

PROPUESTAS DE REFORMAS EN EL SISTEMA DE PENSIONES, FINANCIAMIENTO EN LA SALUD Y SEGURO DE DESEMPLEO

COMISIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL
Resolución Ministerial N° 017-2017-EF/10

Alejandro Arrieta - Miguel Jaramillo - Lorena Prieto
Janice Seinfeld - Augusto de la Torre - David Tuesta

Setiembre, 2017

ÍNDICE

A. PRESENTACIÓN	7
B. RESUMEN EJECUTIVO	9
C. INTRODUCCIÓN	17
D. PROPUESTAS	23
D.1. PENSIONES	23
D.1.1. Visión de la reforma y objetivos clave	23
D.1.1.1. Visión previa a la reforma	23
D.1.1.2. Visión posterior a la reforma	28
D.1.2. Propuesta de reforma	29
D.1.2.1. La integración del sistema de pensiones	29
D.1.2.2. Los pilares del nuevo sistema de pensiones	30
D.1.3. Estimaciones de impacto	52
D.1.3.1. Población beneficiada	52
D.1.3.2. Impacto fiscal de la reforma	52
D.1.3.3. Beneficios esperados de la reforma para la sociedad	55
D.1.4. Marco de transición para la implementación de la reforma de pensiones	57
D.2. SALUD	59
D.2.1. Antecedentes, experiencia internacional y principios	59
D.2.2. Lineamientos: visión de largo plazo del sistema de salud	65
D.2.3. Propuesta de reforma en el financiamiento	68
D.2.3.1. Fondo Único	69
D.2.3.2. Cobertura de servicios	72
D.2.3.3. Fuentes y flujo de financiamiento	78
D.2.4. Implicancias en el sistema de salud	83
D.2.4.1. Rectoría: fortalecimiento del MINSA	83
D.2.4.2. Supervisión, regulación: SUSALUD	85
D.2.4.3. Cobertura de servicios no incluidos en el PEAS	87
D.2.4.4. Fondo de alto costo	87
D.2.4.5. Aseguramiento privado	89
D.2.4.6. Prestación: redes integradas	90
D.2.4.7. Centro de excelencia	93
D.2.4.8. Otros temas a considerar	95
D.2.5. Costos fiscales	96
D.2.6. Beneficios	103
D.2.7. Transición	106
D.2.7.1. Hitos de la transición	107
D.2.7.2. Escenarios para la transición financiera	108

D.3. SEGURO DE DESEMPLEO	115
D.3.1. Marco conceptual	115
D.3.2. Diseño del Seguro de Desempleo	119
D.3.2.1. Componentes del seguro de desempleo	119
D.3.3. Institucionalidad para el seguro de desempleo	123
D.3.4. Simulación del funcionamiento del seguro de desempleo	123
D.3.4.1. Supuestos.....	124
D.3.4.2. Metodología.....	124
D.3.4.3. Resultados de la Simulación	125
D.3.5. Percepciones de los trabajadores sobre el seguro de desempleo.....	129
D.3.5.1. Características de los grupos focales	129
D.3.5.2. Resultados.....	130
D.4. ANEXO DE LAS PROPUESTAS	131
E. DIAGNÓSTICO	175
E.1. PENSIONES	175
E.1.1. Estructura y funcionamiento actual de los tres pilares	175
E.1.1.1. Pilar contributivo.....	175
E.1.1.2. Pilar no contributivo: Pensión 65	216
E.1.1.3. Pilar de Ahorro Previsional Voluntario (APV).....	218
E.1.2. Deficiencias, Causas y Desafíos	221
E.1.2.1. Fragmentación e inequidad en el sistema de pensiones	222
E.1.2.2. El problema de la cobertura	223
E.1.2.3. La suficiencia de las pensiones.....	226
E.1.2.4. Comisiones y organización industrial	229
E.1.2.5. La gestión del portafolio.....	230
E.1.2.6. El aseguramiento y productos de la etapa de retiro.....	230
E.1.2.7. Flexibilidad excesiva sobre el ahorro previsional.....	231
E.1.2.8. La ausencia de información activa al ciudadano.....	233
E.1.2.9. La sostenibilidad fiscal y el objetivo de reforma	234
E.2. SALUD	237
E.2.1. Configuración del sistema de salud: segmentado y fragmentado	237
E.2.1.1. Rectoría	239
E.2.1.2. Supervisión	242
E.2.1.3. Financiamiento.....	243
E.2.1.4. Cobertura poblacional del aseguramiento.....	256
E.2.1.5. Provisión.....	258
E.2.2. Hechos estilizados sobre la situación del sistema de salud	264
E.2.2.1. Sistema de salud.....	264
E.2.2.2. Cobertura universal.....	265
E.2.2.3. Protección financiera	266
E.2.2.4. Gestión sanitaria	267
E.2.3. Principales problemas existentes en el sistema de salud actual	267
E.3. DESEMPLEO	269
E.3.1. Marco conceptual.....	269
E.3.2. Experiencias internacionales	273

E.3.2.1. En América Latina.....	274
E.3.2.2. En otros países	275
E.3.3. El mercado laboral peruano	276
E.3.3.1. Oferta laboral	276
E.3.3.2. Demanda laboral	284
E.3.3.3. Informalidad	288
E.3.4. Dinámica del mercado laboral en el Perú: rotación	296
E.3.4.1. Flujos hacia y desde el desempleo	296
E.3.4.2. Tasas de entrada y salida del desempleo por características del trabajador.....	298
E.3.4.3. Duración del empleo y el desempleo	301
E.3.5. Causas inmediatas de las salidas del empleo	305
E.4. ANEXO DEL DIAGNÓSTICO	307
F. CONCLUSIONES	325
F.1. PENSIONES	325
F.2. SALUD	327
F.3. SEGURO DE DESEMPLEO	329
G. REFERENCIAS	331
G.1. PENSIONES	331
G.2. SALUD	339
G.3. EMPLEO	347

A. PRESENTACIÓN

El presente documento corresponde al informe final de la Comisión de Protección Social (CPS), conformada por un grupo de profesionales técnicos y académicos independientes, quienes han diseñado y elaborado propuestas para la reforma del sistema de pensiones, financiamiento de la salud y seguro de desempleo. Esta labor ha sido desarrollada durante los seis meses de vigencia que tuvo dicho grupo de trabajo. Los miembros de la comisión son Alejandro Arrieta (presidente), Miguel Jaramillo, Lorena Prieto, Janice Seinfeld, Augusto de la Torre y David Tuesta. Mediante la entrega de este informe técnico e independiente al presidente de la República del Perú, Sr. Pedro Pablo Kuczynski Godard, la CPS concluye su trabajo y queda a disposición del Gobierno, así como de los actores políticos y sociales para explicar con mayor detalle cualquier inquietud que pudiera surgir con relación a sus propuestas.

Los miembros de la comisión desean extender su agradecimiento especial al ministro de Economía y Finanzas y presidente del Consejo de Ministros, Fernando Zavala Lombardi, al exministro de Economía y Finanzas, Alfredo Thorne Vetter, y al jefe del Gabinete de Asesores del Ministerio de Economía y Finanzas, Carlos Ganoza Durant, por la convocatoria de la comisión, su compromiso con la misma y el continuo apoyo brindado a lo largo de estos meses de trabajo. Asimismo a los ministros de Trabajo, Alfonso Grados Carraro, y Salud, Patricia García, por los comentarios brindados a presentaciones de avances en el trabajo de la CPS.

Asimismo, los miembros de la CPS desean agradecer al equipo técnico que acompañó la elaboración de la propuesta de reforma: Pedro Casavilca, Juan Carlos Odar, José Valderrama, Vilma Montañez, Luis Bryce y Hillman Farfán; a las personas que brindaron su apoyo en diferentes etapas del proceso: Bruno Delgado, Oriana Salomón, Gabriela Vega, Raúl Villacorta, Ruth Delgado y Noyma Vásquez; así como a los asesores externos con los que contó: Álvaro Monge, José Carlos Requena y Juan José Martínez. Del mismo modo, reconocer a los diferentes académicos, profesionales y especialistas que participaron en los diálogos propiciados por la comisión con quienes se contrastó ideas que permitieron enriquecer el debate. Entre ellos, Santiago Levy, Norman Loayza, Carmen Pagés, Mariano Bosch, Manuel García Huitrón, Heinz Rudolph, Ángel Melguizo, Juan Vásquez, Solange Berstein, Carlos Tovar, Frederico Guanais, Camilo Cid, Amalia del Riego, Raúl González, Juan Pablo Pagano, Ricardo Fabrega, Claudia Pescetto, Gustavo Vargas, Christel Vermeersch, Cecilia Ma, Edmundo Beteta, Marcelo Pizarro, Hugo Ñopo, Marcelo Bortman y Seimer Escobedo.

La elaboración de este documento contó con el apoyo técnico y el asesoramiento en varias de sus etapas de organismos internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Además, se contó con el apoyo de instituciones peruanas como el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) y la Oficina de Normalización Previsional (ONP). Asimismo, se interactuó con diferentes instituciones con las que se conversó durante los meses de trabajo para recoger opiniones y enfoques sobre los temas tratados. Entre ellas destacan la Asociación de AFP, la Asociación Peruana de Empresas de Seguros, ESSALUD, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria, el Ministerio de Salud, el Seguro Integral del Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, el Consejo Nacional de Trabajo, el Fondo Intangible Solidario en Salud, la Asociación de Clínicas y la Asociación de EPS.

Del mismo modo, la comisión quiere reconocer el apoyo brindado por el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), que organizó diversos encuentros con investigadores peruanos, y al Ministerio de Economía y Finanzas y al Banco Interamericano de Desarrollo, que organizaron el evento “Reflexiones en torno a la protección social en el Perú”. En ambos casos se extiende un agradecimiento a todos sus participantes.

Finalmente, un agradecimiento especial a diversos especialistas que interactuaron en distintos momentos con la CPS: Roberto Abusada, Pablo Antolín, Malva Rosa Bascovich, Livia Benavides, Noelia Bernal, Alejandro Corchuelo, Elmer Cuba, Midori de Habich, Amalia del Riego, Ricardo Fabrega, Pedro Francke, Julio Gamero, Paulina Giusti, Raúl Gonzales, Claudio Herzka, Dean Karlan, Drago Kisic, Janina León, Julio Lira, Diego Macera, Carlos Malmorejo, Juan Mendoza, Felipe Morris, Sebastián Nieto-Parra, Daniel Olesker, Javier Olivera, César Oyarzo, Juan Pablo Pagano, Claudia Pescetto, Margarita Petrerá, Flor de María Phillips, Augusto Portocarrero, Jorge Rojas, Diego Roselli, Martín Sabignoso, Raúl Salazar, Pablo Secada, Jorge Toyama, Óscar Ugarte, Gustavo Vargas, Gustavo Yamada y Marco Zileri.

No obstante lo anterior, las opiniones y propuestas formuladas en este documento son de exclusiva responsabilidad de los miembros de la comisión a título personal y no de las personas o instituciones mencionadas en esta presentación.

B. RESUMEN EJECUTIVO

La protección social consiste en el esfuerzo institucionalizado de la sociedad para proteger a sus miembros ante riesgos (pobreza, salud, invalidez, longevidad, desempleo) que son muy difíciles de manejar de manera individual o del mercado privado. Ello justifica un rol inteligente y activo del Estado, orientado por el valor y dignidad fundamentales del ser humano y por aspiraciones sociales de equidad, incluyendo igualdad de oportunidades y acceso a servicios esenciales.

Bajo esta lógica, en la propuesta de reforma de la Comisión de Protección Social (CPS), el Estado se compromete a garantizar protección social básica a todos los peruanos, desplegando un rol activo en el apoyo a segmentos poblacionales de mayor vulnerabilidad (componente subsidiado), un rol regulador o promotor en la cúspide de la pirámide (componente contributivo), y un rol mixto en los segmentos intermedios. Ello requiere de políticas y arreglos organizacionales que garanticen la cobertura en sus tres dimensiones: poblacional (cantidad de personas cubiertas), prestacional (cantidad y calidad de los beneficios) y financiera (capacidad para cubrir los costos sostenidamente).

En el proceso, es necesario tomar en cuenta la existencia de un conjunto de restricciones y retos propios de países emergentes como Perú y sus implicancias sobre la protección social. Destacan las siguientes limitantes:

- Escasos recursos fiscales.
- Elevada informalidad y baja productividad laboral.
- Cambios en la composición demográfica asociados al envejecimiento poblacional y cambios epidemiológicos que generan la convivencia de enfermedades transmisibles con problemas de salud crónicos.
- Obsolescencia laboral resultante del cambio tecnológico.

El enfoque conceptual de las reformas propuestas por la CPS implica un nuevo contrato social entre el Estado y la sociedad peruana, donde la protección social dependería fundamentalmente de la condición de ciudadanía o residencia de las personas y no de su condición laboral específica (formal o informal, urbana o rural, calificado o no calificado, etc.) ni de su situación socioeconómica. Bajo este enfoque, la protección social acompañaría a la persona en su movilidad y la protegería a través de esquemas apropiados de pensiones para la vejez, así como de seguros de salud, invalidez, muerte y, eventualmente, de desempleo, para que pueda contribuir a la sociedad y desarrollar su capital humano óptimamente durante la fase de vida activa, y disfrutar de adecuado sustento en la fase de jubilación. Este enfoque es, por ende, congruente con las demandas de una economía dinámica y moderna, en la que una proporción creciente de ciudadanos experimenta varios cambios de empleo e incluso de carrera profesional a lo largo de su vida. Además, al desvincular la protección social del contrato laboral, este enfoque reduce significativamente los incentivos a la informalidad y, de esta manera, fortalece el proceso de formalización de la actividad económica y el empleo.

En particular, la CPS propone una **reforma integral al sistema de pensiones**, una **reforma profunda en el financiamiento y aseguramiento de la salud**, y la **postergación del establecimiento de un seguro de desempleo** hasta que el mercado laboral se formalice en mayor grado y, sobre todo, los contratos a tiempo indefinido tengan un alto peso relativo.

En materia de **pensiones**, la CPS encuentra que el sistema actual presenta una serie de problemas críticos que dificultan su correcto funcionamiento. Destacan los siguientes:

- Un modelo altamente fragmentado y carente de visión integral conformado por dos regímenes contributivos - Sistema Nacional de Pensiones (SNP) y Sistema Privado de Pensiones (SPP) que compiten por la misma población objetivo (los trabajadores del sector formal) y un pilar no contributivo que actúa de manera aislada como un programa social (Pensión 65).
- Un nivel de cobertura bajo y decreciente, producto de un sistema enfocado fundamentalmente en el mercado laboral formal (de trabajadores asalariados). En la actualidad, solo un 16.8% de la población económicamente activa (PEA) aporta al sistema previsional (ubicando al Perú como el país con menor tasa de aportantes de la Alianza del Pacífico) y sólo el 35% de los ciudadanos mayores de 65 años forma parte de algún sistema previsional.
- Pensiones insuficientes e inequitativas. En la actualidad, sólo el 13.7% de la PEA peruana puede realísticamente aspirar a recibir una pensión del SNP o SPP en la vejez, y la pensión promedio, para los pocos que la reciben, es baja comparada con las pensiones promedio en, digamos, Colombia, Chile y México. El sistema actual, además, alberga profundas inequidades. Por ejemplo, mientras que una persona que haya contribuido menos de 20 años al SNP termina sin pensión al jubilarse ni acceso a sus aportes, una persona de la misma edad y con similares niveles de ingreso y aportes al SPP podría adquirir una renta vitalicia razonable. Peor aún, en el SNP se producen transferencias muy regresivas: los que aportan por menos de 20 años (que tienden a ser los más pobres y menos educados), al no recibir pensión, terminan financiando las pensiones de aquellos que aportan por más de 20 años (que tienden a ser los de mayores ingresos y más educados).
- En el caso del SPP, el desaprovechamiento de economías de escala y el mercado oligopólico de AFP impide la reducción de costos y que ésta se traduzca fácilmente en menores comisiones para los afiliados, al tiempo que posibilita altas tasas de ganancia para las AFP, comparadas con las tasas de ganancia de bancos o compañías de seguro, pese a que, en comparación a esas entidades, las AFP toman muy poco riesgo (el riesgo de la inversión lo absorbe mayormente el afiliado).
- Una gestión de portafolios cortoplacista por parte de las Administradoras de Fondos de Pensión (AFP). Dicha gestión es en general inconsistente con el objetivo de largo plazo del ahorro previsional (a saber, maximizar la tasa de reemplazo dado un cierto nivel de riesgo) y con el ciclo de vida del afiliado.
- La existencia en el SPP de dificultades para acceder a esquemas de retiro simples que aseguren la estabilidad de los ingresos en la jubilación a costos razonables, frente a un incremento persistente en la esperanza de vida. Esta situación ha sido profundamente agravada por recientes reformas legales que autorizan el retiro a suma alzada de casi la totalidad de los ahorros acumulados en las cuentas de capitalización individual al momento de la jubilación, transfiriendo así el riesgo de mantener una renta vitalicia a las personas y elevando la probabilidad de pobreza e indigencia en la vejez. Esos

desacertados cambios legales han desnaturalizado la razón de ser del sistema, que es precisamente la de facilitar la construcción de pensiones jubilares decentes.

- La ausencia de información y asesoría financiera adecuada, activa, independiente, simple y de fácil acceso para el afiliado, tal que le ayude a planificar y administrar mejor su ingreso en la fase de jubilación y le alerte de posibles malas decisiones en materia previsional. Este déficit es aún más grave considerando la complejidad de decisiones de largo plazo que el afiliado debe tomar.

Como respuesta a los problemas presentados, la CPS propone desarrollar un sistema de pensiones de afiliación automática, integrado, eficiente e independiente de la condición laboral, que fomente el ahorro con solidaridad para la vejez y que fortalezca y establezca el ingreso en la etapa de jubilación sujeto a la disponibilidad de recursos fiscales, de modo que ningún peruano se quede sin una pensión básica.

El nuevo sistema pensional estaría conformado por tres pilares complementarios:

- Un primer pilar antipobreza que enrumbaría al sistema en la dirección aspiracional de una pensión básica universal. Sin embargo, considerando el estadio de desarrollo del Perú y las restricciones fiscales, este pilar apuntalaría inicialmente una pensión mínima de manera subsidiaria, esto es, mediante un subsidio público focalizado en los afiliados de menores ingresos. El subsidio decrecería con el nivel de ahorro previsional acumulado por la persona al momento de su jubilación de manera de no eliminar por completo los incentivos a ahorrar en las poblacionales de menores recursos.
- Un segundo pilar de ahorro con verdaderos fines previsionales, esto es, enfocado en la tasa de reemplazo (la renta mensual en la etapa de jubilación como proporción del ingreso en la etapa activa). Ello requeriría importantes reformas al sistema actual de AFP. Todos los ciudadanos en edad de trabajar (sean formales o informales) tendrían una cuenta de capitalización individual en la se irían acumulando sus ahorros. Existiría una entidad centralizadora que capturaría economías de escala en favor del afiliado, eliminaría costos que no traen claros beneficios sociales, representaría el interés colectivo de los afiliados ante los gestores de carteras de inversión, y proveería (directamente o a través de terceros) adecuados servicios de información y asesoría financiera a los afiliados. La inversión del ahorro previsional se gestionaría con comisiones bajas (en promedio menores al 0.6% del saldo), con horizontes de largo plazo y de manera consistente con la edad del afiliado. Este pilar contaría además con un conjunto de incentivos estatales que fomenten la cultura del ahorro de tres maneras principales:
 - Un subsidio a las contribuciones de los peruanos jóvenes de menores ingresos, de forma que el porcentaje de aporte no les signifique a ellos una carga excesiva al inicio de su etapa laboral.
 - Un sistema de contribuciones complementarias (o aparejadas) por parte del Estado a los aportes de ahorro previsional hechos por trabajadores de menores ingresos.
 - La facilitación de aportes de ahorro previsional a las cuentas de capitalización individual por vía de facturas de gasto (por ejemplo, facturas de pago por servicios de telefonía celular).

- Un tercer pilar de desaccumulación—una versión fortalecida del sistema actual—que facilite la estabilidad de un ingreso decente durante el periodo de jubilación mediante el desarrollo de un mercado de rentas vitalicias simple, eficiente y barato junto con esquemas idóneos de retiro programado de los ahorros del trabajador. El Estado jugaría un papel rector más activo en este pilar.

