012 según la Encuesta Nacional de Hogares, en donde se aprecia que no ha habido mayores cambios a lo largo de esos años, manteniéndose estancados.¹¹ La desagregación por área urbana o rural señala que los seguros privados y de FFAA/PNOP son virtualmente inexistentes en las zonas rurales, concentrando su ámbito de acción en las zonas urbanas.

Tabla 2
Porcentaje de la Población Nacional cubierta por otros Seguros Privados y sanidades de FFAA/PNP

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Seguro Privado	1.6	1.7	2.1	1.8	1.8	2.0	1.8	2.1	2.1	2.1	2.0	2.1	2.1
Seguro FFAA/PNP	2.0	2.2	1.7	2.2	2.0	2.0	1.8	2.2	2.0	2.1	2.0	2.1	2.3
Urbano													
Seguro Privado	2.4	2.5	3.0	2.5	2.5	2.8	2.5	2.8	2.9	2.8	2.7	2.8	2.8
Seguro FFAA/PNP	2.9	3.1	2.5	3.1	2.8	2.7	2.4	3.0	2.7	2.8	2.6	2.8	3.1
Rural													
Seguro Privado	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Seguro FFAA/PNP	0.4	0.3	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2

Fuente: ENAHO 2000-2012. Elaboración: Propia.

¹¹ 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.

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 N° 29344 o Ley de Aseguramiento Universal en Salud, y la reciente 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 2012 solo el 24.5% de los adultos mayores de 65 o más años recibe algún tipo de pensión de jubilación. Esta cifra ha cambiado muy poco en los últimos años, tal como se observa en la Figura 5, en donde el porcentaje de cobertura ha fluctuado entre 23% y 25% desde el año 2005 en adelante. En la Figura, la cifra de cobertura ha sido descompuesta por el tipo de régimen de pensiones. Podemos notar que el SNP (Ley N° 19990) es el régimen más común entre estos pensionistas, seguido del régimen de Cédula Viva de la Ley N° 20530. Por su parte el sistema privado de pensiones 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.

En la misma Figura 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 2012 no cambiarán de régimen de pensiones ni se producirán nuevas afiliaciones en este rango de edad¹². 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 5 años. Luego, se asume que la cobertura —definida como la razón pensionistas/afiliados— de cada grupo quinquenal y por sexo vigente en el año 2012 se mantendrá constante en los siguientes años. Este cálculo es una estadística aplicable a grupos poblacionales (en este caso la mencionada razón pensionistas/afiliados). La misma metodología fue usada en el caso de los afiliados a las AFP.¹³

Los resultados indican que la participación de los pensionistas por AFP respecto al total de adultos mayores se incrementará desde el 2.2% en el 2012 hasta un 8% en el año 2026. En cuanto a las personas beneficiarias de la Ley N° 20530, su participación se irá reduciendo con los años pues este régimen ya se encuentra cerrado. Respecto a los pensionistas del SNP (Ley N° 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 16% en el año 2006 hasta un 11.9% en el año 2026. Por último, en el sistema de pensiones como un todo, la cobertura total seguirá siendo muy baja en los próximos años, pues apenas se superará el 25% de personas adultas mayores de 65 años¹⁴.

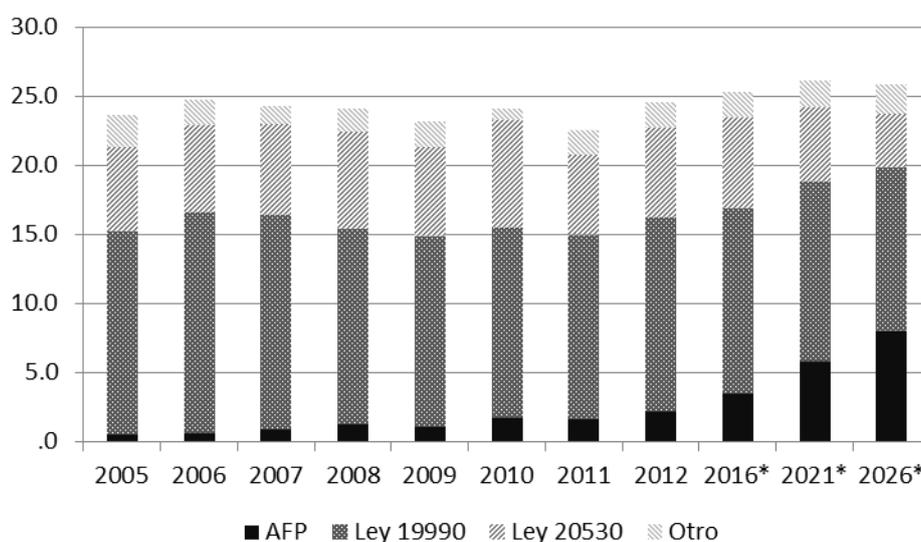
¹² La explicación de este modelo de proyecciones se encuentra en García (2012), Anexo 7. Algo similar se encuentra en Bernal et al (2008).

¹³ Diversos cálculos del autor de estas coberturas para varios años muestran un patrón bastante claro y estable, y la aplicación de esta técnica a años anteriores reproduce bastante bien los datos observados a futuro.

¹⁴ Esta es una estimación en ausencia de programas no contributivos o asistencialistas como Pensión 65.