La reforma para el sistema de pensiones propuesta por la CPS permitiría una mejora relevante para toda la sociedad. Teniendo en cuenta que ningún peruano se quedaría sin pensión, se generaría un incremento en la cobertura al 100% de los mayores de 65 años. Adicionalmente, considerando que se incorporarían un conjunto de incentivos y mecanismos amplios de participación en el sistema de pensiones, también se incrementaría la cobertura del ahorro previsional con respecto a la PEA del actual a cerca del 100%, especialmente si se introduce la opción de contribuir al sistema por vía de facturas del gasto. Ello, junto con la reducción de comisiones y extensión de horizontes de inversión acorde con la edad del afiliado, fortalecería la construcción de pensiones decentes. Para el conjunto de la sociedad, la tasa de reemplazo promedio se incrementaría del actual 34% a alrededor del 70%.

Por otro lado, el **sistema de salud** presenta las siguientes condicionantes:

- Una asignación insuficiente e ineficiente de financiamiento por parte del Estado. Si bien la inversión total en salud con relación al PBI ha crecido a 5.5% del PBI en 2014 respecto al 4.5% del PBI en 1995, aún permanece entre las menores de América Latina (el promedio regional es 7.3%), superando solo a Venezuela, Argentina y República Dominicana. De este gasto total en salud, el MINSA, los GORE y EsSalud representan el 60.6% mientras que el gasto de bolsillo en salud representa el 28.6% y el remanente refleja otros gastos privados (ej., planes privados de salud).
- Una plataforma institucional débil y desorganizada que limita las acciones de rectoría y control a nivel de sistema. Así, el MINSA, que debería ejercer la función rectora de todo el sistema de salud, en realidad comparte funciones con varias otras entidades (Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de Defensa y Ministerio del Interior), lo que debilita su rol dentro del sistema.
- Una separación poco clara entre las funciones de aseguramiento y prestación de servicios, lo cual dificulta la adecuada gestión de riesgos y la asignación eficiente de recursos. Ni el MINSA ni EsSalud tienen separada la función de financiamiento de la de prestación y el SIS no ha logrado funcionar como un asegurador.
- Una elevada segmentación, tanto en la provisión de servicios como en el aseguramiento, con varios subsistemas conviviendo con sus propios mecanismos de financiamiento, provisión y afiliación para grupos de población específicos, que generan inequidades en el acceso y la atención e ineficiencias en el gasto y la provisión de servicios.
- Una elevada fragmentación del sistema de provisión de servicios. Bajo el esquema actual, cada subsistema funciona de manera aislada, con mandatos específicos y sin mayor articulación. No existe una red asistencial con un mandato territorial, sino redes paralelas por subsistema que llevan a ineficiencias, duplicidad de infraestructura,

competencia por el escaso recurso humano de trabajadores de salud y altos costos de transacción.

Todas estas limitantes han promovido el desarrollo de un sistema con baja cobertura financiera y prestacional, con niveles de gasto de bolsillo altos y persistentes, y con problemas de calidad a nivel prestacional.

Como respuesta a los obstáculos presentados, la CPS plantea un sistema de salud que brinde acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad según las necesidades de la población, con protección financiera y sostenibilidad fiscal, reduciendo el gasto de bolsillo y el riesgo de salud. Para lograr estos objetivos propone:

- La creación de un asegurador único e independiente que optimice la gestión de riesgos y fomente la consolidación de las redes de servicios, velando por la calidad de los mismos mediante la implementación de una combinación de mecanismos de pago orientados a maximizar los resultados sanitarios y minimizar los costos de atención.
- El sistema con un asegurador único, o Fondo Único, realizará la mancomunación total de los riesgos, lo que se traduce en universalidad, solidaridad y equidad en el aseguramiento puesto que no existirá discriminación por riesgos ni ingresos de los asegurados. Así, también elimina el problema de la selección adversa, asociada al aseguramiento voluntario, donde personas de más alto riesgo están más dispuestas a asegurarse en comparación con personas de más bajo riesgo.
- El Fondo Único, como único comprador (monopsonio), negociará los mejores precios de los servicios de salud, reducirá los gastos administrativos e interconectará el sector a través de un sistema único de información. Dicho sistema permitirá el seguimiento de las personas, la gestión del riesgo de salud de las personas, así como el monitoreo del desempeño de los prestadores de servicios para lograr los objetivos sanitarios nacionales.
- El cumplimiento de la entrega del plan de beneficios universal (PEAS) financiado para toda la población vía impuestos y administrado por el Fondo Único funcionará como eje organizador de las prioridades sanitarias de país. El financiamiento del Fondo Único vía impuestos se sustenta en el principio de la realización del derecho a la salud: el financiamiento deja de asociar el aseguramiento a la condición socioeconómica de las personas o a su situación laboral, con lo que genera estabilidad y continuidad en el aseguramiento. Esto es especialmente importante en un país con altos niveles de informalidad como el Perú.
- Se consolidará en el mediano plazo un fondo de alto costo (FONAC) definido en base a las prioridades de salud del país. De esta manera, se eliminarán las diferencias en las coberturas de servicios del aseguramiento segmentado fortaleciendo el derecho al acceso a servicios de salud independientemente de la condición laboral y de las características socioeconómicas de las personas.
- Las contribuciones a la seguridad social en salud (EsSalud) se reducirán en un monto equivalente al costo esperado total del PEAS solo cuando el Gobierno garantice dichos recursos vía impuestos. Es decir, la reducción progresiva del financiamiento a través de

las contribuciones a EsSalud, solo se dará en la medida que el mismo monto se pueda financiar y garantizar vía impuestos. Esta es una condición necesaria para el éxito del sistema.

- El establecimiento de una clara separación de las funciones de financiamiento y de prestación de servicios mediante un proceso gradual.
- El fortalecimiento de la rectoría del MINSA que le permita ejercer su autoridad a nivel nacional en el corto plazo.
- La reorganización en la prestación de servicios bajo un esquema de redes integradas organizadas territorialmente que maximicen la disponibilidad de recursos sobre la base de la priorización de los servicios cubiertos por el PEAS y una atención primaria fortalecida.
- Un periodo de transición en el que, dependiendo del espacio fiscal y del progreso institucional, se ampliará la cobertura del plan universal en términos de carga de enfermedad.

Finalmente, la propuesta de **seguro de desempleo** deberá tomar en cuenta las condiciones actuales del mercado laboral. Al respecto, destacan las siguientes características:

- Fuerte concentración del mercado en trabajadores independientes y en empresas pequeñas y poco productivas. Al 2015, el 75% de los empleados privados eran independientes o trabajaban en empresas de 10 empleados o menos.
- Elevada informalidad laboral. Los trabajadores formales con contratos registrados representan poco menos de la cuarta parte de la PEA ocupada.
- Baja proporción de trabajadores contratados a plazo indefinido y predominio de los contratos temporales. Los trabajadores asalariados con contrato por tiempo indefinido, población foco de un seguro de desempleo estándar, representan solo alrededor del 15% de la PEA asalariada.
- Altas tasas de rotación, a pesar de, o tal vez debido a, lo fuertemente regulado que está el despido.
- Baja incidencia de despidos. Esta característica tiene implicancias críticas para el diseño de un seguro de desempleo, puesto que reduce sustancialmente su potencial cobertura.

Como resultado del diagnóstico realizado en el ámbito del seguro de desempleo, la CPS plantea lo siguiente:

- Postergar la implementación del seguro de desempleo hasta que no se haya recuperado al contrato por tiempo indefinido como el principal tipo de contrato laboral, al menos en el sector formal de la economía.

- Revisar la interpretación del mandato constitucional de “protección adecuada” a partir de una lectura basada en la mejor evidencia de cuáles son los mecanismos más eficaces para prevenir y proteger frente al desempleo y la excesiva rotación.

De implementarse las reformas propuestas por la CPS, el Perú emergería con un contrato social fortalecido y se convertiría en un punto de referencia para el proceso de reformas semejantes en la región. En particular, los peruanos contarían con un sistema de protección social portable, esto es, un sistema que acompañaría a la persona a lo largo de su ciclo de vida, independientemente de su condición laboral (empleado o desempleado, formal o informal, obrero o profesional) o situación económica. Dicho sistema otorgaría un piso básico (debajo del cual no caería ningún peruano) a través de los siguientes beneficios sociales clave:

- Una pensión mínima antipobreza.
- Un plan de salud único y universal, el cual en el mediano plazo se complementaría con protección adecuada para enfermedades de alto costo.
- Un asegurador único, eficiente, que vele por las prioridades sanitarias nacionales y gestione el riesgo en salud, de tal manera de maximizar la prevención y garantizar la calidad de la atención integral.
- Un sistema de prestación de servicios de salud organizado, regulado que tenga como objetivo la atención de calidad de las personas.
- Una cuenta individual para la acumulación del ahorro previsional, con opciones para aportar por vía del gasto (y no solo del ingreso).
- Una gestión de la inversión del ahorro previsional con bajas comisiones, con horizontes de largo plazo y consonante con la edad del afiliado.
- Un sistema de incentivos y subsidios al esfuerzo de ahorro por parte de grupos vulnerables.
- Un seguro de invalidez y muerte durante la vida de trabajo activo.
- Un sistema simple y eficaz de productos para el retiro que fortalezca y estabilice los ingresos en la jubilación.
- Y, eventualmente, una vez que el mercado laboral se formalice y los contratos a tiempo indefinido se generalicen, un seguro de desempleo.

Es indudable que la instrumentación de las reformas propuestas requeriría de mayores recursos fiscales, especialmente para viabilizar la reforma del sistema de salud, pero también, aunque en menor medida, para llevar a un buen fin la reforma al sistema de pensiones. Este es un punto central que no se debe ignorar al momento de la discusión política de las reformas aquí propuestas. La reforma fiscal se justificaría con creces, sin embargo, no solo por el aumento en la equidad que resultaría de un mejor y más amplio sistema de protección social, sino también por el impulso que éste daría al desarrollo de capital humano, a la formalización del empleo y, por ende, a la eficiencia y productividad de la economía.

C. INTRODUCCIÓN

Una de las aspiraciones que tienen los Estados modernos es reducir al máximo la vulnerabilidad de sus ciudadanos, garantizando (o ayudando a garantizar) un nivel de protección adecuado frente a los riesgos económicos y sociales que enfrentan. De este modo, surge como parte del debate de políticas públicas la necesidad de implementar y hacer efectivos sistemas de protección social que permitan a la personas y a sus familias un nivel de ingreso adecuado y acceso a servicios sociales básicos a lo largo de sus vidas. Este enfoque guarda estrecha relación con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, documento que otorga valor fundamental a ciertas circunstancias, como el nivel de vida adecuado, entendido como el acceso a salud, alimentación, empleo, bienestar económico, entre otros.

Los sistemas de protección social tienen particular relevancia no solo para los grupos especialmente vulnerables, sino para toda la sociedad. En cuanto al primer grupo, es obvio que se requiere de una atención inmediata para cubrir situaciones de urgencia que no pueden esperar. No obstante, la protección social guarda relevancia para toda la sociedad, en tanto hay riesgos altos de que todos en algún momento enfrenten situaciones económicas muy difíciles como consecuencia de experimentar problemas de salud que pueden surgir de manera imprevista y cuyo financiamiento puede afectar catastróficamente al individuo y a su hogar, perder el empleo o no generar suficientes ingresos a medida que envejecemos.

Dentro de su rol tuitivo, el Estado no puede confiar que estos riesgos serán enfrentados de manera individual por las personas; de hecho se observa que no suele hacerse. Y es que el ser humano no actúa siempre con una visión preventiva o de largo plazo. De acuerdo con la economía del comportamiento, problemas como la información imperfecta, la procrastinación o la miopía intertemporal tienden a limitar la capacidad de individuo para tomar decisiones óptimas. Además, la ausencia de cobertura de estos riesgos puede traer enormes externalidades negativas sobre los ciudadanos, a las que el Estado y toda la sociedad no podrán estar ajenos. Todo esto justifica que las acciones para la provisión de protección social sean parte del rol del Estado a través de un contrato social en el cual queden claramente establecidos los deberes y derechos para que el mismo pueda ser llevado a cabo.

Sin embargo, operativamente ¿qué entendemos por protección social? Un intento de responder a esta pregunta lo ofrece la estrategia bidimensional de la Organización Internacional de Trabajo (OIT) y específicamente las garantías mínimas que allí se expresan. La OIT propone brindar seguridad a la niñez (alimentación, educación y otro tipo de cuidados), a los trabajadores (frente a *shocks* de ingresos), proteger a los individuos frente a riesgos de salud (aseguramiento y prestación) y procurarles a los ancianos un retiro digno. Bajo esta lógica, los Estados se comprometen a implementar pisos de protección social fundamentalmente orientados a la base de la pirámide socioeconómica con un rol activo mediante el financiamiento de las prestaciones (componentes subsidiados) y garantizar a partir de su rol regulador o promotor esquemas de ahorro o aseguramiento en la cúspide (componente contributivo). En el segmento medio típicamente se opta por combinaciones de diferente naturaleza. Con ello se asegurarían no solo niveles de protección mínimos, sino se promoverían mayores niveles de cobertura en sus tres acepciones (usando los términos de la Organización Mundial de la Salud - OMS): poblacional (cantidad de personas cubiertas), prestacional (cantidad y calidad de los beneficios) y financiera (capacidad de cubrir los costos sostenidamente).

Los países en desarrollo enfrentan múltiples restricciones para lograr una cobertura adecuada en cualquiera de las acepciones consideradas. Primero, por el escaso espacio fiscal del que disponen para escalar la provisión pública. Típicamente en estos países la brecha de cobertura es elevada y los recursos públicos son limitados, lo que genera necesidades de priorización del gasto donde tradicionalmente la protección social no se ha visto favorecida. Segundo, la elevada informalidad del empleo que impone límites en el uso de sistemas de ahorro o aseguramiento obligatorios derivados del contrato de trabajo. Tomando en cuenta que la baja productividad y los elevados costos laborales imponen restricciones estructurales al avance de la formalidad, es muy probable que el avance de la cobertura presente restricciones similares de manera natural. Tercero, el acelerado envejecimiento de la población que genera presiones sobre los sistemas de pensiones solidarios intergeneracionalmente y los sistemas de salud. Cuarto, el desarrollo tecnológico y la automatización que van a desencadenar procesos de obsolescencia laboral (con el consecuente aumento del desempleo estructural) y periodos de recomposición de la oferta/demanda de trabajo (con el consecuente aumento del empleo independiente en el mediano plazo). Los sistemas de protección social pensados bajo el paradigma del empleo asalariado formal entrarán en conflicto con este nuevo mercado laboral. Quinto, institucionalidad deficiente que hace que las políticas de protección social sean sensibles al ciclo político y que deriven, más que en sistemas articulados, en una colección de esquemas desordenados y desestructurados entre sí.

El Perú no es ajeno a esta realidad y muchas de estas restricciones son especialmente profundas. Por ejemplo, respecto al espacio fiscal una presión tributaria de apenas 14% del PBI y en descenso nos pone en la cola de la distribución entre los países de América Latina. Lo mismo ocurre con el nivel de informalidad que, al superar el 70% de la población ocupada, nos ubica en la cima de los países en vías de desarrollo. En consecuencia, como se verá más adelante, en el Perú la cobertura de la protección social es particularmente baja y deficiente, e implica un reto no menor en la búsqueda de opciones de política que cambien esta situación.

En este contexto, el 13 de enero de 2017, mediante Resolución Ministerial No. 017-2017-EF/10 se creó el grupo de trabajo denominado Comisión de Protección Social (CPS), con el objetivo de plantear reformas económicas para financiar la cobertura universal de aseguramiento de salud y protección previsional; además de mejorar la protección frente al desempleo sin afectar la sostenibilidad fiscal ni generar informalidad en el mercado de trabajo. Como bien señala la resolución de creación de la CPS, esta decisión se adopta en el marco de la Constitución Política que reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social y el entendimiento de que para la mayoría de los ciudadanos del Perú este derecho ha devenido en inaccesible.

De este modo, la CPS ha analizado tres aspectos concretos de la protección social para el caso peruano: la protección de la vejez mediante una propuesta de reforma integral del sistema de pensiones, la protección de la salud a través de una propuesta que permita un esquema de financiamiento y aseguramiento más equitativo y que permita ganancias de eficiencia, y la protección de los ingresos de los trabajadores a partir de una propuesta sobre la implementación de un seguro de desempleo. Considerando estos tres aspectos, el enfoque conceptual de la CPS ha sido proponer un nuevo contrato social para el Estado Peruano donde la protección social ya no dependa de la condición laboral de las personas, sino de su condición de ciudadanos. Se logra así que los beneficios y responsabilidades asumidas acompañen al individuo y a su familia durante los diferentes episodios que experimentarán de forma sucesiva a lo largo de su ciclo de vida (dependiente, independiente, formal e informal). Para lograrlo, las

diferentes propuestas que se presentan a continuación se componen (en diferentes variantes) de un beneficio básico universal y de esquemas de promoción del ahorro y aseguramiento a partir del esfuerzo individual de las personas. Asimismo, las propuestas entienden la importancia del rol del sector público y privado en estos esquemas para optimizar beneficios y evitar pérdidas de eficiencia, así como la necesidad de implementarse de manera paulatina para evitar costos de transición elevados.

Los beneficios para la sociedad peruana de este nuevo contrato social deberían entenderse a partir de cinco prestaciones concretas: pensiones, seguro de salud, seguro de desempleo, seguro de invalidez y seguro de sobrevivencia. A cambio, se espera de los ciudadanos ciertos compromisos mínimos: mayor esfuerzo por ahorrar, eventuales mayores compromisos tributarios (dado que se demandará mayor presupuesto público), disposición a asegurarse frente a riesgos, y cuidar su salud. La propuesta aquí presentada no aborda de manera explícita todos ellos (por ejemplo, los seguros de invalidez y sobrevivencia no son tratados con la amplitud requerida) o identifica casos en donde las condiciones actuales impiden su implementación (por ejemplo, el seguro de desempleo). Sin embargo, sí presenta visiones de largo plazo y propuestas de corto y mediano plazo en casos concretos (por ejemplo, pensiones y salud). Finalmente, todas ellas se elaboran considerando los actuales condicionantes estructurales, por lo menos en el corto plazo: la institucionalización de los cambios propuestos, la generación paulatina de espacio fiscal, la reducción de los niveles de informalidad, las mejoras en el servicio de salud a nivel prestacional mediante la organización de los prestadores en redes integradas que incluyan toda capacidad de oferta existente (pública y privada), y que velen por la continuidad e integralidad de la atención a la población, y mejoras en los programas de inserción laboral. De hecho, la CPS opina que para abordar los problemas de protección se deben considerar mayores costos fiscales, los mismos que se plantean claramente en las propuestas detalladas. La forma como se financien estos esfuerzos fiscales escapa al encargo recibido por la comisión y debiera surgir como parte del establecimiento del nuevo contrato social entre el Estado y la sociedad.

Este documento corresponde al informe final de la CPS que contiene la propuesta de políticas en cada uno de los temas encargados luego de sus seis meses de trabajo: sistema de pensiones, financiamiento de la salud y seguro de desempleo. El documento se compone de tres grandes secciones, además de esta introducción. En la primera (Tomo 1) se explican detalladamente las propuestas de política en estos tres temas, los beneficios esperados y el costo fiscal asociado. En la segunda (Tomo 2) se discute el diagnóstico situacional y se explica la problemática a resolver en cada caso. Finalmente, en la última sección se sistematizan las conclusiones asociadas a cada una de las reformas propuestas.

En primer lugar, **la reforma en el sistema de pensiones** parte del reconocimiento de varios problemas críticos del sistema. Primero, su desarticulación a partir de la convivencia de sistemas de capitalización individual, reparto y programas sociales no integrados entre sí, donde los esquemas, lejos de permitir mejorar la cobertura, se depredan mutuamente produciendo ineficiencias y multiplicando inequidades. Segundo, la baja cobertura, donde solo el 26% de la PEA cotiza regularmente y cerca del 41% de la población adulta mayor no tiene pensión. Tercero, bajo nivel de pensiones contributivas, con una tasa de reemplazo promedio de alrededor del 40%, con una distribución heterogénea y sesgada al tramo inferior. Tercero, elevados costos para los afiliados a partir de un mercado concentrado, con rentas extraordinarias e incentivos desalineados entre las AFP y los afiliados. Cuarto, un sistema de reparto condicionado que si bien por el momento implica un bajo costo fiscal, se sostiene a

costa de la probabilidad de no tener una pensión (alrededor del 30%) y de tener pensiones bajas. No obstante, no debe descartarse un riesgo actuarial de cierta importancia hacia el año 2060 donde la recomposición demográfica podría tener consecuencias sobre el balance de las cuentas del sistema de reparto. Quinto, un abandono a su suerte al afiliado al habersele trasladado importantes responsabilidades de decisión para el ahorro en la vejez, sobre las cuales no recibe apoyo, información ni asesoría activa del sector privado ni del Estado respecto a cómo viene construyendo su pensión, los pasos necesarios que debe realizar para mejorar, ni tampoco se le advierte ni se le ayuda a corregir decisiones que pudieran ser perjudiciales para su futuro.

La reforma que la CPS ha diseñado asegura que todos los peruanos recibirán una pensión. En ese marco se busca configurar un verdadero sistema integral donde el Estado, de la mano de un sector privado correctamente regulado, asegure una relación informada con los ciudadanos, que sea eficiente y que reduzca los elevados costos que se venían enfrentando. Asimismo, se pretende que todos los ciudadanos reciban un flujo de ingresos en la vejez que les dé la tranquilidad hasta el final del ciclo. Los problemas mencionados en el párrafo anterior se enfrentarán generando sinergias sobre la base de un modelo que integre el sistema de pensiones bajo un enfoque multipilar, con tres pilares claramente definidos. El primero, orientado a reducir el riesgo de la pobreza en la vejez a partir de una pensión básica universal. El segundo, orientado a reducir el riesgo de pérdida de capacidad de trabajo y, por lo tanto, a suavizar la trayectoria de consumo en la edad de jubilación. Dicho pilar se sustenta en un nuevo esquema de capitalización individual, con una organización industrial más eficiente y menos costosa para el afiliado, con componentes obligatorios, voluntarios y de ahorro por defecto, claramente definidos y con incidencia sobre todos los ciudadanos, en cualquier condición laboral en que se encuentren. Este esfuerzo de ahorro por parte del ciudadano vendrá de la mano de un conjunto de subsidios por parte del Estado destinados a ayudar a complementar este esfuerzo individual de ahorro que permita alcanzar una pensión. El tercer pilar, orientado a reducir el riesgo de longevidad a partir de establecer las condiciones necesarias y promover un mercado ordenado de rentas vitalicias, con productos que sean entendibles y de costos de primas atractivas para el afiliado que lo aseguren durante toda la etapa de retiro. Todos estos cambios deberían llevar a un incremento sustancial tanto de la cobertura de los mayores de 65 años (al 100% de este colectivo), como de la participación de los que ahorran en el sistema de pensiones (cerca del 100% de la PEA). De la misma forma, las tasas de reemplazo de las pensiones debieran elevarse del actual 34% a 71%. Todo ello con un coste fiscal a financiar de 0.7% del PBI en promedio para el horizonte 2018-2062.

Es importante insistir en que todas estas acciones orientadas a que se cumpla un verdadero contrato social en el ámbito de las pensiones requerirán de compromisos no solo del Estado, sino también del ciudadano. En ese sentido, el sistema de pensiones deberá sustentarse sobre la construcción paulatina de un fuerte componente de compromisos obligatorios tanto en la etapa de ahorro como en la manera de asegurar una pensión al retirarse. Bajo este marco de mayor compromiso que esta reforma plantea, en la que ningún peruano quedará sin recibir una pensión, es necesario replantear la Ley que permite el retiro del 95.5% de los ahorros acumulados al momento de jubilarse.

En segundo lugar, **la reforma en el financiamiento y aseguramiento de la salud** se sustenta en reconocer un sistema poblado de ineficiencias y altos costos de transacción que encarecen y dificultan la cobertura. Al respecto, si bien la brecha de cobertura poblacional no es baja (73% cuenta con algún tipo de seguro), es importante reconocer que la mayoría está afiliada al

sistema público donde el presupuesto per cápita asignado está muy por debajo del costo unitario real (hoy se financia solo el 16% del costo usando los valores del Seguro Integral de Salud para proveer el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud). De este modo, no es de sorprender que los niveles de gasto de bolsillo persistan en 29% del gasto total en salud. Además, a nivel prestacional persiste un 25% de la población que se enfermó y no buscó atención por causas económicas (falta de dinero o falta de seguro) o por causas asociadas con la oferta (existencia o calidad del servicio). Lo anterior no es sorprendente si es que, tomando en cuenta los datos de SUSALUD al 2015, programar una cita puede demorar 20 días en promedio y el tiempo de espera en consulta sea superior a la hora y media.

Las razones de esta situación son múltiples, donde destacan la naturaleza segmentada y fragmentada del sistema de salud, tanto en el financiamiento como en la provisión de los servicios (lo que deriva en escasa solidaridad, elevada inequidad e ineficiencias en la asignación de recursos). En el primer caso, debido a los varios subsistemas que conviven con sus propios mecanismos de financiamiento, provisión y afiliación para grupos poblacionales específicos. En el segundo caso, debido a que la provisión del servicio no está integrada en redes asistenciales, sino que ocurre de manera desarticulada entre subredes que compiten entre sí. Asimismo, derivado de lo anterior, se visualiza un sistema donde las instituciones no logran separar adecuadamente las funciones de aseguramiento y prestación, lo que impide una correcta mancomunación de riesgos y asignación de recursos por necesidad. Esto, además, produce pérdidas de eficiencia que, unidas al escaso e ineficiente financiamiento por parte de Estado (apenas llega al 2.3% del PBI), impiden transitar adecuadamente hacia la cobertura universal en salud o que esta sea efectiva. Finalmente, la plataforma institucional es subóptima con la rectoría fraccionada y los roles de la regulación dispersos, lo que limita las acciones de control de calidad de los servicios, rendición de cuentas de los agentes, promoción y control.

Por todo lo anterior, el objetivo central de la propuesta descansa en un sistema cuya visión de largo plazo implica la existencia de un plan de aseguramiento universal que garantiza los beneficios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). A él tendrán acceso todas las personas sin distinción, y será financiado con impuestos y administrado por un asegurador único (denominado como Fondo Único). Este fondo estará concentrado únicamente en su rol asegurador y separado de los roles de prestación del servicio. Además, se hará responsable de que los prestadores de servicios de salud entreguen los servicios necesarios con calidad a toda la población. En este sentido, realizará la compra estratégica definiendo qué servicios comprar, a quién comprarlos y cómo comprarlos. Las personas también tendrán acceso al Fondo de Alto Costo (FONAC), orientado a brindar cobertura para enfermedades con consecuencias económicas catastróficas. Al igual que el PEAS, este fondo será financiado desde la tributación y administrado por el Fondo Único pero en una cuenta separada. De esta manera se asegura la mancomunación de riesgos y se posibilitan ganancias de eficiencia (por ejemplo, a partir de compras corporativas) y equidad (por ejemplo, a partir de asignaciones presupuestarias por necesidad). Mientras tanto, aquello no cubierto por el PEAS o el FONAC corresponde a los planes complementarios, donde en el corto o mediano plazo convivirán coberturas poblacionales diferenciadas. Son importantes los términos corto y mediano plazo ya que definen el periodo de transición a la visión de largo plazo en la que, dependiendo del espacio fiscal y del progreso institucional, se logra escalar el PEAS hacia una cobertura mayor en términos de carga de enfermedad y eliminar los planes complementarios. Finalmente, para llevar adelante esta reforma se requieren implícitamente medidas de fortalecimiento del Ministerio de Salud (MINSA), orientándolo únicamente a su rol rector, mientras que la

Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) centralizará las funciones de supervisión y regulación, y una reforma paralela a nivel de las redes de prestación orientada a garantizar la integralidad y continuidad de la atención.

Esta propuesta debería llevar a una cobertura poblacional del 100% en el aseguramiento y a una asignación más eficiente de los recursos, lo que reduciría los gastos administrativos así como los riesgos de salud prevenibles, mejoraría la calidad de la atención integral, maximizaría la eficiencia en el uso de la infraestructura y recursos humanos del sector, aumentaría la protección financiera de las personas y controlaría mejor los costos de los servicios de salud.

En tercer lugar, la propuesta sobre el **diseño del seguro de desempleo** parte por definir las condiciones necesarias para su implementación. Al respecto es importante reconocer que el principio conceptual del mismo es la búsqueda de mecanismos eficientes de cobertura frente al riesgo de variabilidad en el status de empleo y la consecuente pérdida de ingresos. Por ello, implica un cambio de paradigma desde la protección del puesto de trabajo a partir de medidas que inhiben el despido hacia la aceptación de la movilidad laboral como un fenómeno económico natural y el desarrollo de políticas que acompañen dicha movilidad protegiendo al trabajador frente a las consecuencias negativas que pudieran generarle. En este contexto se entiende al seguro de desempleo como un mecanismo eficiente que cumple dicho fin. Sin embargo, su diseño enfrenta retos importantes que caracterizan al mercado de trabajo peruano y que, de no superarse, limitarán la viabilidad del seguro: la alta informalidad, el bajo uso de contratos por tiempo indefinido, la alta rotación laboral y la baja incidencia de despidos. En particular, si bien en el documento se presentan las características conceptuales y de diseño de un seguro de desempleo adecuado para el país, la recomendación central es postergar su implementación hasta que no se haya recuperado al contrato por tiempo indefinido como el principal tipo de contrato laboral, al menos en el sector formal de la economía. Esto implica revisar la interpretación del mandato constitucional de “protección adecuada” a partir de una lectura basada en la mejor evidencia de cuáles son los mecanismos más eficaces para, en primer lugar, prevenir el desempleo y la excesiva rotación y, en segundo lugar, la manera más adecuada de proveer protección frente al desempleo.

D. PROPUESTAS

D.1. PENSIONES

D.1.1. Visión de la reforma y objetivos clave

D.1.1.1. Visión previa a la reforma

Luego de la reforma de pensiones a inicios de los años noventa, se introdujeron cambios importantes que han venido beneficiando a un conjunto importante de peruanos. Los efectos positivos sobre la economía como consecuencia de la introducción de un componente de ahorro individual han sido ampliamente recogidos en la literatura¹. Si bien este logro se debe preservar, hay que precisar que el rol de un sistema de pensiones va mucho más allá de este beneficio macroeconómico y no puede desligarse de un objetivo de protección social por el cual el Estado tiene que velar.

El Estado tiene un rol central en la provisión de seguridad a sus ciudadanos ante el riesgo de que experimenten cambios abruptos en sus condiciones de vida, como consecuencia de entrar a un largo período de inactividad que con gran probabilidad se irá materializando cuando los individuos alcancen la edad de jubilación o, en su defecto, cuando ciertos servicios laborales ofrecidos ya no sean contratables en el mercado por razones de edad o productividad.

Para enfrentar los riesgos mencionados, el Estado, desde su rol tuitivo, debe desplegar las mejores herramientas que permitan mitigar estos riesgos dentro de un marco amplio de protección social, brindando soluciones provistas directamente por el Estado en áreas dónde éste tiene ventajas comparativas con respecto al mercado o de manera indirecta, a través de la participación del sector privado, en áreas donde las fuerzas del mercado lleven a resultados socialmente eficientes.

Cuando el Estado diseña un sistema de pensiones debe pensar tanto en reducir la probabilidad de que los individuos caigan en pobreza en la vejez como en suavizar el consumo de las personas a lo largo de su ciclo vital, evitando que éste sufra un desmedro excesivo en la etapa de jubilación. Estos objetivos, como se muestra en la **Sección E.1.**, no se logran en el actual sistema de pensiones peruano, donde se observa que menos del 17% de la población económicamente activa aporta al sistema nacional de pensiones, y donde más del 50% de los que han aportado no recibirá pensión alguna o recibirá importes muy bajos que implican una fuerte caída respecto a los ingresos percibidos en el período activo. Desde un punto de vista de cobertura universal y de generar pensiones suficientes, el actual sistema de pensiones peruano se encuentra en una posición muy desfavorable comparado con otros países de la región.

Un sistema de pensiones también debe corregir inequidades sociales, por ejemplo, con esquemas de subsidios por parte del Estado, dirigidos hacia aquellos colectivos de la población que por encontrarse en condiciones de vulnerabilidad económica requieran ser asistidos durante el proceso de construcción de una pensión, así como en el momento de obtenerla. El actual esquema de Pensión 65 trata de cumplir con este objetivo, pero carece de una visión integral y no se encuentra debidamente acoplado con los otros componentes contributivos

¹ Ver **Anexo D.1.**

para pensiones (mayor detalle en el **Apartado E.1.2.1**). Así mismo, el sistema de pensiones debiera evitar que se generen situaciones de aguda inequidad horizontal, en las cuales dos personas de características socioeconómicas similares tengan pensiones muy diferentes, pese a haber realizado contribuciones similares al sistema. Por ejemplo, aquellos que decidieron contribuir al Sistema Nacional de Pensiones (SNP) y no logran sumar aportes por 20 años, simplemente no recibirán pensión, ni podrán recuperar ni un solo centavo de lo aportado (**Apartado E.1.1.1.1**). Esta situación contrasta con la decisión de aquellos que decidieron contribuir al sistema de cuentas individuales del Sistema Privado de Pensiones (SPP), donde el afiliado tiene asegurado por lo menos recuperar cualquier aporte efectuado con la respectiva rentabilidad acumulada, y más aún, si las condiciones laborales lo permiten, tener una pensión de por vida. El caso del SNP es aún más llamativo si se tiene en cuenta que se sustenta en un subsidio cruzado muy inequitativo, donde los que han aportado al sistema público durante menos de 20 años y que no recibirán pensión ni recuperarán su dinero—que son los más pobres y menos educados—están financiando a aquellos que sí han cumplido los 20 años de aporte—que son los de mayores ingresos y más educados del SNP. Es decir, se trata de un subsidio de pobres a ricos legalmente instaurado.

Adicionalmente, el sistema de pensiones debe brindarse bajo las mejores condiciones de eficiencia para la sociedad, asegurando que al afiliado se le brinde toda la información y servicios correspondientes a su pertenencia al sistema de pensiones, bajo criterios de sostenibilidad fiscal y de buen funcionamiento de los mercados privados que participan en la provisión del sistema. Esto último implica contar con un sistema en el cual se cobren comisiones de administración que no extraigan en exceso recursos de los individuos y al mismo tiempo gestionen los fondos de pensiones bajo un criterio de generación de rentabilidades con una visión estratégica de largo plazo. Como veremos más adelante, hay falencias en este punto que requieren ser mejoradas.

Finalmente, no se puede olvidar que, como parte del rol del Estado, se requiere de normas de cumplimiento obligatorio tanto en lo referente a la contribución periódica para el ahorro como en la adquisición de productos destinados a asegurar un beneficio pensionario a lo largo la jubilación. En efecto, el criterio de obligatoriedad en el diseño de un sistema de pensiones es de suma importancia para una construcción viable y sólida, pues de en su ausencia, las propias tendencias de los seres humanos por darle mayor preferencia al corto plazo y minimizar los riesgos lejanos del largo plazo—adicionado a otros problemas conductuales discutidos ampliamente por la rama de la economía del comportamiento—llevarán a decisiones poco prudentes bajo un marco puramente de ahorro voluntario para el retiro. Así mismo, la obligatoriedad del sistema ayuda a que los riesgos de una sociedad se puedan asegurar mejor bajo una participación generalizada. Lamentablemente, el objetivo perseguido con las contribuciones obligatorias al sistema de pensiones ha sido profundamente desfigurado con la reciente Ley que permite la extracción parcial de hasta el 25% del fondo de pensiones para la compra de una primera vivienda, y más aún con la posibilidad de retirar hasta el 95.5% del fondo al llegar a la edad de jubilación (para mayor detalle, ver **Apartado E.1.2.7**).

En resumen, el sistema peruano se encuentra lejos de la búsqueda de un sistema de pensiones que permita cumplir el rol del Estado óptimamente bajo un marco de criterios de obligatoriedad; que sea de cobertura universal; que genere pensiones adecuadas; que mejore las condiciones de equidad social; y, que traiga eficiencia tanto en la gestión de los recursos públicos como en el funcionamiento del mercado privado.

En la **Sección E.1.** se identifica las principales deficiencias en varios ámbitos que el sistema de pensiones peruano requiere enfrentar urgentemente. Primero, observamos una fragmentación inexplicable del sistema de pensiones en componentes que duplican esfuerzos e impiden afrontar los problemas comunes para todos los peruanos de manera integrada y generando sinergias (**Apartado E.1.2.1**). Para superar la actual fragmentación es precisa una visión integrada.

En segundo lugar, discutimos el bajísimo nivel de cobertura que tiene el sistema de pensiones peruano (**Apartado E.1.2.2**). Gran parte de este problema responde a deficiencias en el mercado laboral, particularmente el elevado nivel de informalidad, uno de los más altos entre países emergentes. La solución de fondo es migrar a un esquema donde el derecho a pensión no esté asociado a las condiciones laborales de la persona, sino a su condición de ciudadano. Al mismo tiempo, se deben ampliar las posibilidades de contribución al sistema no sólo con base a los ingresos laborales, sino también con base a facturas de consumo, e incentivar la aportación voluntaria de ahorro con fines previsionales.

En tercer lugar, notamos la insuficiencia de la pensión en un gran número de casos (**Apartado E.1.2.3**). Una cantidad importante de peruanos se queda sin ingresos durante el período de retiro. Muchos de los que están en el SNP no reciben beneficio alguno porque, pese a haber contribuido en alguna medida, no logran hacerlo por 20 años. Y muchos de los que están en el SPP no consiguen acumular suficientes ahorros para construir un flujo mensual pensionario decente que los acompañe a lo largo de la última etapa de su ciclo vital. Una participación eficiente y bien enfocada del Estado puede ayudar a mitigar el problema de suficiencia, integrando los componentes hoy fragmentados (SNP, SPP y Pensión65) y otorgando un subsidio que ayude a que todo peruano ahorre y goce de al menos una pensión básica.

En cuarto lugar, enfatizamos que es de suma relevancia abordar el tema de la organización industrial del ahorro privado de pensiones para conseguir rentas decentes en la vejez, por encima de la pensión básica (**Apartado E.1.2.4**). La evidencia es contundente respecto a la extrema concentración de mercado de administración del ahorro, las barreras de entrada y el comportamiento oligopólico que deriva en elevadas comisiones para los trabajadores y elevadas ganancias para las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Esta situación de ineficiencia social que tiene hoy el mercado de AFP no guarda coherencia con una industria que se basa en el cobro de retenciones obligatorias sobre el salario dentro de un marco de seguridad social. Adicionalmente, las evidentes distorsiones en el mercado han llevado a malas consecuencias en la arena política. Así, las recientes acciones que llevaron al Congreso a otorgar acceso inmediato y prácticamente sin límite a la totalidad del fondo de pensiones se han nutrido de los cuestionamientos políticos al sistema.

Como quinto punto, subrayamos los actuales sesgos que tiene la actual gestión de portafolios por parte de las AFP, la misma que ha estado más sujeta a una aproximación táctica de corto plazo que metas de largo plazo orientada a una pensión objetivo para el afiliado (**Apartado E.1.2.5**). Este sesgo es en gran medida el resultado de la propia construcción de la organización industrial del SPP y régimen de inversión existentes. En particular, los esquemas de multifondos, combinados con regulaciones como los requerimientos mínimos de rentabilidad, encaje y límites a las inversiones en el extranjero, han llevado a la composición ineficiente de portafolios con horizontes de corto plazo. Si bien las rentabilidades generadas por las AFP a lo largo de la historia muestran promedios históricos (especialmente en la década de los 90), también es cierto que ello dice muy poco respecto a rentabilidades orientadas al largo plazo teniendo en cuenta las características de diferentes cohortes generacionales.

Otro aspecto importante, que ha demostrado tener enorme incidencia en el debate actual es la necesidad de generar un flujo de rentas que aseguren el financiamiento de la etapa de retiro sin que se asuman costes elevados (**Apartado E.1.2.6**). El reciente debate sobre el necesario ajuste de la tabla de mortalidad y los riesgos que ello podría significar para las pensiones pone sobre el tapete la necesidad de ajustes en determinadas variables paramétricas (como la tasa de aporte o la edad de jubilación), pero también la necesidad de que se diseñen productos de rentas vitalicias que hagan que las pensiones no se “encarezcan” excesivamente. Productos de tipo “*plain vanilla*” con capas de aseguramiento necesario y con un diseño focalizado para asegurar la ultra-longevidad pueden ser muy apropiados para mejorar el perfil pensionario.