Lo presentado en la Figura 5 varía notablemente cuando se controla por la situación de pobreza del hogar. En la Figura 6 tenemos al porcentaje de adultos mayores en condición de Pobreza que reciben en el año 2012 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 de la Figura 5, situándose en la actualidad en alrededor de 7%. De ellos, el principal proveedor de pensiones es la Sistema Nacional de Pensiones (Ley 19990) que tiene una participación más grande que lo que se observaba en la Figura 5. Esta tabla nos demuestra que las pensiones decaen con el nivel de pobreza de las familias de los adultos mayores. Obsérvese que solo un 0.5% de los adultos mayores en condición de pobreza reciben pensión de las AFP.

Figura 5
Porcentaje de personas de 65+ años que reciben pensión de jubilación, por tipo de régimen



(*) Proyecciones del autor en base a ENAHO 2012, proyecciones de población y tablas de mortalidad de INEI (2009a).

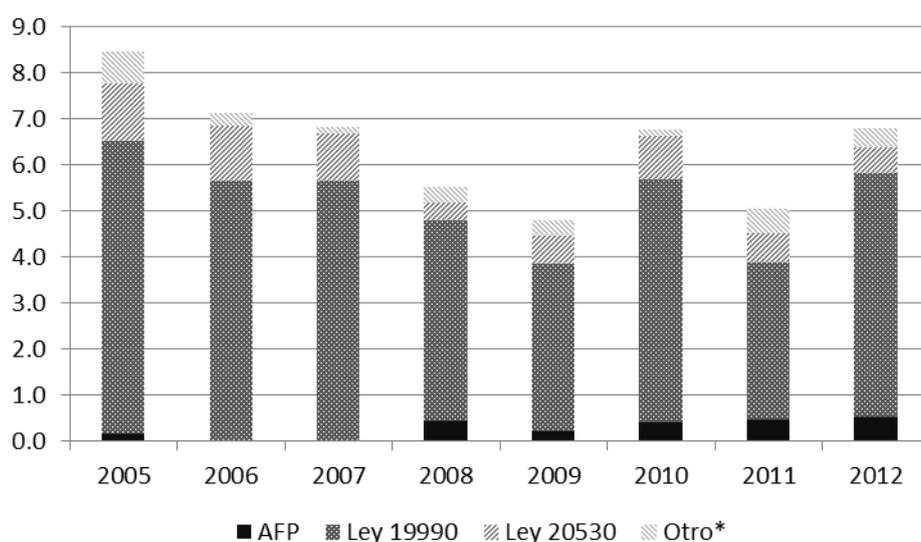
Nota: Incluye a personas que reciben pensiones pero que no especificaron afiliación a alguno de los regímenes de pensiones.

Fuente: ENAHO 2005-2012. Elaboración: Propia.

Desde una perspectiva de género, existen diferencias importantes en cuanto a la recepción de pensiones de jubilación de adultos mayores de 65 años. En la Figura 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%¹⁵. 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 en comparación con los hombres, se encuentra la menor participación laboral de ellas en el mercado laboral peruano y mundial¹⁶, y dado que las pensiones de las que hablamos son fundamentalmente de origen contributivo y por ende relacionadas al empleo.

Figura 6
Porcentaje de personas de 65+ años en condición de POBREZA que reciben pensión de jubilación, por tipo de régimen



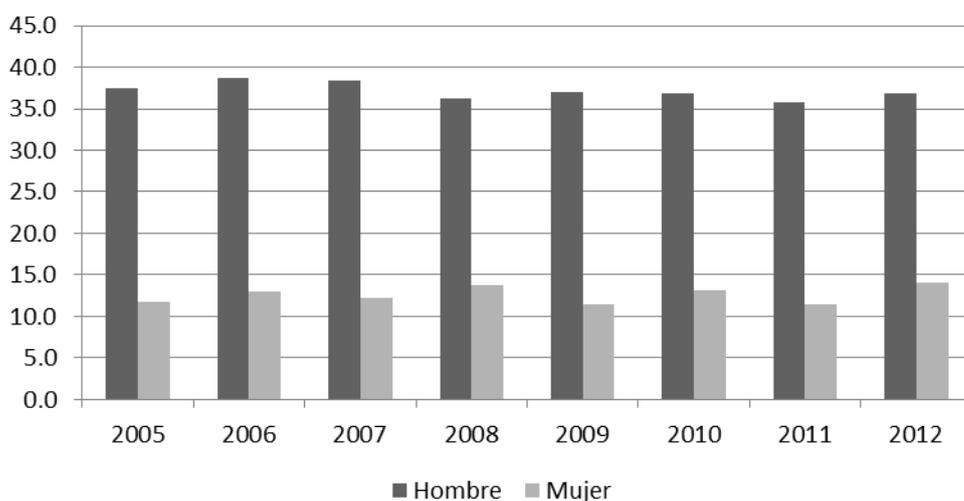
(*) Incluye a personas que reciben pensiones pero que no especificaron afiliación a alguno de los regímenes de pensiones.

Fuente: ENAHO 2005-2012. Elaboración: Propia.

¹⁵ Esta misma disparidad por género se ha observado en otros países de América Latina (Rofman et al, 2010) y Rofman y Oliveri (2011).

¹⁶ Aunque recientemente tal participación está aumentando. Véase, MINTRA (2009), OIT (2008).

Figura 7
Porcentaje de personas de 65+ años que reciben pensión de jubilación, por GÉNERO



Fuente: ENAHO 2005-2012. Elaboración: Propia.

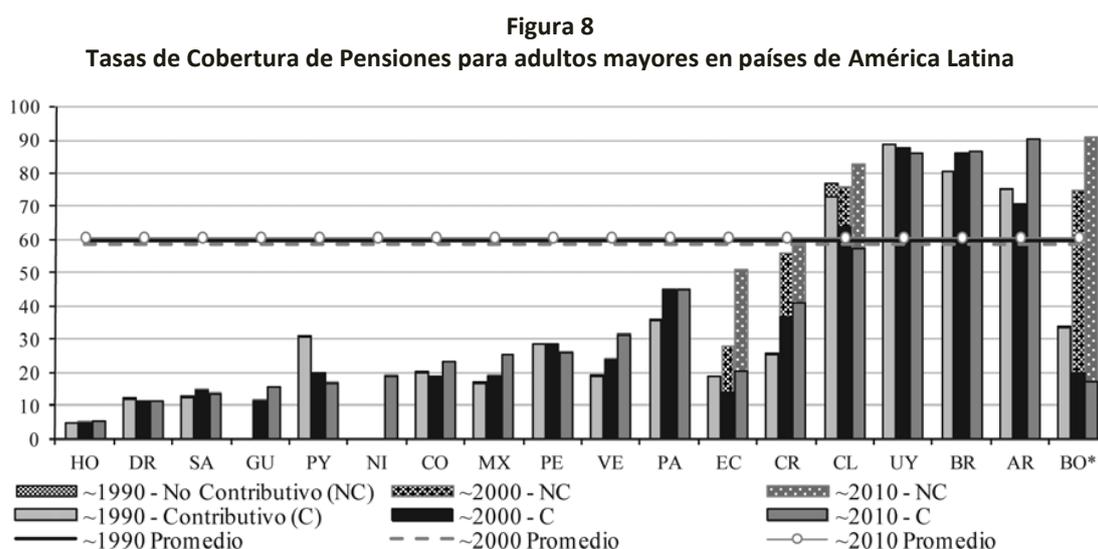
En este punto es importante mencionar que estos resultados de cobertura de pensiones en el Perú son bajos en comparación con otros países de la América Latina. Por ejemplo, Rofman y Oliveri (2011)¹⁷ calcula las tasas de cobertura para los adultos mayores en una veintena de países de la región, estadísticas que son mostradas en la Figura 8. En la figura 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 90s y alrededor del año 2010. Obsérvese que las tasas en el Perú (PE) son muy inferiores a las de países como Argentina (AR), Brasil (BR), Chile (CL) y Uruguay (UY), la cuales superan el 70% y en ocasiones el 80% de cobertura. Destaca también el caso de algunos países como Bolivia (BO), que tiene bajas tasas de cobertura contributiva pero la cobertura se incrementa notablemente al considerarse las pensiones del tipo no contributivo¹⁸. En otros países

¹⁷ Véase también Rofman *et al.* (2010).

¹⁸ 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 (aprox. 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.

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 la Figura 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 más¹⁹.

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).



Fuente: 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

¹⁹ El programa “Pensión para Adultos Mayores” entrega 525 pesos mexicanos (aprox. US\$41.5) mensuales a adultos de 65 años a más a nivel de todo el país. Véase más detalles en SEDESOL (2013).

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 Sistema Privado de Pensiones (AFPs) no ha resuelto el problema ni ha incrementado en mayor medida la cobertura de pensiones en el país. 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 existe fuertes inequidades reportadas en la literatura, en cuanto a las pensiones otorgadas por el régimen de Cédula Viva (Ley N° 20530) y las pensiones de los demás regímenes. Por ejemplo, según Olivera (2011), las pensiones promedio del régimen de Cédula Viva alcanzaban los 1,146.1 soles a diciembre de 2010, mientras que en el sistema privado de pensiones la pensión promedio llegaba a 944, en el SNP solamente a 654.3 nuevos soles en la misma fecha y en la Caja del Pescador apenas llega a 395.8 nuevos soles. Aunque el régimen de la Ley N° 20530 está cerrado y no recibe a más cotizantes, aún continúa pagando a sus pensionistas cifras varias veces más grandes que, por ejemplo, la pensión que se paga en el régimen de la Ley N° 19990 (MEF, 2004).

En cuanto al principio de la solidaridad y redistribución del ingreso, este solo se mantiene en el régimen del Sistema Nacional de Pensiones (Ley N° 19990), pero ha desaparecido en el Sistema Privado de Pensiones (AFPs), en donde las pensiones dependerán de los fondos acumulados en cuentas individuales, ocurriendo que la pensión será 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 2012 había 5,452 pensionistas de AFP en pensión mínima (aproximadamente el 8% del total de pensionistas del SPP).

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. No obstante en el largo plazo, se debería considerar que este aumento del empleo observado en los años actuales está relacionado con el llamado “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 a la reforma en el sistema de pensiones mediante el Decreto Supremo N° 007-2008-TR que crea el Régimen de Pensiones Sociales, y a la Ley N° 29903 del año 2012, Ley de Reforma de Sistema Privado de Pensiones. En primer lugar, con estas normas se busca incorporar a los trabajadores y conductores de la pequeña y micro empresa a la seguridad social en salud y pensiones. Así, se vuelve obligatorio que los trabajadores menores de 40 años tengan una cuenta de capitalización individual en el Sistema de Pensiones Sociales, la cual pueda 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 afiliación y aportes son 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”. Como este nuevo régimen aún está en fase de implementación, no se disponen de estadísticas sobre afiliados a este sistema.