Como séptimo punto, es necesario tomar ahora una posición reflexiva respecto al serio problema generado por la Ley N° 30425 de abril de 2016, que permitió el acceso al 25% de los fondos de pensiones para el financiamiento de vivienda y el acceso al 95.5% de la totalidad de esos fondos, de forma irrestricta, al llegar a la edad de retiro (**Apartado E.1.2.7**). Hay que entender que son los peruanos los principales perjudicados con esta medida. Si bien se han atendido las necesidades de liquidez de corto plazo, al final lo que inadvertidamente se ha hecho es ahondar en la desprotección del ciudadano en la vejez, trasladándole a él todos los riesgos financieros derivados de su edad. Desde una perspectiva de protección social, no se debe dejar que esta medida subsista. Para que este entuerto pueda arreglarse es necesario implementar una visión integral del sistema de pensiones, asegurar mejorar las alternativas de pensión y asegurar un Contrato Social entre Estado y sociedad que asegure que todos reciban al menos una pensión básica. Adicionalmente, se puede pensar en alternativas de flexibilidad que no pongan en riesgo el aseguramiento de la vejez.

Como octavo punto, hay que resaltar la importancia de la información y educación financiera efectiva para el afiliado (**Apartado E.1.2.8**). El ciudadano peruano que ha participado tanto en el SNP como el SPP se ha encontrado prácticamente abandonado a su suerte en cuanto a las decisiones a tomar respecto de su pensión. Más allá de los reportes de estado de cuenta (que carecen de información clave como, por ejemplo, la proyección de la pensión que el trabajador puede esperar) y las aproximaciones agresivas de las fuerzas de venta, no ha existido una asesoría activa e independiente que le alerte de malas decisiones. Todo esto hace necesario que en la nueva visión integral del sistema de pensiones y en la reconfiguración de su organización industrial se plantee un rol central para la información, la educación y asesoría financiera, esta última libre de conflictos de interés. Ello requiere de un representante válido y real de la demanda (de los afiliados), hoy inexistente.

Finalmente, no se debe perder de vista la sostenibilidad fiscal no solo al momento de instrumentar una reforma de pensiones como la aquí propuesta, sino también bajo el supuesto de que no hay reforma (**Apartado E.1.2.9**). Las perspectivas a largo plazo del SNP y de Pensión 65, si bien asumibles, son crecientes. La presión fiscal que ambos suman hoy asciende a 0.26% del PBI y llegaría—en ausencia de reformas—al 0.95% del PBI en 2050. Consideramos que una perspectiva integral del sistema de pensiones que consolide el funcionamiento de ambos subsistemas en un pilar fuerte de ahorro ayudaría a manejar la viabilidad presupuestaria con mayor eficiencia. No obstante, será necesario un rol del Estado más activo para ayudar a los peruanos que no logren constituir una pensión con su propio esfuerzo de ahorro y asegurar así que ningún peruano se quede sin al menos una pensión básica. Por ello, la reforma pensional sí requerirá de mayores recursos fiscales, para lo cual parece fundamental una reforma tributaria. Ésta es una tarea que va más allá de la propuesta de reforma del sistema de pensiones, y que corresponde a un debate social más amplio,

aunque enmarcado en la trascendental tarea de construir un verdadero Contrato Social viable que tenga como base la seguridad social.

Por todo lo anotado anteriormente, **la reforma aquí propuesta tiene como visión alcanzar un sistema de pensiones integrado que cubra a todos los trabajadores (independientemente de su tipo de contrato laboral), que trascienda la ineficiente e inequitativa fragmentación actual, que fomente el ahorro con solidaridad para la vejez y que fortalezca y establezca el ingreso en la etapa de jubilación. En esta visión, además de fomentar el ahorro para la vejez y regular adecuadamente tanto su inversión durante la etapa de trabajo (fase de acumulación) como su utilización durante la etapa de retiro (fase de des-acumulación), el Estado no permitirá que peruano alguno se quede sin al menos una pensión básica, cuyo monto tendrá que sujetarse a la disponibilidad de recursos fiscales y cuyo principal objetivo será impedir la existencia de pobreza e indigencia en la vejez.**

Para esto, la propuesta de reforma se construye sobre la base de objetivos concretos que serían parte de un nuevo Contrato Social, mediante el cual todos los ciudadanos se comprometerían, por una parte, a hacer un esfuerzo de ahorro (por pequeño que sea y, obviamente, compatible con su nivel de ingreso) y, por otra, a velar solidariamente por sus compatriotas más necesitados (a través de la gestión reguladora del Estado y la pensión básica subsidiaria que éste proveería). Los objetivos de la reforma propuesta serían:

- 1. Construir un sistema de pensiones único e integrado:** integrado en el sentido de que los tres pilares del sistema (descritos más adelante) se complementarían entre sí; único en el sentido de que no discriminaría entre distintos grupos de trabajadores (hombres y mujeres, públicos y privados, urbanos y rurales, formales e informales).
- 2. Ampliar sustancialmente la cobertura del sistema pensional,** principalmente a través de la introducción de una pensión básica (antipobreza), pero también a través de la facilitación de contribuciones voluntarias a las cuentas de ahorro individual con base al gasto (en adición al mecanismo básico de contribución con base al ingreso).
- 3. Reducir los costos del sistema para el trabajador que ahorra para su vejez,** a través de un mayor aprovechamiento de economías de escala en favor de los afiliados, una reducción de gastos innecesarios, una mejor y mayor diversificación de riesgos, y un despliegue más efectivo del papel rector del Estado en cuanto a la aglomeración eficiente de los servicios de administración de cuentas así como a la regulación y el ordenamiento de los mercados de servicios financieros relevantes (administración de activos, provisión de rentas vitalicias y seguros). En particular, la reforma propuesta apunta a reducir las comisiones que se cobran a los trabajadores por la administración e inversión de sus ahorros a un promedio no mayor a 60 puntos básicos (0.6%) calculados sobre del saldo (comparados con el promedio actual estimado de 94 puntos básicos) y a crear condiciones de mercado que permitan la reducción de las primas cobradas por la industria financiera por las rentas vitalicias y seguros de invalidez, vejez y muerte.
- 4. Incorporar un verdadero representante de la demanda (del colectivo de los afiliados).** Ello se lograría a través de un organismo centralizador que ayudaría a completar la visión integral del sistema y su nueva organización industrial, de forma de capturar en favor del afiliado no sólo los beneficios de procesos más eficientes y menos costosos de administración de cuentas, sino también los beneficios asociados a la prestación de una

adecuada educación financiera que provea información relevante sobre las pensiones proyectadas para el afiliado y una asesoría activa que le evite caer en malas decisiones. De esta manera, se enfrentaría una deficiencia monumental que hoy no es debidamente atendida.

- 5. Incrementar los beneficios del sistema pensional**, no solo a través de la mencionada pensión básica, ampliación de la cobertura y reducción de comisiones, sino también a través de un nuevo marco regulatorio que focalice la atención de los trabajadores y gestores de activos en la tasa de reemplazo (esto es, en el ingreso durante la etapa de jubilación como porcentaje del ingreso en la etapa de trabajo). El nuevo marco regulatorio, además de velar por la salud y solvencia de la industria de servicios financieros para la vejez, se orientaría a: extender los plazos de inversión del ahorro de los trabajadores; adecuar la composición de dichas inversiones a la edad del trabajador; y, fomentar el desarrollo de productos financieros apropiados para estabilizar el ingreso en la etapa de jubilación (especialmente las rentas vitalicias, que garanticen una pensión mensual constante en términos reales mientras el jubilado viva, así como esquemas idóneos de retiro programado, que aseguren el uso gradual durante la etapa de jubilación de los ahorros acumulados durante la etapa de trabajo). Ello implicará rediseñar las normativas que permiten el retiro del 25% de los ahorros para la compra de vivienda y el 95.5% de los fondos al momento de la jubilación. Creemos que la presencia de la pensión básica ayudaría a encontrar soluciones más razonables a los problemas que originaron estas desacertadas alternativas.

Entendiendo la magnitud de los cambios y factores estructurales relevantes, estos objetivos deberían seguir un esquema de transición idóneo, el cual sería diferente para distintos elementos de la reforma propuesta, tal que permita la implementación de algunos componentes de manera inmediata y otros a lo largo del tiempo, tal como se discute en la sección final de este documento.

Así mismo, cabe precisar que la introducción de la pensión básica desligada de la condición laboral (formal o informal) o nivel socioeconómico de la persona sería enteramente consistente con la estrategia de política pública orientada a la formalización de la economía.

Finalmente, las contribuciones directas del Estado a la reforma pensional (provisión de una pensión básica, subsidio por vía del *“matching”*—esto es, las contribuciones complementarias o emparejadas al ahorro individual que se discuten más adelante—y la garantía limitada a las rentas vitalicias) serían dimensionadas en función de las restricciones impuestas por el imperativo de mantener las finanzas públicas sanas y un proceso fiscal viable.

D.1.1.2. Visión posterior a la reforma

Todos los cambios que la reforma propone significarán para el ciudadano peruano una transformación sustancial respecto a lo que tiene hoy en materia pensionaria. La reforma busca asegurar que el sistema se legitime, gracias a una relación justa entre el afiliado y las instituciones gestoras del ahorro y pensiones; mediante una organización industrial más eficiente que elimine los excesos y distorsiones y asegure mejores rentabilidades para sus pensiones; y todo ello orientado a que todos los peruanos reciban una pensión decente.

No obstante, esta búsqueda del perfeccionamiento del Contrato Social requiere también un compromiso real por parte de sus ciudadanos. En ese sentido, de un lado, el Estado ofrece un trato justo a todos y asegura que “no se dejará que ningún peruano quede sin pensión” y, de otro lado, el ciudadano se compromete a realizar un esfuerzo de ahorro individual, por pequeño que sea, en proporción a sus capacidades. Para hacer esto posible, entre otras cosas:

- El ciudadano deberá entender la importancia del criterio de obligatoriedad tanto en las contribuciones como en el momento de elegir el esquema de rentas que aseguren una pensión a lo largo de su vida. Para ello se debe replantear el acceso irrestricto al 95.5% de su fondo al momento del retiro, pues vulnera la razón de ser de un sistema de pensiones que es justamente la de brindar pensiones adecuadas al jubilado hasta el momento de su fallecimiento.
- Se deberá entender que la obligatoriedad no sólo es para el trabajador en situación de dependencia sino también para los independientes, quienes deberán sumarse gradualmente a este Contrato Social.
- Se tendrán que encontrar mecanismos de aporte de ahorro que generalicen la participación y permitan que todos los peruanos participen en el sistema de pensiones.

Debemos ser claros que en el tema de pensiones no hay magia ni hechizo que nos lleve a ser todos felices de la noche a la mañana. No obstante, sí existen soluciones viables, que son las que planteamos en este documento. Pero hay que subrayar que, sin un nuevo contrato entre la sociedad y el Estado, donde cada parte entienda sus deberes y derechos en torno al tema de pensiones, será muy complicado que funcione la reforma que planteamos.

D.1.2. Propuesta de reforma

D.1.2.1 La integración del sistema de pensiones

Un sistema integrado de pensiones que funcione sin discriminación alguna para todos los ciudadanos implica unir las fortalezas individuales del sistema nacional (SNP), el sistema privado (SPP) y programas de asistencia social (Pensión65), de forma de consolidar sinergias que coadyuven a ofrecer pensiones de calidad superior.

Un sistema que maximice sinergias y complementariedades terminaría con las inequidades actualmente existentes, las que se manifiestan principalmente, como ya se ha resaltado, en una muy baja cobertura y una muy débil generación de pensiones de jubilación. En efecto, sólo el 28% de la fuerza laboral peruana está afiliada al sistema contributivo de pensiones (conformado por dos subsistemas, SNP y SPP). De los trabajadores afiliados en el SNP, se estima que el 60% no calificará para acceder a una pensión de jubilación (es decir, a un ingreso mensual estable en la vejez) debido a que no contribuye ni en los montos ni por los períodos mínimos requeridos por ley. De los trabajadores afiliados en el SPP, alrededor del 60% no ha acumulado ahorros suficientes para adquirir una renta vitalicia. Así, sólo el 13.7% de la población peruana económicamente activa (esto es, la población entre 15 y 64 años de edad) puede al momento realistamente aspirar a recibir una pensión del SNP o SPP en la vejez. Ese porcentaje, que es sumamente bajo en comparación internacional, cae aún más y dramáticamente a menos de 5% si sólo nos fijamos en la población económicamente activa de menores ingresos.

El problema de baja cobertura se ha mitigado para los ancianos más pobres con el programa de Pensión65, el cual otorga transferencias monetarias a individuos de muy bajos ingresos y de 65 años o más que no reciben una pensión contributiva. Sin embargo, el beneficio de Pensión65 no está integrado al sistema de pensiones porque fue concebido como un programa de asistencia social más que como un componente del sistema pensional (mayor detalle en el **Apartado E.1.1.1.3**). Además, Pensión65 no resuelve la ausencia de complementariedad entre el SNP y SPP ni sus deficiencias sistemáticas en términos de generar una pensión decente para la vejez².

Como se discute más adelante (**Apartado E.1.2.3**), el problema de la débil generación de pensiones decentes refleja sobre todo la insuficiencia de contribuciones y de ahorro individual pero también refleja los altos costos de administración del ahorro y los horizontes cortoplacistas con los que se invierten esos ahorros. Peor aún, la debilidad sistémica en la generación de pensiones decentes se ha exacerbado notablemente con la vigencia de la así llamada Ley 95.5, al permitir que el trabajador gire en un solo acto, al momento de jubilarse, la casi totalidad de los ahorros acumulados durante su vida de trabajo. Esta ley desfigura el propósito central de un sistema pensional (generar ingresos decentes y estables para la vejez) y aumenta notablemente el riesgo de precariedad en las condiciones de vida de los ancianos³.

Se propone que todos los nuevos entrantes a la fuerza laboral (sea en el sector formal o informal, sean trabajadores dependientes o independientes) se afilien obligatoria y automáticamente al nuevo sistema integrado. Los actuales afiliados al SNP quedarían en libertad de decidir si afiliarse al nuevo sistema o quedarse en el sistema actual, el cual iría desapareciendo en la medida en que sus afiliados se vayan jubilando. Los actuales afiliados al SPP mantendrían sus ahorros acumulados en el sistema, aunque éstos pasarían al nuevo esquema de gestión de carteras de inversión descrito más adelante.

Todo peruano estaría automáticamente afiliado al nuevo sistema de pensiones a partir de los 18 años, e identificado para el propósito con su Documento Nacional de Identidad (DNI), aunque en las zonas rurales se podría dar un tratamiento excepcional dado que en ellas es legal el trabajo de menores de edad. Esto le daría el derecho a todo peruano a contar, como mínimo, con una pensión básica financiada por el Estado y, adicionalmente, con una cuenta individual de ahorro previsional. Esta cuenta se alimentaría con aportes obligatorios y voluntarios, así como con transferencias solidarias a favor de colectivos que tengan más problemas para construir una pensión.

D.1.2.2 Los pilares del nuevo sistema de pensiones

Se propone un sistema único e integrado conformado por **3 pilares complementarios**, cada uno de los cuales atiende a diferentes riesgos asociados al envejecimiento. Tres tipos de riesgos clave se pueden identificar.

² En el actual sistema de pensiones peruano, el sub-sistema administrado por la ONP (SNP) y el sub-sistema administrado por los administradores privados de fondos de pensión (SPP) no son complementarios y más bien compiten por dar cobertura al mismo grupo poblacional, esto es, a los trabajadores formales dependientes. Existe plena libertad para mudarse del SNP al SPP, pero el traspaso del SPP al SNP está sujeto a fuertes limitaciones.

³ Desde que se introdujo la Ley 95.5, 95% de las personas que han alcanzado la edad de jubilación han optado por girar sus ahorros a suma alzada.

- El primero de estos riesgos es el de caer en la pobreza en la vejez⁴. Para atender este riesgo, la reforma del sistema contaría con **un primer pilar que establecería una pensión básica e universal mediante subsidio público**. Este subsidio se focalizaría en los más pobres. Además, decrecería en proporción menor de uno a uno con el nivel de ahorro previsional acumulado por el trabajador al momento de su jubilación y expresado en términos de una renta. Dado que la materialización de este riesgo (caer en la pobreza en la vejez) tiene una probabilidad relativamente baja (de hecho, una probabilidad que va cayendo en el tiempo, en la medida en que el ingreso per cápita del país va subiendo), hay razones económicas y de equidad social sólidas para justificar que la pensión básica sea financiada solidariamente por todos los ciudadanos por vía de la tributación general.
- El segundo riesgo importante asociado al envejecimiento es la pérdida natural del vigor físico y mental necesario para seguir trabajando con la misma intensidad de una persona joven o madura. Para atender este riesgo, la reforma contempla **un segundo pilar, el pilar de ahorro con fines previsionales, el cual sería una versión modificada y fortalecida del SPP actual**. El ahorro individual es una respuesta apropiada ante este riesgo dado que la probabilidad de que se materialice es alta (de hecho, el envejecimiento disminuye la capacidad de trabajar casi con certeza⁵). Este pilar promovería e incentivaría el ahorro con fines previsionales para todos los peruanos (independientemente de que sean trabajadores formales o informales, dependientes o independientes), a través de cuentas de ahorro individual en las que se iría acumulando un fondo de ahorro para la vejez, el cual sería invertido a un costo razonable y con un horizonte largo en un conjunto de activos consonante con la edad y las preferencias del trabajador. Esas cuentas de capitalización individual, además, estarían asociadas a un seguro que proteja el ingreso familiar en caso de invalidez o muerte prematura del cotizante.
- Finalmente existe el así llamado riesgo de longevidad durante la vejez, es decir, la incertidumbre sobre la expectativa de vida de la persona jubilada. Éste es un riesgo de largo plazo de difícil manejo para una persona individual, en gran parte debido al aumento en la esperanza de vida en tiempos de paz en prácticamente todo el mundo, la cual tiende a ir acompañada de crecientes riesgos y complicaciones de salud en la edad avanzada. Para enfrentar debidamente el riesgo de longevidad, la reforma contempla **un tercer pilar—también una versión fortalecida del sistema actual—que facilite la estabilidad de un ingreso decente durante el periodo de jubilación a través del desarrollo de un mercado más eficiente de rentas vitalicias y de esquemas idóneos de retiro programado y gradual de los ahorros del trabajador**. Esto último, obviamente, requiere la derogación o un replanteamiento fundamental de la normativa del 95.5%.

⁴ La pobreza afectó al 18% de la población peruana mayor a 65 años en el 2016.

⁵ El ahorro es una forma de auto-seguro superior a un seguro provisto por terceros cuando el riesgo a proteger tiene una probabilidad relativamente alta de materializarse. La razón es que el precio de un seguro provisto por terceros (la prima) sube con la probabilidad del siniestro, mientras que el precio del ahorro (la tasa de interés) no depende de dicha probabilidad. Ver el artículo clásico de Ehrlich y Becker (1972).

La reforma propuesta implica el desmontaje del actual sistema de reparto (SNP) y su sustitución por el Pilar 1. Las reglas correspondientes al nuevo Pilar 2 (el pilar de ahorro) entrarían en vigor solo para los nuevos entrantes a la fuerza laboral. Aquéllos que ya estuviesen cotizando al SNP al momento de la reforma podrían optar por quedarse en el mismo o por cambiarse al nuevo Pilar 2. Quienes decidieran trasladarse desde el SNP hacia el nuevo Pilar 2 lo harían con un Bono de Reconocimiento (BdR), el cual podría seguir las mismas reglas de los bonos de ese tipo otorgados a la fecha⁶. En cambio, para aquéllos que al momento de la reforma estén ya afiliados al SPP, sus fondos se preservarían, aunque pasarían a ser administrados e invertidos conforme a las reglas del nuevo Pilar 2 (ver detalles más adelante).

A continuación, la descripción detallada de cada pilar.

D.1.2.2.1 Primer Pilar: pensión básica antipobreza

Dado que el objetivo del primer pilar es reducir de manera solidaria el riesgo de pobreza en la vejez, éste requiere una participación de recursos del Estado para asegurar una pensión básica y universal, la cual debería estar dimensionada en función de las restricciones fiscales y asociada a mediciones apropiadas de la línea de pobreza. Para que dicha intervención estatal no introduzca un subsidio implícito a la informalidad, el beneficio pensional básico se ofrecería a todos los peruanos, independientemente de su estatus laboral (formal o informal, empleado o desempleado).

En el fondo, el Pilar 1 sería un sistema de reparto implícito mediante el cual los peruanos entrarían en un contrato intergeneracional solidario donde los ciudadanos a través del pago de sus tributos financiarán la pensión básica de los jubilados. Este financiamiento presupone un alineamiento con la regla fiscal del país, por lo que los hacedores de política deberán evaluar la necesidad de incrementar la presión tributaria para el financiamiento de este y otros esquemas de subsidios que apoyen a la reforma pensionaria.