En segundo lugar, se establece en las normas que los trabajadores independientes menores de 40 años que actualmente no cotizan a la seguridad social se verán obligados a hacerlo, mediante la modalidad de retenciones en sus boletas de pago similarmente a las retenciones por impuesto a la renta. Para aquellos que ganen más de 1.5 remuneraciones mínimas vitales mensuales se les aplicará un aporte obligatorio de 10% de sus ingresos, y si ganan menos de 1.5 remuneraciones mínimas vitales se les aplicará una tasa menor.

Evidentemente estas medidas buscan incrementar la masa de trabajadores que cotizan a la seguridad social, y en caso que sea exitosa (recién está en fase de lanzamiento), en un futuro no muy lejano podría incrementar las tasas de cobertura de pensiones de adultos mayores que hemos observado en las Figuras 3 a la 5. Sin embargo, no se puede asegurar que estas futuras pensiones estén totalmente autofinanciadas pues los trabajadores independientes pueden elegir entre afiliarse a una AFP o pertenecer al SNP, y por ello no son medidas que inmunicen al sistema del envejecimiento poblacional. Tampoco se observa que las normas ataquen el problema de la inequidad por género mencionado líneas arriba.

Por último, la ley también trata sobre el nuevo esquema de comisiones de las AFP, en donde se proponen dos opciones de comisión al afiliado: la comisión por flujo (sistema anterior) y la comisión por el fondo acumulado. El objetivo de la política es 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 la Figura 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 crea el 19 de Octubre de 2011 en el Gobierno de Ollanta Humala, mediante el Decreto Supremo N° 081-2011-PCM. Para contar con este beneficio basta con tener 65 años o más, contar con el Documento Nacional de Identidad y vivir en uno de los distritos calificados como pobres por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH). En la actualidad entrega 125 Nuevos Soles (aprox. US\$45) mensuales a las personas beneficiarias. De acuerdo al padrón de beneficiarios de Noviembre-Diciembre de 2013, Pensión 65 estaría otorgando pensiones a 306,298 adultos mayores.²⁰

Como puede observarse, 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 poblacional.²¹ 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

²⁰ Según Resolución Directoral N° 084-2013-MIDIS/P65-DE del 5 de diciembre de 2013.

²¹ Existe una discusión sobre qué tanto podría afectar el envejecimiento poblacional a la sostenibilidad de programas de pensiones no contributivas. Tal como señala Bosch *et al* (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.

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 en el futuro.²² 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, y 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.

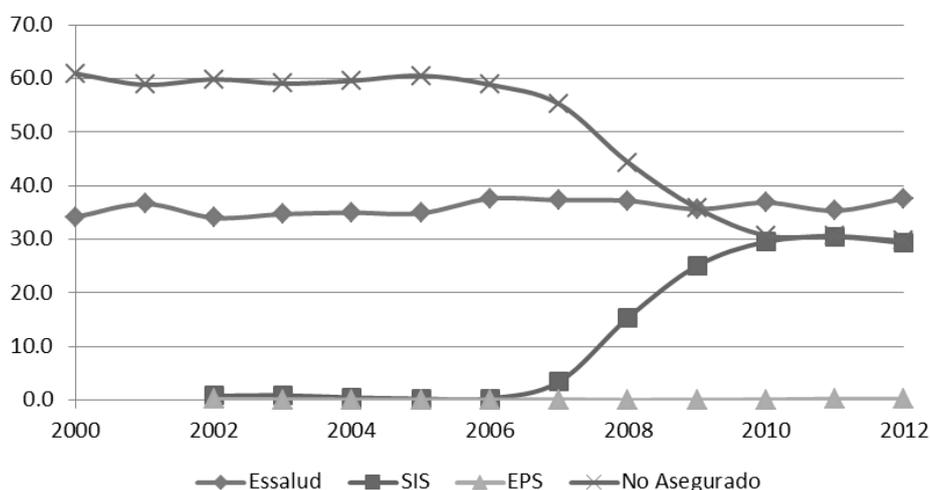
²² Bosch *et al* (2013) hacen una interesante discusión relacionando este problema con los incentivos que crean los programas de transferencias sobre el mercado laboral y la informalidad de las empresas. Diversos estudios citados por los autores señalan que tales transferencias desincentivan el empleo 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.” (Bosch *et al*, p.102),

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 las Figuras 2, 3 y 4 se mostró que el Seguro Integral de Salud 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 la Figura 9 tenemos el equivalente de la Figura 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 de los 26 puntos porcentuales que se observa en el total nacional.²³ Otra diferencia es que recién a partir del año 2007 el SIS tiene relevancia como seguro de salud para estas personas, observándose desde ese año una caída de los no asegurados desde su nivel histórico de 60% a solo un 30%.

Figura 9
Porcentaje de Población mayor de 65 años afiliada a seguros de salud, por tipo de seguro

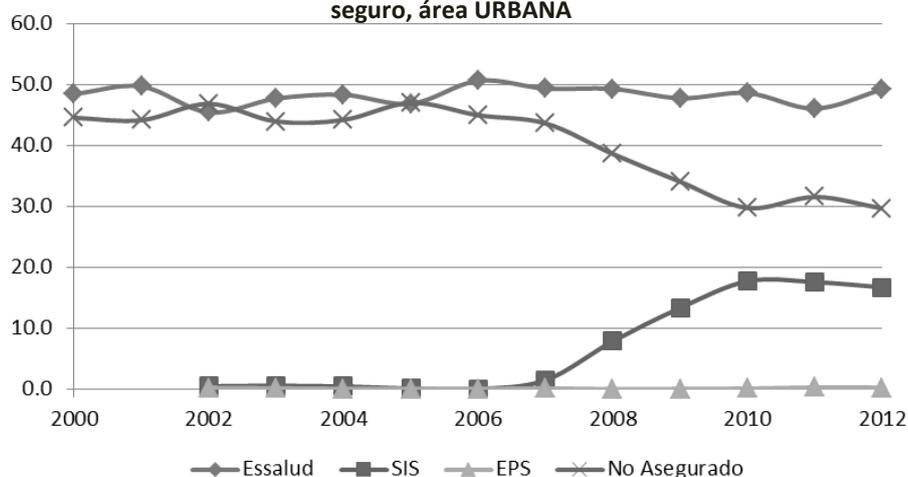


Fuente: ENAHO 2000-2012. Elaboración: Propia.

²³ 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.

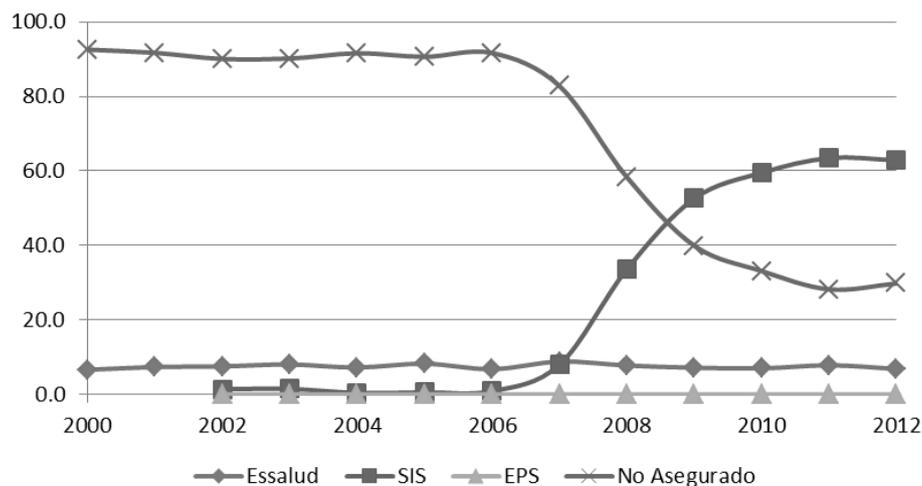
Nuevamente hacemos la descomposición de la Figura 9 por zonas urbanas y rurales, encontrando grandes diferencias, las cuales se presentan en las Figuras 10 y 11. En las zonas urbanas, EsSalud cubre a aproximadamente el 50% de adultos mayores según las encuestas de hogares, sin apreciarse ninguna tendencia en los últimos 12 años. Por otro lado, la aparición del Seguro Integral de Salud significó una caída de la población adulta mayor no asegurada, aunque desde el año 2010 hay un 30% de adultos mayores no cubiertos por ningún seguro. En el caso del área rural (Figura 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 30%, cobertura similar a la del área urbana. Por su parte, EsSalud se mantiene en con una cobertura baja en alrededor de 7.5% de los adultos mayores en zonas rurales. Por último, la participación del sector EPS en las zonas rurales es prácticamente nula.

Figura 10
Porcentaje de Población mayor de 65 años afiliada a seguros de salud, por tipo de seguro, área URBANA



Fuente: ENAHO 2000-2012. Elaboración: Propia.

Figura 11
Porcentaje de Población mayor de 65 años afiliada a seguros de salud, por tipo de seguro, área RURAL



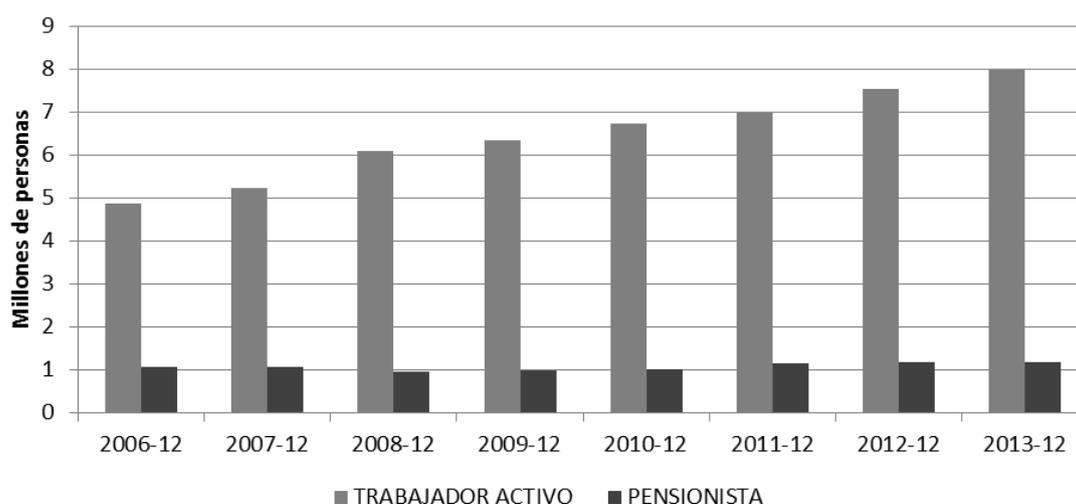
Fuente: ENAHO 2000-2012. Elaboración: Propia.