El Pilar 1 otorgaría una pensión básica e universal, en el sentido de que garantizaría que ningún peruano tenga un ingreso menor a esa pensión en la vejez. Para el efecto, el Estado daría un subsidio público decreciente dirigido a los individuos de menores ingresos (y, por tanto, de menor capacidad de ahorro) y diseñado de forma tal que no desincentive el esfuerzo de ahorro individual. La Comisión recomienda que el Pilar 1 sea administrado por la ONP. El **Recuadro D.1.1** explica detalles del diseño del subsidio.

⁶ El BdR es un instrumento por el cual se reconocen los aportes del afiliado al SNP que migró al SPP. Su valor es función del promedio de las últimas 12 remuneraciones, la cantidad de meses aportados, un factor de ajuste y un ajuste por inflación acumulada que toma en cuenta el hecho de que el bono se entrega al cumplimiento de los 65 años de edad. Para más detalles sobre el BdR, ver el **Anexo D.2**.

Recuadro D.1.1.
Diseño del subsidio para el primer pilar – Pensión Básica

El subsidio en el marco del Pilar 1 alcanza su nivel máximo para quienes, por su condición de pobreza, no logren ahorrar nada. A partir de ahí, el subsidio se reduce en la medida en que la persona vaya acumulando ahorros, pero la reducción es menor de uno a uno (por cada S/ 1 de pensión que el individuo consiga financiar con su ahorro acumulado, el subsidio se reduce en menos de S/ 1). Así, el subsidio no elimina del todo el incentivo a ahorrar. El subsidio decrece gradualmente hasta convertirse en cero cuando el trabajador alcanza a través de su propio esfuerzo de ahorro un cierto umbral de pensión autofinanciada (Pensión Autofinanciada Subsidiada Máxima, PASM). El subsidio mensual se calcularía con base a la siguiente fórmula:

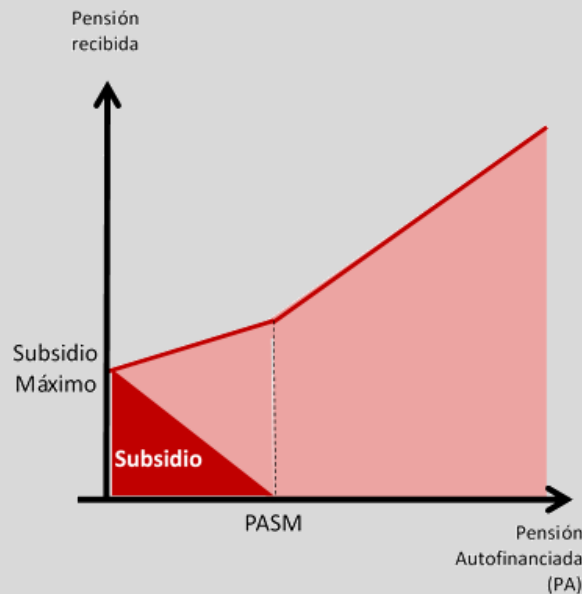
$$\begin{aligned} S &= SM - \alpha PA \\ S &\geq 0 \\ 0 &< \alpha < 1 \end{aligned}$$

Donde SM es el subsidio máximo, PA es la pensión mensual que el trabajador puede autofinanciarse con su propio ahorro, y α es el coeficiente de reducción del subsidio (menor a 1). El subsidio alcanza su máximo ($S = SM$) cuando la pensión autofinanciada es cero y desaparece cuando αPA es igual a SM. La interacción del subsidio con el ahorro acumulado del trabajador se puede visualizar en el **Gráfico D.1.1**.

La Comisión elaboró estimaciones para escenarios alternativos. A manera de ilustración, puede suponerse un subsidio máximo de S/ 125 mensuales (indexado al Índice de Precios al Consumidor, IPC), que corresponde al monto mensual de la transferencia que otorga el actual programa nacional de Asistencia Solidaria Pensión65 cada dos meses, y una pendiente de 0.62 para determinar el ritmo de decrecimiento del subsidio. Este subsidio máximo, que tendría un muy limitado impacto fiscal (ver detalles más adelante), iría reduciéndose en S/ 0.62 por cada S/ 1.00 de renta que el trabajador pueda autofinanciar con sus ahorros. Bajo estos supuestos, la pensión autofinanciada subsidiada máxima (PASM) sería de S/ 328 por mes, monto que coincide con la línea de pobreza vigente. A partir de ese punto, el subsidio sería cero. El esquema mantendría incentivos a que el trabajador ahorre, pues su esfuerzo de ahorro no eliminaría el subsidio público del todo, sino hasta después de haber acumulado la PASM.⁷

⁷ Por ejemplo, si el trabajador acumula ahorros suficientes para autofinanciar una renta mensual en la jubilación de S/ 100, ese esfuerzo de ahorro no eliminaría del todo el subsidio del Estado, el cual en este caso sería de S/ 63 por mes, con lo cual la pensión del trabajador sería de S/ 163 por mes.

**Gráfico D.1.1.
Esquema del Primer Pilar**



Fuente: MEF

Elaboración: Comisión de Protección Social

Parámetros como los descritos anteriormente podrían seguir una regla de actualización anual en función de la evolución del valor de la canasta básica de consumo estimada por el INEI para el cálculo de la pobreza monetaria. Para propósitos de las estimaciones, la Comisión supuso que en el largo plazo la tasa de crecimiento del valor de esta canasta estaría en el rango de 2.0% a 3.0% por año. En todo caso, es el Gobierno quien, de acoger la reforma propuesta, deberá proponer el monto máximo del subsidio para el pilar pensional básico y universal, en función de las disponibilidades fiscales.

El subsidio estatal para el Pilar 1 se financiaría con recursos públicos provenientes de la tributación general y se ofrecería a todos los peruanos, independientemente del contrato laboral bajo el cual hayan trabajado (formal o informal; a tiempo completo o a tiempo parcial; cuentapropista o trabajador dependiente; etc.), siempre y cuando hayan cumplido con ciertas condiciones razonables, por ejemplo, el haber residido en el país por un número mínimo de años. Al desligar el beneficio de la pensión básica de la condición de formalidad o informalidad laboral, la reforma propuesta evita introducir un sesgo que fomente la informalidad y, de esta manera, es consistente con la estrategia de formalización del gobierno.

El esquema propuesto para el primer pilar instituiría el compromiso del Estado de asegurar la cobertura pensional universal. Ello requeriría la definición de una agencia encargada de administrar este pilar en aras del bien común. La Comisión considera que una opción viable es que la Oficina de Normalización Previsional (ONP) sea la agencia que se encargue de la administración del Pilar 1.

Sería fundamental, además, el establecimiento de una gobernanza clara y de viabilidad legal para definir las reglas de actualización del subsidio en el tiempo, en función del tamaño del subsidio máximo y de la Pensión Autofinanciada Subsidiada Máxima (PASM). Dichas reglas estarían no solo sustentadas en criterios técnicos y de responsabilidad fiscal, sino también blindadas de decisiones proselitistas o clientelares que puedan poner en riesgo la estabilidad macroeconómica y el crecimiento económico de largo plazo.

Elaboración: Comisión de Protección Social

D.1.2.2.2 Segundo Pilar: ahorro previsional con incentivos

Este pilar parte del convencimiento de la Comisión de que un sistema de pensiones debería promover intensivamente la participación de los peruanos en el proceso de ahorro para la etapa de jubilación, a través de cuentas individuales de capitalización. Teniendo en cuenta que la alta informalidad en el país ha venido limitando esta posibilidad, el desarrollo de este pilar debe considerar diferentes aproximaciones.

Para ampliar la cobertura del pilar de ahorro (Pilar 2) se **recomienda que—con las salvedades antes mencionadas para el sector rural—todos los peruanos mayores de 18 años tengan abierta a su nombre automáticamente una cuenta de ahorro individual, asociada a su número de DNI.**

En cuanto a las contribuciones al nuevo Pilar 2, se recomienda diferenciar entre componentes obligatorios y voluntarios de ahorro y considerar esquemas de subsidio para fomentar el ahorro. Ambos se describen a continuación.

El componente de ahorro obligatorio seguiría siendo equivalente al actual 10% del ingreso. Dados los bajos niveles de rentabilidad financiera que dominan actualmente en el mundo, **la Comisión recomienda que no se reduzca la tasa de ahorro obligatorio por debajo del 10%** pues ello mermaría la formación de pensiones adecuadas para la vejez (ya que reduciría las tasas esperadas de reemplazo para el grueso de los trabajadores peruanos)⁸. La Comisión recomienda **además que se extienda esta obligación también a los trabajadores independientes** que sean susceptibles de aplicárseles una retención, dado su contacto con el sector formal de la economía. La Comisión es consciente de que la reforma del año 2012 introdujo la extensión de la obligatoriedad de los independientes y que luego, por presión política, fue retirada. Sin embargo, creemos que, bajo un Contrato Social redefinido, donde el Estado ayudaría más activamente a construir la pensión del ciudadano, y donde ningún peruano quedaría sin al menos una pensión básica, la sociedad aceptaría con más facilidad la necesidad de un esfuerzo de ahorro individual.

Sin embargo, entendiendo las dificultades que pueden tener los colectivos más jóvenes para ahorrar y el hecho de que la obligación de canalizar el 10% del ingreso a sus cuentas de capitalización puede desincentivar la formalización del empleo, **la Comisión sugiere que el gobierno considere subsidiar parte de ese 10% para los jóvenes de bajos ingresos, si las restricciones fiscales lo permiten.** Esto significaría en la práctica que el joven ciudadano que cuenta con 25 años o menos y que participa obligatoriamente en el sistema, experimente una retención en su cuenta individual de solo el 5%, mientras el Estado se encarga de completarle a través de un subsidio del otro 5%, con lo cual no ve perjudicado su perfil de ahorro. Así, es contemplado un esquema decreciente de subsidio hasta los 30 años. La **Tabla D.1.1** ofrece un ejemplo de cómo se podría instrumentar dicho subsidio para el caso de trabajadores jóvenes con salarios inferiores a cierto umbral.

⁸ La recomendación de la Comisión de no bajar la tasa de ahorro obligatorio para la vejez se basa, además, en la abundante evidencia documentada a nivel mundial de que los seres humanos, en general y sistemáticamente, ahorran voluntariamente mucho menos de lo necesario para su vejez, lo cual se puede explicar por varias razones, incluyendo restricciones de liquidez (Costa et al. 2011, Francke y Mendoza, 2005, Tuesta 2011), impaciencia y tendencia a la gratificación instantánea (Toth y Árvai 2001), sesgos cognitivos y emocionales que tienden a subestimar el valor del ingreso futuro, entre otros.

Tabla D.1.1.
Construcción de una tasa de aporte de 10% para trabajadores jóvenes de bajo ingreso
 (%)

Rango de edades	Tasa de aporte obligatoria, sobre ingresos (A)	Subsidio Público, sobre ingresos (B)	Tasa de aporte efectiva, sobre ingresos (A) + (B)
25 años o menos	5%	5%	10%
Entre 26 y 30 años	7%	3%	10%
31 años o más	10%	0%	10%

Elaboración: Comisión de Protección Social

Dada la alta informalidad en el Perú, la cual dificulta el hacer que se cumpla con la contribución obligatoria a las cuentas de capitalización individual, **la Comisión recomienda fomentar el ahorro voluntario a través de dos mecanismos. El primero, canalizando contribuciones voluntarias a las cuentas de capitalización individual por el lado del gasto. El segundo, mediante un sistema de “matching” (aportes complementarios o aparejados) por parte del Estado a esfuerzos de ahorro hechos por colectivos de bajos ingresos.**

La captación de aportes voluntarios a través del consumo sería una manera idónea de sortear los obstáculos al ahorro provenientes de la informalidad. Sería además un mecanismo consistente con el nuevo Contrato Social, donde el Estado asegura que todos los peruanos cuenten al menos con una pensión básica cuando lleguen a la vejez mientras que los ciudadanos se comprometen a realizar un esfuerzo de ahorro.

El *modus operandi* del mecanismo de captación de ahorro previsional por vía del gasto de consumo se presenta a continuación en el **Recuadro D.1.2.**

Recuadro D.1.2.
Contribuciones a pensiones por el lado del gasto y un sistema de “matching”

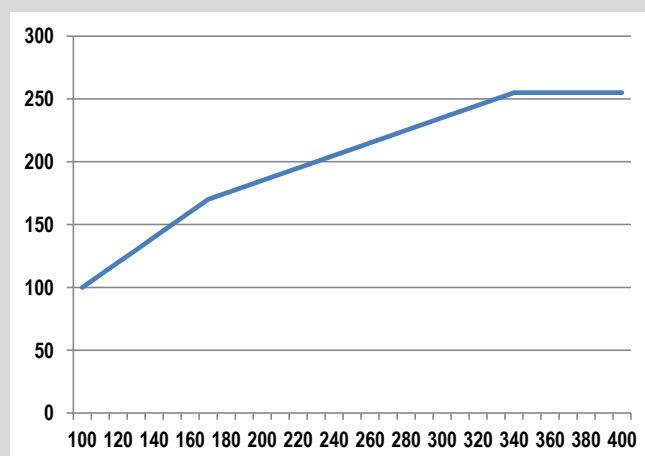
Un buen esquema de protección social requiere un marco de acuerdo entre el Estado y Sociedad, el cual sería incompleto si el sistema de pensiones solo descansara en las retenciones en el mercado laboral, que como sabemos es altamente informal, y donde la cobertura pensional es muy baja. Si mantenemos que el mercado laboral formal peruano sea la única vía de contribución, la protección social en el largo plazo está condenada al fracaso.

Sin embargo, el salto hacia un sistema contributivo amplio no puede ser inmediato, ya que la informalidad tardará en reducirse. En la transición hacia una mayor formalidad es aconsejable el uso de mecanismos de retención de ahorros para la vejez a través de facturas de gasto, de tal forma que al menos, de manera gradual, la sociedad se sienta legítimamente partícipe del sistema contributivo, aunque el volumen de aportes en un inicio sea bajo.

Con este fin, la Comisión propone que cada vez que un ciudadano peruano pague por algún tipo de consumo, un pequeño porcentaje (a ser determinado después de los estudios correspondientes) de ese gasto sea adicionado a la factura y automáticamente canalizado a la cuenta de capitalización individual de la persona que hace el gasto (o de un familiar suyo que designe explícitamente). Se recomienda elegir un tipo de consumo que no sea de necesidad básica pero que, sin embargo, se caracterice por una demanda relativamente inelástica, por ejemplo, la adquisición de servicios de telefonía celular. Aunque este tipo de contribución se haría por defecto (“*default*”)—es decir, automáticamente en la factura del consumo escogido y para todos quienes incurran en ese consumo—se trataría de una contribución voluntaria ya que, al momento de declarar el impuesto sobre la renta, la persona podría pedir la devolución de esos aportes (más los intereses respectivos). Las autoridades pertinentes podrían considerar la política de que la devolución sea condicional a que la persona pueda demostrar que ya aportó al menos 10% de su ingreso a su cuenta de capitalización individual.

La Comisión recomienda que el esquema de contribución voluntaria por vía del gasto se combine con un sistema de contribuciones complementarias o emparejadas (“*matching*”) por parte del Estado, las cuales también se canalizarían hacia las correspondientes cuentas de capitalización individual. Se beneficiarían del “*matching*” solo las personas que, al momento de declarar el impuesto sobre la renta, decidan dejar en sus cuentas de capitalización individual las contribuciones hechas por vía del gasto y solo las personas cuyo ahorro acumulado en esas cuentas esté por debajo de un cierto umbral, el cual sería mayor mientras mayor sea la edad de la persona.

Gráfico D.1.2.
Aportes voluntarios (en Soles, eje horizontal) y “*matching*” del Estado (eje vertical)



Fuente: MEF

Elaboración: Comisión de Protección Social

El **Gráfico D.1.2** ilustra el modus operandi del esquema de contribuciones complementarias por parte del Estado. Nótese que el estímulo asociado a esas contribuciones se focalizaría en personas de bajos ingresos y, por ende, baja capacidad de ahorro.

Elaboración: Comisión de Protección Social

La Comisión considera que los mecanismos mencionados de fomento al ahorro (los esquemas de aportes por vía del gasto y de contribuciones complementarias por parte del Estado) se instrumenten paulatinamente, en un proceso gradual y escalable en el tiempo, en función a los resultados que se vayan alcanzando y el aprendizaje que se vaya acumulando. Se podría, por ejemplo, empezar con la retención sobre la factura

de un servicio o producto de consumo masivo y luego ampliar a una gama más amplia de productos o servicios. En particular, se sugiere empezar con aportes sobre la base del gasto mensual en servicios de telefonía celular, el cual reúne varias características deseables para su aplicación:

1. Es individualizable.
2. es recurrente (se paga con alta frecuencia).
3. Se trata de un servicio con alta penetración en todos los niveles socioeconómicos (entre 92.8% en el mayor nivel socioeconómico y 56.4% en el menor, con un promedio de 74.8%).
4. Se trata de un servicio con baja elasticidad de sustitución, sobre todo en el sector rural.

La Comisión reconoce que los aportes para el ahorro pensionario por vía del gasto serían inicialmente muy bajos debido a los bajos montos promedio mensuales de facturación (entre S/ 10 y S/ 55 en el caso de teléfonos celulares para la población de bajos ingresos). En particular, dichos aportes por sí solos no levantarían los ahorros acumulados en las cuentas de capitalización individual lo suficiente para subir sustancialmente la tasa de reemplazo al momento de la jubilación del trabajador⁹. Sin embargo, no hay que olvidar que esa base de ahorro, aunque sea poco, tendrá el complemento vía subsidio por parte del Estado, por la vía del *“matching”*, así como por la vía del subsidio para construirle una pensión cuando se jubile que permita cubrir los riesgos en el momento del retiro. Además, consideramos que este mecanismo de aportar al ahorro previsional al momento de pagar facturas de consumo sería muy importante para hacer el sistema más participativo, estimular la cultura nacional del ahorro, reforzar el Contrato Social y el sentido de pertenencia al sistema de pensiones. Más aún, puede configurar una base de contribución que podría ir escalando en el tiempo en la medida que se considere viable que las facturas de otros productos o servicios de consumo sirvan de base para la retención destinada al ahorro pensionario.

Para reforzar el derecho de propiedad de este mecanismo de ahorro voluntario, es muy importante que el ciudadano reciba una comunicación oportuna de dicho aporte y este puede observar que está registrado en una cuenta de ahorro, con su *“matching”* respectivo, y que ello es de su propiedad. Dado que todos los peruanos mayores a 18 años tendrían una cuenta de capitalización individual, independientemente de si están en el sector formal o informal, y de que si son trabajadores dependientes o por cuenta propia, el *“matching”* evitaría promover la informalidad, al tiempo que reduciría la inequidad social.

Es importante además volver a destacar en este punto la integración que existiría entre el Pilar 1 y el Pilar 2. El Estado asegura una pensión básica para todos los ciudadanos peruanos (Pilar 1) y, por su parte, los ciudadanos hacen un esfuerzo de ahorro, por pequeño que sea (Pilar 2). Al mismo tiempo, el Estado ofrece incentivos para fomentar el ahorro (por vía del *“matching”* al aporte voluntario y del subsidio a la contribución obligatoria de los jóvenes) y también ofrece mecanismos que facilitan el

⁹ Por ejemplo, para una persona que gane S/ 1000 mensuales pero cuyos aportes al sistema previsional sean en promedio de S/ 50 mensuales, un incremento de S/ 40 en ahorro voluntario incrementaría su tasa de reemplazo de 7.0% a 12.6%, la cual seguiría siendo baja.

proceso de ahorro (esquemas de aportes basados en la facturación del gasto de consumo).

Dado que los mencionados incentivos públicos ofrecidos para el Pilar 1 y Pilar 2 buscan mejorar la pensión de jubilación de los afiliados, tales incentivos serían aplicables solo para las personas que decidan mantener su fondo acumulado a fin de recibir una pensión de jubilación por vía de una renta vitalicia o de un esquema de retiro programado (ver detalles más adelante). No obstante, en caso no se atienda la recomendación de la Comisión de eliminar la normativa del 95.5% se recomienda que el Estado se reserve el derecho de retirar las contribuciones hechas a través del “*matching*” a aportes voluntarios o de subsidios a las contribuciones obligatorias de los jóvenes en caso de que las personas beneficiadas decidan retirar a suma alzada la mayor parte de su fondo acumulado al momento de la jubilación. Concomitantemente, el afiliado que desee retirar a mano alzada una parte significativa de sus ahorros acumulados (en lugar de destinarlos a una renta vitalicia o a un esquema de retiro programado) debería, para el efecto, renunciar al subsidio ofrecido por el Estado para la pensión básica bajo el Pilar 1. Finalmente, el gobierno debería explicitar las estrictas condiciones (por ejemplo, pobreza extrema) bajo las cuales aquellos que ya se acogieron a la Ley 95.5 (y giraron la casi totalidad de su ahorro acumulado al momento de jubilarse) podrían tener acceso a la pensión básica bajo el nuevo Pilar 1.