4.2 Cifras oficiales de EsSalud y del Seguro Integral de Salud

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 hogares.²⁴ 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 se haya incrementado notablemente desde el año 2006, no ocurriendo lo mismo con el grupo pensionista tal como se muestra en la Figura 12.

Figura 12
Evolución de asegurados regulares activos y pensionistas en EsSalud 2006-2013
(a diciembre de cada año)



Fuente: www.essalud.gob.pe. Elaboración: Propia.

En el caso del SIS, esta entidad viene operando desde el año 2002 y hacia fines del año 2013 ha asegurado a 1 millón 351 mil personas mayores de 60 años²⁵. 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, al parecer su rápido crecimiento se habría estancado, como sugieren la Figura 9.

²⁴ Cabe recordar lo que se mencionó en la nota al pie 6 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.

²⁵ Estadísticas oficiales publicadas en www.sis.gob.pe.

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 más²⁶ para ambos seguros según las cifras oficiales. Resalta que el número de asegurados crezca de manera importante y que llegue a 46% en el caso de SIS y 48% para EsSalud. No obstante, según la Figura 9, habría aproximadamente un 30% de adultos mayores sin seguro de salud, según la autopercepción de las personas.²⁷ La diferencia podría deberse a que existan adultos mayores que están asegurados en ambos seguros, a que las cifras oficiales estén sobreestimadas, o que existan personas formalmente aseguradas en estas instituciones pero que no han tomado real conciencia de sus derechos como asegurado y aun se consideren en el práctica como no asegurados.

Tabla 3
Población asegurada de 60 años y más en SIS y EsSalud
(Cifras oficiales)

Año	Asegurados SIS 60+	Asegurados EsSalud 60+	Población 60+	Cobertura SIS 60+	Cobertura EsSalud 60+
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.

Fuente: www.essalud.gob.pe, www.sis.gob.pe, INEI (2009). Elaboración: Propia.

4.3 Reformas recientes y en marcha

Debido entonces a que hay todavía un importante segmento de la población que no cuenta con seguro de salud, en el año 2009 se dio la Ley N° 29344 que fija 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

²⁶ 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.

²⁷ Cabe mencionar que la Figura 9 se refiere a personas de 65 y más años. Sin embargo la aproximación es válida.

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 financian mediante los diversos fondos de salud (EsSalud, SIS, FFAA/PNP etc.) Mediante la Ley se asigna al Ministerio de Salud como ente normativo del sector, y se crea la entidad reguladora de estos planes y fondos de salud, la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA). La ley define que todos los seguros existentes deben ofrecer obligatoriamente el PEAS sin que esto afecte a sus planes existentes. Asimismo, se definen 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 (D.S. N° 008-2010-SA) establece que las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento (llamadas IAFAs, 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 IAFAs admitir las solicitudes de aseguramiento de nuevos asegurados.

Estas reformas están implementándose gradualmente en el sector. Por ejemplo, a diciembre del 2012, en EsSalud había 60 mil 982 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 12 mil 959 afiliados a esa fecha. Lamentablemente no contamos con cifras por edad, para conocer como es el aseguramiento de adultos mayores bajo este plan esencial. En el caso del SIS, éste cubre el PEAS a sus afiliados, ya sean en SIS Gratuito (No contributivo), en SIS independiente (contributivo) y en SIS microempresas (contributivo).

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 IAFAs 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 cómo 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 IAFAs 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 Sistema Nacional de Pensiones (SNP) ni las Administradoras de Fondos de Pensiones (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 cuanto a la salud, la modernización de la seguridad social en salud de 1997 que introdujo a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) no logró el objetivo de ampliar la cobertura de pensiones en la población peruana. Por otro lado, si bien es cierto que el SIS logró incrementar en forma importante la cobertura de la seguridad social en salud, en especial en el área rural, todavía falta mucho para lograr el aseguramiento total de la población adulta mayor en el Perú.

Las políticas recientes en materia de salud, al parecer superarán las deficiencias de la modernización de la seguridad social del año 1997. El carácter obligatorio de estas nuevas medidas y su integración con las instituciones ya existentes son elementos positivos, pero hay aspectos como la informalidad en el trabajo y la falta de conciencia en la población que pueden impedir que se logre el objetivo. Asimismo, se requiere tener especial cuidado y hacer un seguimiento cercano de las reformas para evitar que existan problemas de selección de los asegurados por parte de entidades públicas o privadas.

Referencias / References

Alfageme, Augusta.

2012 “Algunas reflexiones sobre la ley de aseguramiento universal en salud.”
Revista Moneda, N° 151, Banco Central de Reserva del Perú.

Bernal, Noelia, Ángel Muñoz, Hugo Perea, Johanna Tejada y David Tuesta.

2008 Una mirada al Sistema Peruano de Pensiones. Diagnóstico y Propuestas. Lima:
BBVA.

Bosch, Mariano; Ángel Melguizo y Carmen Pages.

2013 *Mejores pensiones, mejores trabajos: Hacia la cobertura universal en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo, Octubre, 2013, 239p.

Carbajal, Juan Carlos y Pedro Francke.

2000 “La seguridad social en salud: situación y posibilidades”. Documento de Trabajo 187. Departamento de Economía, PUCP.

Delgado Aparicio, Luis (Ed.).

2000 *La Seguridad Social en el Perú: Creación de EsSalud*. Lima: Fimart.

García, Luis y Juan Carlos Carbajal

2000 “¿A dónde apunta el esquema ESSALUD-EPS?” Revista Actualidad Económica, Año XXII, N° 204, Febrero/Marzo 2000.

García, Luis.

2001 “Reforma en la seguridad social en salud en el Perú: un análisis comparativo”. Documento de Trabajo CISEPA N° 196. Departamento de Economía, PUCP.

García, Luis.

2002 “Health Reform in the Social Security System: the Peruvian Case”. Documento de Trabajo N° 207. Departamento de Economía, PUCP.

García, Luis.

2012 “Desprotección en la tercera edad: ¿estamos preparados para enfrentar el envejecimiento poblacional?”. Documento de Trabajo N° 330, Departamento de Economía, PUCP.

Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI.

2009a Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050. Boletín de Análisis Demográfico N° 36. Lima: INEI.

2009b Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Total, por años calendario y edades simples, 1950-2050. Boletín Especial N° 17. Lima: INEI.

Ministerio de Economía y Finanzas – MEF

2004 Los Sistemas de Pensiones en Perú. Lima: MEF-DGAES, mayo 2004.

Mesa-Lago, Carmelo.

2008 Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social. Serie Financiamiento del Desarrollo, N° 144. Santiago: CEPAL.

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo –MINTRA

2008 Informe Anual de la Mujer. Lima: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

Petrera, Margarita y Luis Cordero.

1999 “El aseguramiento público en salud y la elección del proveedor.” En: Webb, Richard (Ed.). *Pobreza y Economía Social*, Análisis de una encuesta. Lima: Instituto Cuanto.

OIT.

2008 “Tendencias Mundiales del Empleo de las Mujeres”. Ginebra: OIT.

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. Oficina Internacional del trabajo (OIT) y PUCP. Lima, 2011. Pp. 171-186.

Olivera, Javier y Jhonatan Clausen.

2013 “Las Características del Adulto Mayor Peruano y las Políticas de Protección Social”, Departamento de Economía, PUCP, Documento de Trabajo 360.

Remenyi, Maria Antonia.

1993 “La gestión estatal de la seguridad social”. En: Petrera, Margarita, “La gestión estatal y la privatización del sector salud, la seguridad social y el sector financiero”. Documento de Trabajo N° 50, Serie Documentos de Política. Lima: IEP.

Rofman, Rafael, Leonardo Lucchetti y Guzmán Ourens.

2010 “Pension Systems y Latin America: Concepts and Measurements of Coverage”. Documento de Trabajo N° 05/10. Departamento de Economía, Universidad de la República, Uruguay.

Rofman, R. y M.L. Oliveri.

2011 “La cobertura de los sistemas previsionales en América Latina: conceptos e indicadores”, Serie de Documentos de Trabajo sobre Políticas Sociales N° 7, Oficina Regional para América Latina del Banco Mundial.

SEDESOL.

2013 Diagnóstico de Programa Pensión para Adultos Mayores. http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Sedesol/sppe/dgap/diagnostico/Diagnostico_PAM_2013.pdf

Verdera, Francisco.

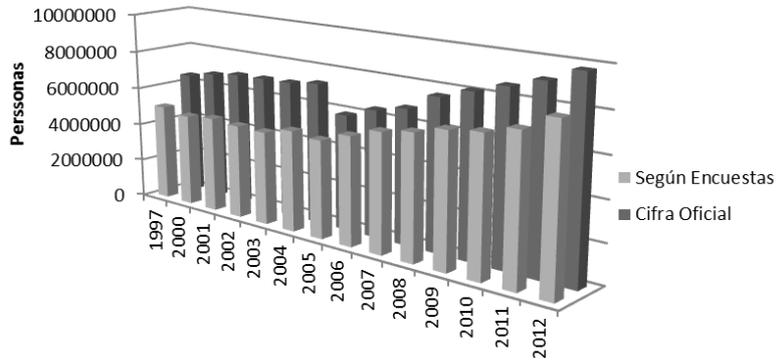
1996 “Seguridad social y pobreza en Perú, una aproximación”. En: *La Seguridad Social en América Latina: seis experiencias diferentes*. Buenos Aires: CIEDLA.

Vidal, Alvaro

2010 “Los sistemas de pensiones en el Perú”. En: Antonio Prado y Ana Sojo (Ed.), (2010), *Envejecimiento en América Latina, sistemas de pensiones y protección social integral*. Santiago: CEPAL.