D.1.2.2.2.1. La organización industrial del Pilar 2 y la gestión de inversión

El Pilar de Ahorro del SPP actual tiene muchas ventajas. En particular, establece una conexión directa entre el esfuerzo de ahorro de las personas durante su vida de trabajo y el bienestar de las mismas personas (y sus familiares) durante la jubilación. Además, al acumularse en cuentas de capitalización que son de propiedad del trabajador y administradas por profesionales de la industria de servicios financieros, esos ahorros reflejan las verdaderas condiciones del mercado y están relativamente protegidos de riesgos políticos. Sin embargo, el SPP también tiene varias fallas y fuentes de ineficiencia, muchas de las cuales son comunes a sistemas semejantes en el mundo ya que emanan de problemas de incentivos en la oferta y en la demanda inherentemente asociados a la industria de administración de activos financieros. Avances teóricos y empíricos recientes, sin embargo, han logrado identificar las fuentes originarias de esas deficiencias y, por ende, a desarrollar esquemas de política pública que las mitiguen. Las propuestas de reforma en esta sección cosechan los beneficios de dichos avances.

Con base a la información presentada en la **Sección E.1.**, los problemas del actual SPP (y de sistemas semejantes) pueden agruparse en tres:

1. Altas comisiones.
2. Falta de coincidencia entre los intereses e incentivos de las AFP y los de los trabajadores.
3. Una tendencia sistemática tanto de las AFP como de los trabajadores a evaluar los resultados de la inversión del ahorro previsional con base de horizontes de corto plazo y a no adecuar apropiadamente la composición de las inversiones a la edad del trabajador.

Estos tres problemas surgen de causas variadas y complejas y se manifiestan en una maraña de sub-problemas, tal como se explica sucintamente a continuación.

Consideremos en primer lugar el problema de altas comisiones. Éste es en gran medida el resultado de una dinámica de competencia entre las AFP orientada a ganar participación de mercado que, en el fondo, deviene en una competencia socialmente ineficiente. Para ganar participación de mercado, cada AFP se ve obligada a invertir, por un lado, en costosas infraestructuras (informáticas, contables, procedimentales, legales, etc.) y en el personal asociado para administrar las cuentas de sus clientes y, por otro lado, en costosas campañas de mercadeo para atraer a nuevos clientes. Pero la administración de cuentas implica una serie de actividades sujetas a economías de escala y, por ende, a costos marginales decrecientes (una vez establecido el sistema, el administrar la cuenta de un nuevo afiliado tiene un costo marginal cercano a cero). Por tanto, en lugar de competir por ellos, sería socialmente más eficiente (menos costoso) que los servicios de administración de cuentas se provean de manera centralizada a fin de capturar economías de escala en favor de los afiliados¹⁰. En el caso de las campañas de mercadeo (que a veces se tornan en verdaderas “guerras” comerciales), los costos terminan siendo pagados por el afiliado a través de mayores comisiones, pero los beneficios para el afiliado son muy pequeños o nulos.

Esta dinámica de competencia malsana (que impele a cada AFP a dedicar cuantiosos recursos a la administración de cuentas y campañas de mercadeo) no solo eleva los costos del sistema, sino que además lleva a un equilibrio oligopólico—esto es, a un número reducido de AFP que una vez que sobreviven las guerras de competencia terminan controlando el mercado. Si bien una estructura oligopólica hace más fácil el conseguir que las AFP cooperen entre sí¹¹, también erige barreras de entrada y hace mucho más difícil conseguir que el beneficio de la reducción de costos se traspase al trabajador en forma de menores comisiones (en lugar de que sea apropiado por las AFP en forma de rentas oligopólicas). Por ello, el objetivo de controlar y reducir comisiones en sistemas pensionales de ahorro como el SPP ha sido muy difícil de alcanzar, no solo en el Perú sino también en otros países emergentes con sistemas similares. El **Anexo D.3.**, describe experiencias internacionales orientadas a bajar comisiones.

En segundo lugar, consideremos el problema de desalineamiento de los intereses e incentivos de las AFP versus los intereses e incentivos de los afiliados. Éste es un clásico problema de agente-principal que surge por dos razones fundamentales. Primero, porque el administrador del fondo de pensiones no tiene un pasivo (una obligación) contractual con el afiliado: el administrador gana su comisión independientemente de si la inversión genera ganancias o pérdidas para el afiliado. Segundo, porque el afiliado típicamente no tiene el conocimiento especializado, ni el tiempo, ni la paciencia para monitorear continuamente al administrador del fondo de pensiones y decidir sobre las inversiones más convenientes tomando en cuenta no solo

¹⁰ Esta situación es análoga a la de varias compañías de construcción que compiten entre sí por el peaje construyendo sendas carreteras para unir la ciudad capital con una playa popular. Obviamente, desde el punto de vista social, sería mejor tener solo una, pero amplia, autopista en lugar de una proliferación de carreteras estrechas. La competencia de mercado en el caso de actividades sujetas a significativas economías de escalas no produce equilibrios socialmente eficientes y, por ende, se requiere de buena regulación para alcanzar el bien común.

¹¹ AFPnet es un ejemplo de cooperación para capturar economías de escala en beneficio privado en el caso peruano.

el retorno (neto de comisiones) sino también el riesgo asociado con ese retorno. En consecuencia, el incentivo del administrador del fondo de pensiones es conseguir retornos en el corto plazo que no se desvíen mucho del retorno promedio de la industria. Por otra parte, hay copiosa evidencia (ver **Sección E.1.**) que muestra que los afiliados no reaccionan sistemática y elásticamente ante diferenciales de retornos netos ajustados por riesgo. Más bien, tienden a mudarse de un fondo a otro impulsados, no tanto por los diferenciales de retornos netos de largo plazo ajustados por riesgo, sino más bien por las campañas de mercadeo. La evidencia proveniente de avances en economía del comportamiento sugiere además que el problema fundamental de agente-principal se mitiga solo en parte con ayuda de programas de educación financiera para los afiliados. Aunque positivos y necesarios, estos programas deben ser complementados por otras reformas.¹²

Consideremos en tercer lugar el problema de horizontes de inversión de corto plazo y la tendencia a no adecuar apropiadamente la composición de la cartera de inversiones de los ahorros para la vejez a la edad del trabajador. Estos problemas de miopía afectan tanto a los administradores de fondos de pensión como a los trabajadores afiliados y reflejan tanto la incertidumbre sobre el futuro distante como una serie de sesgos cognitivos y emocionales que inducen a los ahorristas e inversionistas a actuar sobre la base de horizontes cortos y sin tomar en cuenta adecuadamente el ciclo de vida. Sin embargo, es bien sabido que una secuencia de maximización de retornos (ajustados por riesgo) de corto plazo está lejos de coincidir con una estrategia prudente de maximización de retornos (ajustados por riesgo) de largo plazo¹³. Por definición, el ahorro para la vejez debe ser administrado con horizontes largos, con miras a maximizar la tasa de reemplazo dado un cierto nivel de riesgo. Es también bien sabido que, si la atención está (como debe estar) focalizada en la tasa de reemplazo, la composición de la cartera de inversión de los ahorros del trabajador debería cambiar con su edad—esto es, debería mudarse progresivamente desde una composición sesgada en favor de inversiones más rentables pero más riesgosas (más renta variable y menos renta fija) hacia una composición sesgada en favor de inversiones menos rentables pero menos riesgosas (menos renta variable y más renta fija, preferiblemente renta fija indexada al IPC) en la medida en que el trabajador se acerque a su edad de jubilación.

Para mitigar de manera significativa los mencionados problemas del actual Pilar 2 (del SPP) y, a la vez, mantener sus beneficios, la Comisión propone un conjunto de reformas a la organización industrial de la administración de cuentas y gestión de activos. Dependiendo del contexto y aspectos idiosincráticos, podrían implementarse diferentes modelos de organización industrial con diferentes pros y contras (ver **Anexo D.3.**). El modelo propuesto por la Comisión, por tanto, no es perfecto, pero ofrece un adecuado balance frente a diferentes *tradeoffs* y ataca de manera clara los tres grandes problemas discutidos previamente. En todo caso, se recomienda una implementación cuidadosa por parte de los decisores de política, un seguimiento muy cercano por parte del supervisor, y afinamientos futuros por parte de la regulación en la medida que el nuevo modelo vaya funcionando.

¹² El establecimiento del encaje apunta a alinear los incentivos de la AFP con los del trabajador. Sin embargo, las modalidades de inversión del encaje que maximizan los beneficios para la AFP no necesariamente coinciden con las modalidades de inversión del ahorro previsional que maximicen la tasa de reemplazo para el afiliado.

¹³ Ver Merton y Samuelson (1992).

En particular, **la Comisión recomienda un cambio sustancial en la organización industrial del pilar de ahorro hacia un sistema basado en cinco núdulos clave**, que se describen a continuación en términos generales. (Para facilitar un entendimiento más completo de la reforma propuesta, el **Anexo D.4.** describe lo que sería la nueva organización industrial del Pilar 2 desde la perspectiva de los actores clave y sus funciones.)

El primer nódulo sería **la centralización de los servicios de administración de cuentas y atención al cliente (al trabajador afiliado) en una sola institución**. Dicha institución, a la que de aquí en adelante llamaremos Centralizadora, tendría que ser independiente, profesional, eficiente, bien regulada, y sujeta a estándares altos de gobierno corporativo, transparencia y rendición de cuentas. La Centralizadora se concentraría en funciones sujetas a fuertes economías de escala (cuya provisión centralizada es eficiente desde el punto de vista económico y social), tales como la recaudación de aportes, el registro contable de los ahorros de cada afiliado, el pago de beneficios, etc. La SBS (2017) tiene ya una visión y estrategia bien desarrollada sobre la amplia gama de servicios del Pilar 2 que podrían centralizarse, la cual, en opinión de la Comisión, debería usarse como base para darle concreción a este aspecto de la reforma.

El rol de la Centralizadora en este esquema es fundamental en varios sentidos para el éxito del esquema propuesto. Primero, deberá estar dotada de mucha eficiencia para atender el conjunto de labores administrativas sujetas a economías de escala en favor del ciudadano. En segundo lugar, tal como se discute bajo el segundo nódulo, deberá ser un actor de altos niveles de capacidad y conocimiento para convertirse en un representante válido de la demanda (de los afiliados) ante la oferta (las Administradoras de Fondos de Pensiones) y en una fuente de información y asesoría activa para el afiliado.

El nivel de profesionalismo y especialización que debe tener la Centralizadora requiere de un planteamiento institucional serio que asegure que estos servicios se presten con altos estándares de calidad. Bajo este marco, la Centralizadora podría ser un ente público (inclusive podría ser el mismo que estuviese a cargo del Pilar 1), o un monopolio privado debidamente regulado. Más que la propiedad, lo que importa es que la Centralizadora actúe guiada por el objetivo del bien público con independencia y con base a una estructura de gobierno corporativo fuerte y estándares altos de capital humano, tecnología, transparencia y rendición de cuentas. La Comisión considera que la ONP puede constituirse en la base de este nuevo ente centralizador, aunque pueden evaluarse otras alternativas.

El segundo nódulo consistiría en **consignar entre las funciones de la Centralizadora una muy importante: representar el interés colectivo de los afiliados**. Esta función implicaría responsabilidades de la Centralizadora en dos frentes. El primero sería la provisión (directamente o a través de terceros) de servicios de educación y asesoría financiera para todos los afiliados a lo largo de su ciclo de vida, a fin de que tengan un mejor entendimiento de conceptos financieros básicos, de la relación entre el ahorro presente y el ingreso en la jubilación, de los *tradeoffs* entre riesgo y rentabilidad, etc., y que así puedan planear mejor su pensión jubilar y tomar mejores decisiones de ahorro. La Centralizadora se convertiría de este modo en una fuente y promotora de información y asesoría para el afiliado (un afiliado al que, como sabemos, durante casi

25 años se le ha dejado inerte ante un conjunto de decisiones financieras complejas). La asesoría estaría libre de conflictos de interés y estaría basada en información clara y precisa de hacia dónde se dirigen los fondos acumulados del afiliado (esto es, en estimaciones de la pensión que recibiría bajo el actual perfil de ahorro). Estos servicios ayudarían a que el afiliado enfoque su atención en lo que realmente importa, a saber, la tasa de reemplazo. La Centralizadora, además, realizaría y promovería la investigación, con miras a profundizar el entendimiento del proceso de ahorro previsional, sus determinantes y consecuencias. Para viabilizar los servicios de educación y asesoría financiera y de investigación, la Centralizadora trabajaría en coordinación con la SBS, las universidades y la industria financiera.¹⁴

El segundo frente sería la actuación de la Centralizadora en representación de los afiliados ante los Gestores de Carteras de Inversión, que de aquí en adelante denominaremos GCI. Las GCI reemplazarían a las actuales AFP. Las GCI's serían seleccionadas por la Centralizadora por vía de licitación internacional pública y abierta. Las GCI's serían supervisadas por la SBS. A diferencia de la situación actual, las GCI se concentrarían únicamente en la gestión de activos, esto es, en la gestión de la inversión de los ahorros previsionales de los afiliados. La Centralizadora ordenaría el mercado de gestión de carteras de inversión licitando los saldos de ahorro a un número limitado de GCI. La Centralizadora delegaría, por vía de un contrato de mandato, la gestión de inversión de los ahorros previsionales de los trabajadores a las GCI que ganen la licitación. El contrato de mandato tendría una vigencia de 5-7 años, después de los cuales la Centralizadora podría renovarlos o re-licitar los saldos. Los peruanos tendrían el derecho a elegir entre GCI's (aunque habría una opción por defecto, como se explica más adelante). El afiliado comunicaría su elección de GCI directamente a la Centralizadora (y no a la GCI escogida), la cual mantendría el contacto directo con la GCI en representación del mejor interés de los afiliados.

Para simplificar el sistema y asegurar bajas comisiones, la Comisión considera que, dado el tamaño del mercado peruano, un número no mayor a 5 GCI sería suficiente para administrar el total del ahorro previsional obligatorio en una primera etapa. Nótese que las comisiones a ser cobradas por las GCI se fijarían como parte del proceso de licitación y adjudicación de los contratos de mandato. Es en ese momento en el que se conseguiría, de manera definitiva y transparente, una reducción de comisiones, que esperamos alcance a un promedio no mayor a 60 puntos básicos (0.6%) del saldo total de activos bajo gestión¹⁵, lo que sería una reducción sustancial respecto a la situación actual, y que colocaría el sistema de pensiones peruanas en niveles competitivos en este aspecto. Para facilitar la comparabilidad y el alineamiento con prácticas internacionales, la Comisión recomienda que todas las comisiones a ser cobradas por las GCI sean calculadas como porcentaje del saldo de ahorros acumulados (y no del flujo periódico de aportes), en consonancia con la transición que

¹⁴ Por su parte, la SBS establecería normas de protección al ahorrista previsional apropiadas, para evitar conflictos de interés y abusos.

¹⁵ A las comisiones que cobrarían las GCI se debería añadir la comisión que cobraría la Centralizadora. Según estimaciones de la Comisión con base a experiencias internacionales y criterios técnicos, la comisión que cobraría la Centralizadora sería baja y añadiría unos 7 puntos básicos al costo total de la administración del ahorro de los trabajadores. Esta comisión, sin embargo, podría ser fijada en términos absolutos (*flat fee*) (por ejemplo, un número determinado de soles por mes o año), aunque podrían eximirse del pago de esta comisión las cuentas individuales con saldos de ahorro por debajo de cierto umbral, el cual puede ser mayor mientras mayor sea la edad del afiliado.

ya está en marcha en Perú desde un sistema de comisiones sobre el flujo hacia un sistema de comisiones sobre el saldo.

El tercer nódulo del nuevo Pilar 2 sería el **establecimiento de carteras de inversión de referencia de ciclo de vida, que de aquí en adelante llamaremos Carteras Benchmark de Ciclo de Vida**. Un *Comité de Notables* (conformado por expertos nacionales e internacionales de reconocido prestigio, y seleccionados y convocados por el MEF) establecería una Cartera *Benchmark* de Ciclo de Vida para cada generación (o cohorte) de trabajadores, cada 5 o 10 años. Así, por ejemplo, se establecería una Cartera *Benchmark* para los trabajadores nacidos entre 1980 y 1984; otra para los trabajadores nacidos entre 1985 y 1989, y así sucesivamente. La Centralizadora actuaría como Secretaría Técnica para el trabajo del Comité de Notables.

Técnicamente, la Cartera *Benchmark* se define por un número limitado de clases de activos (*asset classes*) y por una trayectoria (*glide path*) que va adecuando automáticamente la composición de la cartera (esto es, el porcentaje de cada clase de activos en el total) a lo largo del tiempo, conforme la generación (la cohorte) respectiva de trabajadores vaya envejeciendo¹⁶. La Comisión recomienda un número limitado de clases de activos (en el rango de 8 a 10), aunque el Comité de Notables podría recomendar cambios y ampliaciones o reducciones al número de activos en las Carteras *Benchmark*. La otra tarea crucial del Comité de Notables sería definir el *glide path*.

Las Carteras *Benchmark* serían el instrumento clave del nuevo Pilar 2 para superar los problemas de miopía (horizontes de inversión de corto plazo y poca adecuación de las inversiones al ciclo de vida del trabajador) mencionados al comienzo de esta sección. Dichas carteras ofrecerían el punto de referencia apropiado para comparar el desempeño financiero de los portafolios de inversión de los afiliados. En efecto, cada clase de activos que conforma la Cartera *Benchmark* estaría asociada a un índice, el cual sería de conocimiento público. Así, por ejemplo, habría un índice para la clase de activos conformada por, digamos, “títulos soberanos de renta fija de países avanzados”, otro índice para la clase de activos conformada por, digamos, “títulos de renta variable (acciones) del mercado nacional”, y así sucesivamente. Una vez ponderados apropiadamente, los índices de las distintas clases de activos arrojarían un índice para la Cartera *Benchmark* (cartera de referencia) correspondiente a una generación (cohorte) dada de afiliados. De esta manera, los rendimientos de las carteras de inversión de cada afiliado (ver más adelante) podrían compararse de manera fácil y transparente con los rendimientos del índice (y subíndices) de la Cartera *Benchmark* correspondiente.

Además, el sistema de Carteras Benchmark prácticamente eliminaría el así llamado “riesgo pensional”, esto es, el riesgo de que el trabajador experimente fuertes pérdidas de capital en el momento de su jubilación al convertir sus ahorros acumulados en una renta vitalicia. Ese riesgo se mitigaría en la medida en que, al momento de jubilación, la composición de la cartera de inversión de los ahorros en la cuenta de capitalización individual del trabajador sería la misma composición de

¹⁶ Así, la Cartera *Benchmark* sigue un esquema de ciclo de vida: cuando los afiliados son más jóvenes, la proporción de acciones (títulos de renta variable) es más alta; luego, esta proporción va disminuyendo mientras que la proporción de títulos de renta fija de largo plazo e indexados a la inflación va aumentando en la medida que el trabajador se aproxima a su edad de retiro.

cartera que desearía mantener la compañía de seguros de vida que ofrece la renta vitalicia (la pensión).

Nótese que para hacer viable una adecuada diversificación de activos en beneficio de los trabajadores peruanos se tendrían que ampliar significativamente los límites a la inversión en activos externos. El BCR tendría la potestad de cambiar esos límites con base a criterios de política macroprudencial. También tendría la potestad de fijar el porcentaje de la exposición externa de los GCI que deberá ser cubierta (“*hedged*”) contra el riesgo de moneda. Esto último ayudaría a mantener el poder adquisitivo (en términos del IPC) de los ahorros acumulados en las cuentas de capitalización individual. Podría, además, producir una externalidad positiva para la profundización del mercado de derivados de moneda, ya que la demanda de coberturas (“*hedges*”) de riesgo de moneda por parte de las GCI variaría de modo inverso a la demanda de coberturas similares por parte de otros agentes. Un mercado de derivados de moneda más profundo fortalecería la efectividad de una política monetaria con flexibilidad cambiaria.

El cuarto nódulo sería el **concentrar la función de las GCI en la gestión de fondos madre (“feeder funds”) mientras que la Centralizadora ofrecería opciones de Portafolios de Fecha Objetivo (“Target Date Funds”) a los afiliados.** En la propuesta de la Comisión, los fondos madre gestionados por las GCI serían fondos que se especializarían en cada una de las clases de activos que conforman la Cartera *Benchmark*. Suponiendo 8 clases de activos, cada GCI gestionaría 8 fondos madre. El desempeño de la gestión de activos de las GCI se mediría y evaluaría comparando el retorno obtenido en cada uno de sus fondos madre con el retorno del índice de la clase de activos correspondiente de la Cartera *Benchmark*.

Las GCI se diferenciarían no por las clases de activos en los fondos madre que gestionan, sino por el estilo de gestión, esto es, desde un estilo de gestión menos proactivo que se concentra en seguir los índices de la Cartera *Benchmark*, hasta un estilo de gestión más proactivo que dedica más tiempo a buscar activos individuales dentro de las distintas clases y que, por tanto, puede desviarse en grado limitado (una desviación medida por un cierto “tracking error” máximo) de los índices de la Cartera *Benchmark*. Así, una GCI más pasiva, esto es, una GCI que sigue de cerca a los índices *Benchmark*, cobraría comisiones más bajas, tomaría poco o nada de riesgo adicional al riesgo implícito en la Cartera *Benchmark* y, por ende, generaría rendimientos muy cercanos al de los índices *Benchmark* (un “tracking error” cercano a cero). En contraste, una GCI más proactiva cobraría comisiones más altas y tomaría más riesgo que el riesgo implícito en la Cartera *Benchmark*; en consecuencia, los retornos que genere la GCI más proactiva se desviarían (hacia arriba o hacia abajo) de los retornos *Benchmark*, aunque dichos desvíos estarían sujetos a un rango máximo (un “tracking error”) fijado por la Centralizadora al momento de firmar el contrato de mandato con las GCI que ganen la licitación. Los “tracking errors” serían la manera de limitar el “riesgo adicional” (comparado con el riesgo implícito en la Cartera *Benchmark*) que las distintas GCI puedan tomar en su gestión de activos.

La Centralizadora, con base en las carteras *benchmark* y su conocimiento de la edad de los afiliados, configuraría contablemente y ofrecería a los afiliados sendos Portafolios de Fecha Objetivo (“Target Date Funds”). Habría un Portafolio de Fecha Objetivo por cada Cartera *Benchmark* de Ciclo de Vida y, por ende, por cada cohorte generacional

de trabajadores. El Portafolio 2030, por ejemplo, sería el más adecuado para los trabajadores que planean jubilarse en torno al 2030 y, por tanto, tendría como referencia la Cartera *Benchmark* correspondiente al cohorte de trabajadores nacidos entre 1980 y 1984 (suponiendo una edad de jubilación de 65 años); el Portafolio 2040 sería el más adecuado para los trabajadores que se planeen jubilarse en torno al 2040, y así sucesivamente.

Los afiliados tendrían el derecho a escoger entre portafolios de distintas fechas objetivo (aunque habría una opción por defecto, como se explica más adelante). Cada afiliado tendría sus ahorros invertidos en algún portafolio de fecha objetivo. Para conformar los portafolios de fecha objetivo, la Centralizadora asignaría los ahorros de los trabajadores *en forma agregada* a los distintos fondos madre en las proporciones adecuadas (lo que implica que las GCI no conocerían la identidad de los afiliados cuyos ahorros recibirían y gestionarían). Las GCI se relacionarían con la Centralizadora, que es para quien las GCI trabajarían, y no directamente con el afiliado. La combinación de concentrar la gestión de las GCI en fondos madre, dejar la configuración de los portafolios de fecha objetivo en manos de la Centralizadora, y transferir los ahorros de los afiliados a las GCI en forma agregada, tiene la gran ventaja de que reduce sustancialmente los incentivos a que las GCI incurran en altos e ineficientes costos de mercadeo¹⁷.

El quinto y último nódulo sería el **establecimiento de una opción de defecto** (“*default option*”). Como se ha dicho, los afiliados serían libres de seleccionar entre Portafolios de Fecha Objetivo que no correspondan a su edad (esto es, a su generación o cohorte)¹⁸ y de escoger la GCI de su preferencia (aunque los traspasos de una GCI a otra podrían limitarse a no más de una vez por año, dentro de una ventana de tiempo definida). Para simplificar y facilitar toma de decisión, no se ofrecerían a los afiliados del sistema previsional obligatorio otras opciones que no sean Portafolios de Fecha Objetivo.¹⁹

Sin embargo, en ausencia de una decisión explícita por parte del afiliado, se aplicaría la opción por defecto (*default option*). Por defecto, los ahorros de los trabajadores que no escojan explícitamente un cierto portafolio de fecha objetivo y una GCI en particular serían distribuidos por la Centralizadora en partes iguales entre las GCI existentes y se asignarían automáticamente al Portafolio de Fecha Objetivo que corresponda a la edad esperada de jubilación de dicho trabajador. De esta manera, los ahorros de los trabajadores estarían gestionados, por así decirlo, en “piloto automático” y de manera apropiada a lo largo de su ciclo de vida.

¹⁷ Estos incentivos se mitigarían por dos razones. La primera es que, habiéndose comprometido por contrato a cobrar una comisión dada, a la GCI no le sería rentable incurrir en costos innecesarios. La segunda es que la GCI no conocería la identidad de los afiliados (ya que solo recibiría montos agregados, correspondientes a grupos grandes de afiliados) y, por ende, no le sería rentable ir en busca de afiliados individuales a través de campañas de mercadeo agresivo. Incluso si el afiliado decide cambiarse de GCI, la GCI en cuestión no podría verificar la identidad del afiliado que decidió cambiarse. Además, la industria de servicios de asesoría financiera estaría debidamente regulada para asegurar su profesionalismo e independencia y evitar abusos contra los afiliados.

¹⁸ Un trabajador de 50 años y que, por tanto, tenga sus ahorros ubicados por defecto en el Portafolio 2035, podría decidir invertirlos en un portafolio de mayor riesgo escogiéndolo, por ejemplo, el Portafolio 2050.

¹⁹ Como se discute en el **Anexo D.3.** con referencia al caso de Suecia, la proliferación de opciones para el afiliado tiende a generar confusión sin beneficios evidentes para el afiliado y, además, parece ampliar el espacio para la manipulación y el abuso.

En resumen, los cinco núdulos de la reforma propuesta para la organización industrial del Pilar 2 mitigarían de manera importante los problemas que afectan al actual SPP y, al mismo tiempo, preservarían sus ventajas. En particular, la reforma conseguiría una reducción significativa de comisiones, un mejor alineamiento entre los intereses de los gestores de activos y los de los trabajadores, una extensión apropiada de los horizontes de inversión, y una mejor adecuación de las inversiones al ciclo de vida del trabajador. Todo ello redundaría en un aumento visible de la tasa de reemplazo esperada para los afiliados. La reforma propuesta, además, estimularía de manera significativa la cultura del ahorro de varias maneras, incluyendo el subsidio a los aportes obligatorios de los jóvenes de bajos ingresos, y las contribuciones complementarias (*matching*) por parte del Estado al ahorro de las personas de ingresos bajos.

Es menester, además, tener en cuenta el riesgo de invalidez o fallecimiento prematuro que los afiliados enfrentan antes de completar la etapa laboral activa. Dados los tiempos, la Comisión no pudo abordar en detalle este importante tema, pero recomienda que se elabore un estudio detallado. La Comisión cree que **seguro de invalidez y fallecimiento debería estar disponible a todos los peruanos a lo largo de su vida laboral activa** (durante la fase de acumulación del ahorro). En principio, dicho seguro podría proveerse bajo el sistema pensional o bajo el sistema de salud reformado según lo propuesto por esta Comisión en el reporte correspondiente.

Para implementar la reforma propuesta será necesario una adecuada preparación y un esquema de transición para los actuales afiliados, especialmente los afiliados al SNP. Por ejemplo, el Pilar 1 deberá cubrir a los trabajadores cercanos a la edad de jubilación que no hayan acumulado un fondo de ahorros suficiente para alcanzar una pensión mínima bajo las reglas del sistema actual. Los trabajadores actualmente afiliados al SNP tendrían que elegir entre participar en el nuevo esquema propuesto o mantenerse en el régimen actual, pero el Estado tendría que garantizar que ningún ciudadano quede al jubilarse en una situación peor que la hubiera alcanzado en ausencia de la reforma. En cuanto a la nueva organización industrial del Pilar 2 (el establecimiento de la Centralizadora con todas sus funciones, el reemplazo de las actuales AFP por las nuevas GCI, la licitación de los saldos a las GCI, la Creación del Comité de Notables, la introducción de Carteras *Benchmark* de Ciclo de Vida y de Portafolios de Fecha Objetivo, etc.), la Comisión recomienda que, una vez cumplidos los preparativos necesarios, ésta se implemente de una sola vez (y no en forma gradual).

D.1.2.2.3. Tercer Pilar: rentas vitalicias en la etapa de desacumulación

El propósito central de un sistema de pensiones es, precisamente, generar pensiones, esto es, un flujo de ingresos decente y estable para la vejez. En la reforma aquí propuesta, el Estado asegura para todo peruano un flujo mínimo y estable en la etapa de jubilación por vía de la pensión solidaria básica e universal (el Pilar 1), financiada por todos los ciudadanos a través de la tributación general. Esta pensión básica se dirige, esencialmente, a evitar la pobreza e indigencia en la vejez. Sin embargo, un buen sistema pensional no se agota con este objetivo, pues debe apuntar a complementar de manera efectiva ese flujo mínimo de ingresos en la vejez con base al ahorro individual (Pilar 2), coadyuvando en este propósito no solo los antes mencionados estímulos directos que el Estado ofrecería para fortalecer la cultura del ahorro (subsidio a los aportes de los jóvenes y *matching* a los aportes de las personas

de bajos ingresos), sino también el continuo fortalecimiento del papel rector y regulador mediante el cual el Estado vela por la eficiencia, equidad y viabilidad financiera inter-temporal del sistema pensional.

En efecto, el esfuerzo de ahorro del Pilar 2 quedaría trunco y desprovisto de finalidad apropiada si no transita automáticamente hacia un Pilar 3, bajo el cual se pueda generar un flujo estable de ingresos complementarios (por encima de la pensión básica) para la etapa de jubilación del trabajador. Lamentablemente, como se ha anotado, un problema fundamental en el Perú es que la así llamada Ley 95.5 hace precisamente esto: trunca y desfigura profundamente el sistema de pensiones al autorizar que el trabajador pueda, al momento de su jubilación bajo el SPP, retirar a sumaalzada hasta el 95.5% del fondo acumulado en su cuenta de capitalización individual. En efecto, en el poco tiempo de vigencia de esa ley, la evidencia sobre sus efectos perversos es contundente: se ha producido un verdadero colapso de las pensiones de jubilación. Entre agosto de 2016 y junio de 2017, casi la totalidad (alrededor del 95%) de los 107 mil trabajadores que se jubilaron bajo el SPP optó por girar a sumaalzada el máximo posible (95.5%) de los fondos acumulados en sus cuentas de capitalización individual (CIC). En ese mismo periodo, solo el 1% de los afiliados al SPP que se jubilaron optó por una pensión, ya sea a través de una renta vitalicia o un retiro programado. La Ley 95.5 está así desmantelando la razón de ser del sistema pensional peruano, convirtiendo al SPP en un esquema de ahorro simple (sin fines previsionales), exponiendo a los nuevos jubilados (y a sus familias) a un alto riesgo de caer en la indigencia en la vejez y, por ende, elevando de manera dramática los costos fiscales contingentes para las futuras generaciones.

La Comisión por tanto **recomienda que se introduzcan de manera urgente las reformas necesarias para desactivar los efectos perversos de la Ley 95.5 y así restablecer el vínculo necesario entre ahorro (fase de acumulación) y jubilación (fase de desacumulación)**. El objetivo sería restituir el vínculo esencial entre el Pilar 2 y el Pilar 3, en congruencia con la reforma más amplia aquí propuesta, de tal forma que el esfuerzo de ahorro tenga un verdadero fin previsional y ayude a fortalecer y estabilizar el bienestar del jubilado y su familia. Ello sólo será posible si se elimina o desactiva la opción de retirar a sumaalzada el 95.5% de los fondos acumulados en las cuentas de capitalización individual y, a la vez, se fomenta de manera vigorosa el uso de esos fondos para construir una pensión a través de una renta vitalicia o un esquema prudente de retiro programado.

La Comisión considera que la desactivación la Ley 95.5 se haría política y socialmente mucho más viable en el contexto de la reforma pensional aquí propuesta. En particular, la existencia del nuevo Pilar 1, es decir, de una pensión básica e universal, eliminaría la elevada (y aparentemente angustiosa) preferencia por liquidez que los trabajadores peruanos han demostrado al retirar a sumaalzada sus fondos de ahorro previsional en forma masiva. La seguridad de una pensión básica en la vejez debería darle al trabajador de bajos ingresos la suficiente tranquilidad mental y emocional para que pueda apreciar de manera más clara los beneficios de complementar dicha pensión básica con una renta vitalicia o un esquema de retiro programado.

Una opción bastante viable para compatibilizar el 95.5% podría ser el establecimiento de un determinado nivel de fondos acumulados a partir del cual se puede retirar la sumaalzada. Este piso estaría determinado por aquel nivel de fondos que asegure la

construcción de una pensión que se considere apta para el afiliado (tasa de reemplazo objetivo). Este mecanismo aseguraría que no se esté desvirtuando el objetivo de que el sistema de pensiones asegure los riesgos en la vejez.

Éste es un buen momento para hablar de la otra medida incorporada por la Ley N° 30425, relacionada a la disponibilidad del 25% del saldo de la CIC para la adquisición de una primera vivienda en cualquier momento de su etapa de acumulación. Si bien la compra de una vivienda puede considerarse una aspiración válida para las familias, quizá un sistema de pensiones no es la mejor forma de aproximarse a la atención de esta demanda. Según cálculos de la AAFP, el retiro del 25% del fondo puede reducir la tasa de reemplazo entre 39% y 77%, dependiendo de la rentabilidad (de 4% a 7% anual). Aunque la Comisión no recomienda abiertamente la eliminación de esta medida, sí recomienda limitarla más y considerar otras alternativas que mitiguen el impacto adverso en las tasas de reemplazo de pensiones. Estas alternativas pueden incluir el establecimiento de topes al importe a retirar y la incorporación de un esquema de préstamo cuyo repago pueda gestionarse con una retención mayor sobre la base de los flujos de aporte a las cuentas individuales de capitalización.²⁰

Una vez debidamente restablecido el vínculo básico entre ahorro (Pilar 2) y pensión de jubilación (Pilar 3), la Comisión recomienda algunas reformas para fortalecer el mercado de rentas vitalicias y racionalizar la oferta de productos para el retiro disponibles al trabajador al momento de su jubilación. Estas recomendaciones se resumen a continuación.

En primer lugar, **se recomienda la introducción de una opción por defecto (*default option*)**. Los afiliados, al jubilarse, serán libres de escoger entre productos para el retiro (ver más adelante). Sin embargo, para los trabajadores que prefieran evitarse la molestia de estudiar y escoger entre las varias opciones de productos para el retiro habría una opción por defecto. La Comisión considera que la opción de defecto más sensata (porque es la más idónea para que el jubilado se libere del riesgo de longevidad²¹) sería una renta vitalicia *plain vanilla* (es decir una renta vitalicia de diseño simple y fácilmente entendible) para aquellos trabajadores cuyos ahorros acumulados al momento de su jubilación excedan un cierto mínimo y estén por debajo de un cierto máximo²². En particular, se recomienda que la opción de defecto sea una renta vitalicia que garantice una pensión mensual constante en términos reales (es decir, indexada al IPC) desde el momento en que el trabajador se jubile hasta el momento de su muerte, con un beneficio suficiente, pero bien identificado, para los familiares más cercanos (cónyuge e hijos menores de edad) que le sobrevivan. Para aquellos jubilados cuyo

²⁰ Recientemente, varios países (por ejemplo, Australia y Singapur) han introducido mecanismos para mitigar los efectos de la alta tasa de impaciencia (i.e., la preferencia por el consumo presente que lleva a los afiliados a girar sus ahorros a suma alzada al momento de la jubilación o a tratar de girarlos en sumas importantes antes de jubilarse para usarlos en propósitos distintos al de sustentar una pensión en la vejez). La experiencia internacional indica que típicamente el porcentaje de ahorros que los afiliados pueden retirar a suma alzada no asciende a más del 10% del saldo en la cuenta de capitalización individual (Bernstein, Bosch y García Huitrón, 2017).

²¹ El riesgo de longevidad es de muy difícil manejo para el jubilado individual. Por ello, existen importantes ganancias para la sociedad cuando este riesgo individual se diversifica, conglomerándolo con los riesgos de longevidad de una población amplia de jubilados y emitiendo contra ese conglomerado una pensión mensual asegurada. Esa es precisamente la función de las compañías de seguro de vida que emiten rentas vitalicias.

²² Los ahorros por debajo de ese mínimo serían insuficientes para generar una renta vitalicia significativa. Los saldos de ahorro que estén por encima de ese máximo quedarían disponibles para que el trabajador los utilice de la manera que crea conveniente.

fondo de ahorro acumulado sea inferior a ese mínimo (pero superior a la Pensión Autofinanciada Subsidiada Máxima, PASM, ver arriba), la opción por defecto sería un esquema idóneo de retiro programado. Ventajosamente, en el caso de Perú sería relativamente fácil establecer la opción de renta vitalicia por defecto ya que el mercado de rentas vitalicias se había venido desarrollando y profundizando a un buen ritmo (en comparación con mercados semejantes de la región) hasta antes de la vigencia de la así llamada Ley 95.5.

La Comisión es consciente de que en períodos de bajas tasas de interés como el actual, el valor para el cliente de la renta vitalicia se reduce. La esperada normalización (incremento) de las tasas de interés internacionales, sin embargo, debería mitigar este problema. En todo caso, para períodos extendidos de bajas tasas de interés, se recomienda ampliar la flexibilidad para que los jubilados puedan decidir el momento en el que compren la renta vitalicia (no necesariamente al momento de la jubilación) y puedan optar, incluso por defecto, por un retiro programado.

Otra alternativa que podría complementar a la anterior, y que iría también hacia la provisión de una renta adecuada, es que por defecto se establezca un esquema que incluya una renta vitalicia que le cubra al jubilado hasta los 90 años de edad y que luego, para edades subsecuentes, el jubilado tenga un seguro para cubrir la ultra-longevidad a partir de esa edad. Este esquema podría abaratar las rentas vitalicias. El Estado podría participar en este esquema con algún subsidio para el período de ultra-longevidad, subsidio que financieramente sería bastante asumible en el largo plazo, con ajustes paramétricos necesarios a lo largo del tiempo.

En segundo lugar, **se recomienda una simplificación de la oferta de productos para la jubilación** para aquellos trabajadores que no se acojan a la opción por defecto. La Comisión considera que la gama actual, particularmente la de productos de rentas vitalicias, es demasiado amplia, hace difícil la comparación objetiva de las alternativas y, por ende, no ayuda a una buena selección. La Comisión considera que, al menos para el caso de del ahorro obligatorio, la desacumulación debería hacerse con ayuda de un mercado de pocos productos estandarizados cuyos costos y beneficios sean de fácil evaluación y comparación. Además, la regulación de protección al ahorrista debería asegurar que efectivamente la opción de *default* actúe como tal y que las aseguradoras o las GCI no traten de vender productos que les pueden resultar más favorables para ellas (rentables), en desmedro de los afiliados.

En tercer lugar, para facilitar el desarrollo del mercado de rentas vitalicias indexadas al IPC, y maximizar así su valor social, **se recomienda que el MEF se comprometa a establecer una política de emisión sistemática de deuda soberana de largo plazo (es decir, de plazos mayores a 15 o 20 años) indexada a la inflación**. Las externalidades positivas para la industria financiera de rentas vitalicias (y, por tanto, para el bienestar de los jubilados) de un mercado profundo y líquido de bonos soberanos de largo plazo denominados en moneda local e indexados al IPC se han evidenciado con claridad en países como Chile, Reino Unido y Australia. En ellos, la abundancia de títulos de deuda de largo plazo indexados al IPC permite que las compañías de seguro de vida que emiten rentas vitalicias puedan protegerse a bajo costo contra el riesgo de inflación (que es un riesgo importante en el largo plazo) lo cual, a su vez, ayuda a explicar por qué las rentas vitalicias en esos países son más beneficiosas para el cliente que en otros: le ofrecen al jubilado una pensión mensual constante en términos reales a un

precio relativamente bajo. Por su parte, el sano desarrollo de la industria de rentas vitalicias, además de aumentar el bienestar de los jubilados, genera importantes externalidades positivas para la sociedad, principalmente porque ofrece una base fuerte para el desarrollo de los mercados de financiamiento de largo plazo (para financiar vivienda, infraestructura, maquinaria y equipo, etc.). En efecto, las compañías que proveen rentas vitalicias adquieren un pasivo contractual de largo plazo y, por tanto, son inversionistas institucionales que están constantemente buscando calzar esos pasivos con inversiones de largo plazo en el lado del activo²³. El desarrollo de un mercado profundo de rentas vitalicias indexadas al IPC generaría otra externalidad social positiva de particular relevancia para el Perú: aceleraría el proceso de desdolarización financiera y fortalecería así la credibilidad del Sol como acervo de valor lo cual, a su vez, robustecería la capacidad contra-cíclica de la política monetaria.