ANEXO

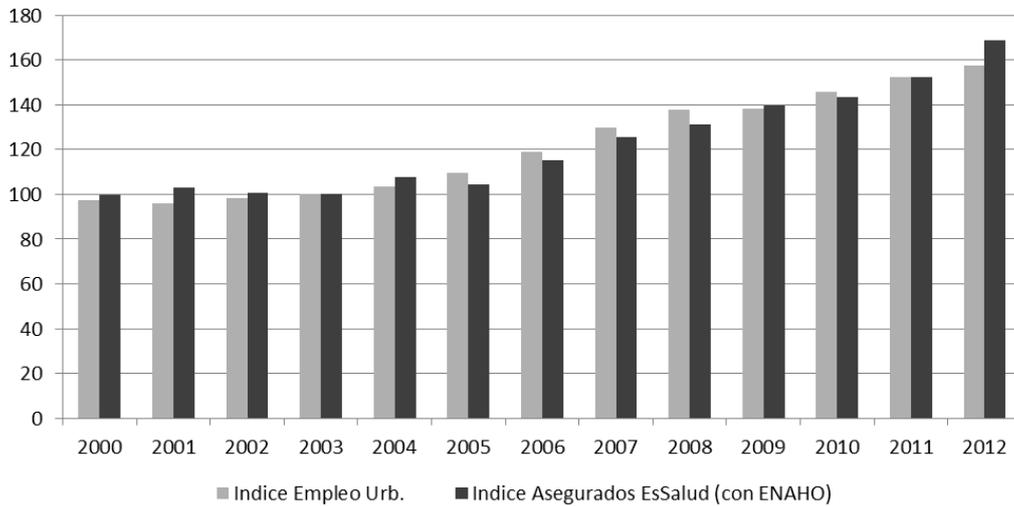
Figura A1
Población asegurada de EsSalud (Ex-IPSS)



Nota: El dato de encuestas de 1997 corresponde a la ENNIV 97. Desde el 2000 en adelante corresponde a las ENAHO.

Fuentes: Petrerá y Cordero (1999); www.essalud.gob.pe; ENAHO 2000-2012.

Figura A2
Índices de empleo urbano (empresas de 10+ trabajadores) y asegurados de EsSalud según encuestas (1993=100)



**ÚLTIMAS PUBLICACIONES DE LOS PROFESORES
DEL DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA**

Libros

Ismael Muñoz

2014 *Inclusión social: Enfoques, políticas y gestión pública en el Perú*. Lima, Fondo Editorial, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Cecilia Garavito

2014 *Microeconomía: Consumidores, productores y estructuras de mercado*. Lima, Fondo Editorial, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Alfredo Dammert Lira y Raúl García Carpio

2013 *La Economía Mundial ¿Hacia dónde vamos?* Lima, Fondo Editorial, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Piero Ghezzi y José Gallardo

2013 *Qué se puede hacer con el Perú. Ideas para sostener el crecimiento económico en el largo plazo*. Lima, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú y Fondo Editorial de la Universidad del Pacífico.

Cecilia Garavito e Ismael Muñoz (Eds.)

2012 *Empleo y protección social*. Lima, Fondo Editorial, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Félix Jiménez

2012 *Elementos de teoría y política macroeconómica para una economía abierta* (Tomos I y II). Lima, Fondo Editorial, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Félix Jiménez

2012 *Crecimiento económico: enfoques y modelos*. Lima, Fondo Editorial, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Janina León Castillo y Javier M. Iguñiz Echeverría (Eds.)

2011 *Desigualdad distributiva en el Perú: Dimensiones*. Lima, Fondo Editorial, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Alan Fairlie

2010 *Biocomercio en el Perú: Experiencias y propuestas*. Lima, Escuela de Posgrado, Maestría en Biocomercio y Desarrollo Sostenible, PUCP; IDEA, PUCP; y, LATN.

José Rodríguez y Albert Berry (Eds.)

2010 *Desafíos laborales en América Latina después de dos décadas de reformas estructurales. Bolivia, Paraguay, Perú (1997-2008)*. Lima, Fondo Editorial, Pontificia Universidad Católica del Perú e Instituto de Estudios Peruanos.

Serie: Documentos de Trabajo

- No. 373 "Inclusión social ¿En qué? Un enfoque relacional". Javier M. Iguñiz Echeverría. Enero, 2014.
- No. 372 "Economic growth and wage stagnation in Peru: 1998-2012" Peter Paz y Carlos Urrutia. Enero, 2014.
- No. 371 "Peruvian Miracle: Good Luck or Good Policies?" Waldo Mendoza Bellido. Diciembre, 2013.
- No. 370 "La educación superior en el Perú: situación actual y perspectivas". José S. Rodríguez y Lisset Montoro. Diciembre, 2013.
- No. 369 "The Dynamic Relationship between Stock Market Development and Economic Activity Evidence from Peru, 1965-2011". Erick Lahura y Marco Vega. Diciembre, 2013.
- No. 368 "Trend-Cycle Decomposition for Peruvian GDP: Application of an Alternative Method". Ángel Guillén y Gabriel Rodríguez. Diciembre, 2013.
- No. 367 "Do Labor Reforms in Spain have an Effect on the Equilibrium Unemployment Rate? Dionisio Ramírez y Gabriel Rodríguez. Diciembre, 2013.
- No. 366 "The IS-LM-BB: A Model for Unconventional Monetary Policy". Waldo Mendoza. Diciembre, 2013.
- No. 365 "Mediciones del cambio estructural en el Perú: un análisis regional, 2002-2011". Waldo Mendoza. Diciembre, 2013.
- No. 364 "Mediciones del cambio estructural en el Perú: un análisis regional, 2002-2011". Mario D. Tello. Noviembre, 2013.
- No. 363 "Crecimiento verde y biocomercio: una mirada andina". Alan Fairlie. Noviembre, 2013.