En cuarto lugar, **se recomienda que, para mejorar el atractivo de las rentas vitalicias, el Estado ofrezca una garantía a las mismas**, lo que es socialmente eficiente. Por una parte, la garantía no sería costosa para el Estado en la medida en que las compañías de seguro de vida estén debidamente supervisadas y reguladas²⁴. En efecto, si hay buena supervisión, la quiebra de una compañía de seguros de vida debería dejar intactos suficientes activos de valor para cubrir la mayor parte de sus pasivos (esto es, las rentas vitalicias). La garantía estatal cubriría por tanto solo el residuo de cola de esas obligaciones. La garantía estatal estaría en principio debidamente financiada para un amplio rango de escenarios posibles a través de la prima de riesgo que por esa garantía cobraría el Estado. Además, para reducir el potencial riesgo moral originado en la garantía estatal y más bien estimular a los jubilados a ser cuidadosos al momento de escoger la compañía de rentas vitalicias, la garantía estatal podría requerir un copago por parte del beneficiario. Así, el esquema podría garantizar hasta un múltiplo del monto de la pensión básica (por ejemplo, una o dos veces esa pensión), y luego solo el 80% del monto superior con un límite, por ejemplo, de 5 veces la pensión básica.

Finalmente, **se recomienda que el MEF y la SBS adopten un rol proactivo en ordenar la industria de rentas vitalicias**. En particular, se recomienda que el número de compañías que provean rentas vitalicias, además de ser definido sobre la base de criterios exigentes de probidad y solvencia, también busque alcanzar un balance adecuado entre la diversificación del riesgo de longevidad, por una parte, y un grado adecuado de innovación financiera, por otra. En un extremo, la mayor diversificación del riesgo de longevidad se conseguiría si éste fuese administrado por una sola compañía proveedora de rentas vitalicias que sea solvente y esté bien regulada y supervisada. Al otro extremo, un número alto de compañías de rentas vitalicias

²³ Opazo, Raddatz y Schmukler (2009) documentan que en Chile son las compañías que ofrecen rentas vitalicias, más que los fondos de pensiones (AFP's), las que se dedican a invertir en activos de largo plazo (hipotecas, infraestructura, etc.). García-Kilroy y Rudolph (2017) muestran que la oferta de rentas vitalicias tiene un efecto de "jale" hacia las AFP; estas últimas se inclinan más a invertir en activos de largo plazo sabiendo que, en caso de necesidad de liquidez, pueden vender estos activos sin pérdida significativa de valor a las compañías de seguros de vida.

²⁴ Concomitantemente con el desarrollo del mercado de rentas vitalicias, la SBS deberá continuar con el fortalecimiento y modernización de la regulación y supervisión de compañías de seguros de vida que ofrecen rentas vitalicias. La prioridad en este sentido son los requisitos de capital (que deben ser suficientes para absorber las pérdidas inesperadas asociadas a los complejos riesgos que estas compañías toman tanto en el lado del activo como en el lado del pasivo) y las exigencias de reservas técnicas o provisiones (que deben ser suficientes para cubrir a tiempo las pérdidas esperadas y, así, evitar que las compañías de seguros de vida sobreestimen las ganancias en el corto plazo a expensas de pérdidas en el futuro distante).

fomentaría la competencia y, a través de ella, la innovación financiera. En general, la Comisión considera que, para el caso peruano, si la diversificación de los riesgos de longevidad solo puede hacerse con la población que vive solo dentro del país, bastarían unas pocas compañías de rentas vitalicias, siempre y cuando estén profesionalmente gestionadas, fuertemente capitalizadas y adecuadamente supervisadas.

D.1.3. Estimaciones de Impacto

D.1.3.1. Población beneficiada

La reforma propuesta, permite una mejora relevante en las condiciones de cobertura de participación, jubilación y pensiones para prácticamente todos los colectivos de la población. En primer lugar, teniendo en cuenta que ningún peruano, cualquiera haya sido su condición en el mercado laboral, quedará sin pensión, se genera un incremento en la cobertura de los mayores de 65 años al 100%.

Otro grupo beneficiado incluiría a aquellos que estén en la fuerza laboral al momento de la reforma y que, por una u otra razón, no puedan autofinanciarse una pensión al momento de jubilarse, o bien por no contribuir al SNP (en caso de decidir quedarse en el SNP) por el número mínimo de años requerido, o bien por no acumular suficientes ahorros en su cuenta de capitalización, o bien por no haberse afiliado al nuevo Pilar 2.

En general quedan beneficiados con la propuesta de reforma las cohortes sucesivas que, una vez en vigencia el sistema reformado, año a año ingresen al nuevo y único sistema. Es claro que todos los beneficios que ofrece el nuevo sistema de pensiones se manifestarían plenamente solo cuando las primeras promociones cumplan 65 años o se “gradúen”, esto es, en 45 a 47 años después del inicio del ingreso de las primeras cohortes.

D.1.3.2. Impacto fiscal de la reforma

La estimación de los costos fiscales de esta reforma considera la posibilidad que parte de los afiliados al SNP migre hacia el nuevo sistema. Se espera que los afiliados que opten por ello sean aquéllos que no lograrían alcanzar los 20 años requeridos por el SNP, y también se asume que harían lo propio los jóvenes menores de 35 años²⁵. La salida hacia el nuevo sistema tendría dos impactos: i) el generado por los aportes que se dejan de recibir y las pensiones que se dejan de pagar, y ii) el otorgamiento de un bono por los aportes realizados al SNP; se asume que ese bono se entregaría al cumplimiento de los 65 años, en línea con las reglas vigentes del BdR actual²⁶.

²⁵ La metodología oficial del cálculo de reservas actuariales asume que todos los afiliados al SNP se van a jubilar. En el **Anexo D.5.** se muestra la metodología empleada para estimar cuántas personas lograrían alcanzar los 20 años de aportes.

²⁶ Este cálculo descansa en los siguientes supuestos:

- 20% de los trabajadores dependientes y 5% de los independientes se incorporan al ahorro voluntario. Para la simulación se consideró el escenario de que parte de los afiliados que ahora se encuentran en el SNP se trasladará al nuevo sistema. Se asume que estas personas serían quienes no alcancen los 20 años de aporte y los menores de 35 años.

La estimación del impacto considera dos etapas. Primero, la estimación del costo actual del sistema (*statu quo*) representado en el Panel A del **Gráfico D.1.3**. Éste se descompone en el flujo estimado tanto para el SNP como para Pensión65. El comportamiento del primero refleja dos efectos: la cada vez menor dependencia de Tesoro para financiar el pago de las pensiones en el mediano plazo (hacia el 2022, se estima el calce entre aportes y pensiones) y la reversión de esta tendencia como consecuencia del envejecimiento de la población. En el caso de Pensión65, la tendencia decreciente se explica por el cada vez menor ingreso de nuevos afiliados y el fallecimiento de los ya existentes.

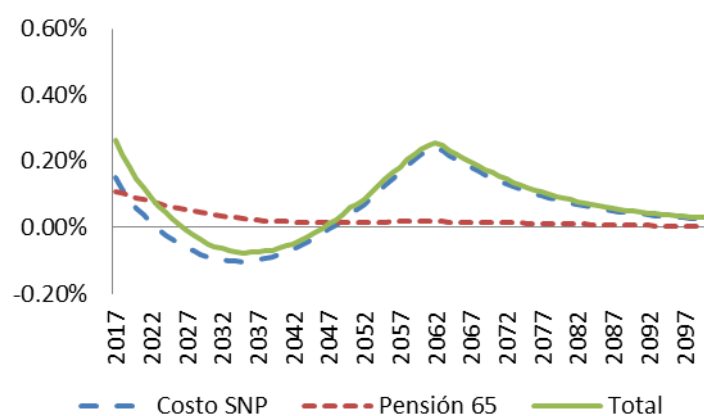
En el Panel B se muestran los costos de la propuesta. Éstos se dividen según tipo de obligación del SNP (jubilados y los que no se retiran), bono de reconocimiento (BdR), Pilar 1, *matching* al ahorro y subsidio al aporte de los jóvenes. Los efectos más importantes en el costo son los provocados por el SNP y por el Pilar 1.

En el Panel C se muestran los costos marginales o adicionales de la reforma, esto es, la comparación de los costos del *statu quo* con los de la reforma. En el primer año, el costo adicional de la reforma representaría el 1.6% del PBI y ese costo se reduciría consistentemente hasta el 2062, año en el que los costos de la propuesta de reforma igualarían a los costos del *statu quo*. El costo promedio adicional de la reforma entre el inicio de su vigencia y el 2062 sería de 0.7% del PBI por año.

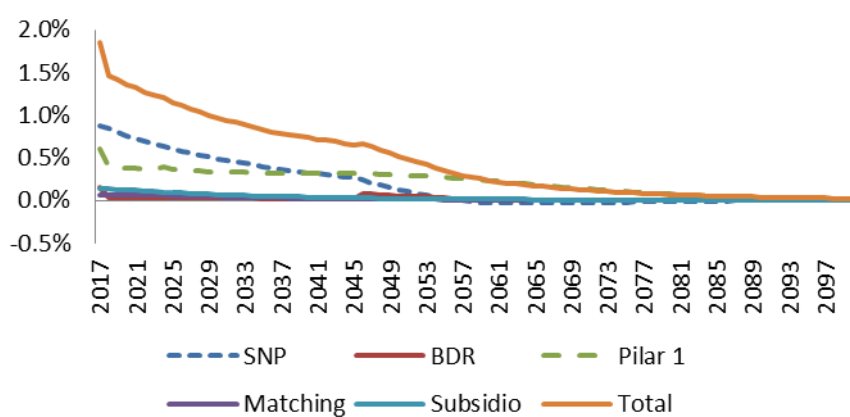
-
- Para la simulación de las cohortes entrantes, se asume un incremento anual de 600 mil personas al nuevo sistema. De estos, el 17% serían trabajadores independientes (100 mil) y el resto tendría las características de los afiliados al SNP y al SPP. Se emplearon muestras representativas de nuevos afiliados tanto del SNP como el SPP y, en el caso de los trabajadores independientes, se utilizó la información proviene de la ENAHO. De esta última población se seleccionó a la PEA independiente mayor a 18 años no afiliada a ningún sistema pensionario contributivo o no contributivo.
 - En cuanto a los parámetros de las simulaciones se asumió: Tasa de rentabilidad real del 6 %, Inflación de 2%, Tasa de descuento de 5.03 %, Tabla de mortalidad 2015, Edad de jubilación: 65 años, Tasa de crecimiento del salario nominal y pensiones nominales que definen el Pilar 1: 2.5 %, Densidad de aportes uniforme de 40%, 14 pensiones y 12 aportes anuales.

Gráfico D.1.3.

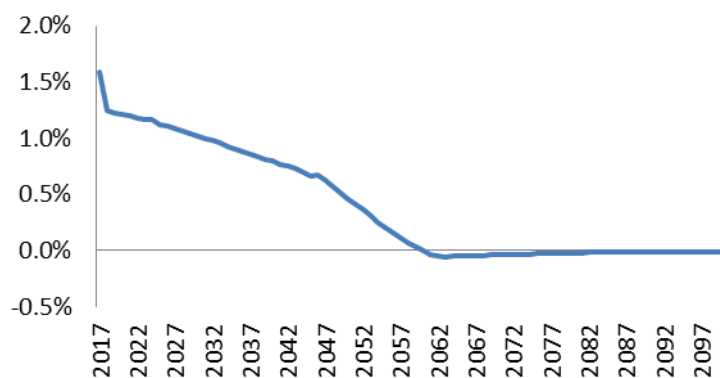
Panel A: Costo Statu Quo
(% del PBI)



Panel B: Costo Propuesta
(% del PBI)



Panel C: Costo Incremental (B-A)
(% del PBI)



Elaboración: Comisión de Protección Social

D.1.3.3. Beneficios esperados de la reforma para la sociedad

La reforma previsional traería una gama de beneficios para la sociedad, incluyendo:

1. Una sociedad donde se asegura que todos los peruanos cuenten al menos con una pensión básica (Pilar 1), reforzando el compromiso del Estado con la Sociedad a través de un Contrato Social fortalecido.
2. Un impacto directo y positivo sobre la participación de los trabajadores en el sistema de ahorro y una mayor legitimidad del mismo, a través de mejoras en el funcionamiento de los Pilares 2 y 3, así como de la incorporación de incentivos a la población para la participación, ya sea por vía de retenciones sobre el ingreso y el gasto, subsidios del Estado para los colectivos en riesgo de pobreza o esquemas de *matching* por parte del Estado.
3. Una mejora de las tasas de reemplazo del afiliado como consecuencia de incentivos al ahorro, una importante reducción de las comisiones y una mejor gestión de la inversión de los ahorros del afiliado, con horizontes de largo plazo y en concordancia con el ciclo de vida del trabajador²⁷.

Al estar todos los peruanos protegidos en la vejez con una pensión básica y al tener todos los peruanos la posibilidad de aportar no solo a través del ingreso sino también a través de facturas de consumo, la cobertura del sistema de pensiones pasaría del actual 36% de la fuerza laboral (incluyendo a los cubiertos por el SNP, SPP y Pensión65) al 100%. Además, la tasa de reemplazo pasaría de 10% a 71% del ingreso promedio la fuerza laboral. En ausencia de reforma una gran parte de los trabajadores actuales no recibiría una pensión al momento de jubilarse, y como consecuencia de ello tendrían una tasa de reemplazo nula. El incremento en la tasa de reemplazo reflejaría además la ganancia en rentabilidad neta producto de la reducción de la comisión. Esta mejora tendría además un efecto redistributivo favorable ya que estaría focalizada en los jóvenes de menores ingresos, que son quienes menos contribuyen actualmente al sistema previsional²⁸.

²⁷ También podría considerarse un posible impacto positivo sobre la generación de empleo formal, aunque el mismo no se ha cuantificado.

²⁸ Para un mayor detalle de estas estimaciones, ver el **Anexo D.6**.

Tabla D.1.2.
Beneficios esperados de la reforma

Atributo	Statu quo	Esperado
Cobertura de Población 65 a más con pensión ^{1/}	36%	100%
Incremento global de la Tasa de reemplazo (TDR) ^{2/}	10%	71%
Mejora TDR ante reducción de comisiones en 70pb ^{3/}	31%	33%
Mayor participación de colectivos ^{4/}	33.5%	100%
Ganancia en bienestar ^{5/}	Gini=66%, TDR=10%	Gini=43%, TDR=71%

^{1/} Población de 65 a más afiliada a algún sistema pensionario. El valor esperado es 100% porque el diseño garantiza que todos tendrán pensión.

^{2/} Valor simulado. Promedio estimado para una cohorte nueva de afiliados. El statu quo considera aquellas personas que no lograrían alcanzar una pensión bajo el SNP y los trabajadores independientes que tampoco tendrían pensión.

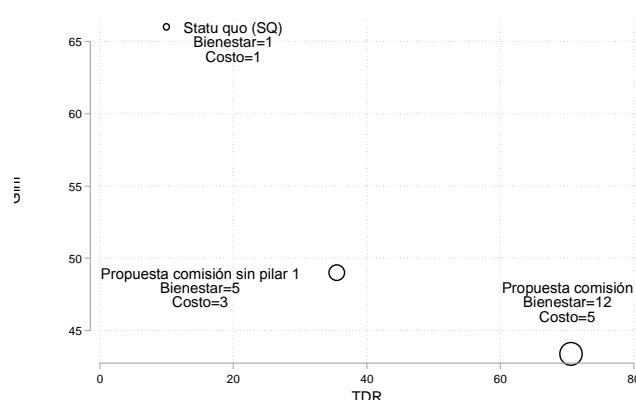
^{3/} Valor simulado. El statu quo es un escenario solo de capitalización individual, el valor esperado considera que la totalidad del ahorro de la comisión es trasladado al aporte del trabajador manteniendo todo lo demás constante.

^{4/} El statu quo es el porcentaje de la PEA que se encuentra afiliada a algún sistema de pensiones. El valor esperado considera a los independientes que optarían por el aporte voluntario (take up de 5%) y las personas que no estando afiliadas ingresarían al sistema debido al consumo celular.

^{5/} El bienestar es una variante de lo propuesto por Sen (1976) $W=u(1-G)$, donde u es la tasa de reemplazo promedio y G es el coeficiente de Gini. Bajo esta medida, el nivel de bienestar es doce veces mejor respecto al statu quo.

Elaboración: Comisión de Protección Social

Gráfico D.1.4.
Mejora en el bienestar como consecuencia de la intervención
(Gini y TDR promedio de una cohorte)



Nota: El bienestar se mide de acuerdo a lo propuesto por Sen (1976)

Elaboración: Comisión de Protección Social

En el caso del bienestar, medido éste como lo propone Sen (1976), el nivel de bienestar sería doce veces superior al *statu quo*; si bien también el costo se elevaría en cinco veces, claramente las ganancias son más que superiores que los costos. Si se excluyera el Pilar 1, que es el componente más caro de la reforma, el costo de esta opción sería el triple del actual, aunque el bienestar se elevaría en 5 veces. Los diferentes escenarios de medición del bienestar

se presentan en el **Gráfico D.1.4**. Todos los beneficios comentados se resumen en la **Tabla D.1.2**, a continuación.

D.1.4. Marco de transición para la implementación de la reforma de pensiones

La propuesta de reforma de pensiones implica cambios importantes mientras que la economía peruana enfrenta enormes barreras estructurales—particularmente los problemas de informalidad y otras distorsiones en el mercado laboral, así como restricciones fiscales. En consecuencia, los hacedores de política podrían considerar la implementación de la reforma siguiendo un proceso de transición por etapas. A continuación se presentan algunas recomendaciones y sugerencias sobre la transición.

Respecto al **Pilar 1**, la CPS ha propuesto un esquema en el cual toda persona que, por su condición de pobreza, no cuente con ahorros suficientes para construir una pensión mínima, reciba una pensión básica subsidiada por el Estado. Ello quizá pueda encontrar limitantes por el lado del presupuesto fiscal en el corto plazo. Para implementar la pensión básica del nuevo Pilar 1, por tanto, es posible que se requiera de una reforma tributaria o una re-priorización del gasto fiscal, lo cual implicaría un debate político en la sociedad que tomaría tiempo. Para superar paulatinamente esa posible restricción, podría contemplarse el siguiente marco de implementación:

- Integrar inmediatamente, en el corto plazo, el esquema subsidiario de pensión básica con el esquema asistencial de Pensión65, bajo la administración de la ONP.
- Comenzar en el corto plazo, con un esquema focalizado hacia aquellos de menores recursos de forma tal que se pueda adaptar, también en el corto plazo, el alcance de la pensión básica a las restricciones de recursos fiscales.
- Cuando el Estado logre configurar un acuerdo político que permita la consecución de mayores recursos fiscales, se puede buscar un perfil de ampliación hasta alcanzar a toda la población objetivo con el monto de pensión básica que se defina, y de acuerdo al patrón de subsidio declinante que se fije.
- Eventualmente, en el largo plazo, una vez que el desarrollo económico del país y los recursos fiscales lo permitan, se podría considerar la transformación de la pensión básica subsidiaria en una verdadera pensión básica universal.

Con respecto a la implementación de las propuestas de reforma del **Pilar 2**, distintos componentes deberían estar sujetos a esquemas de transición diferentes, como se discute a continuación.

- La propuesta de organización industrial y de gestión de activos debería implementarse de manera inmediata, una vez que se hayan completado todos los preparativos relevantes, incluyendo la definición de las Carteras Benchmark de Ciclo de Vida. En otras palabras, el establecimiento de la Centralizadora, la licitación de los saldos de ahorro previsional a las GCI, y la introducción de la opción por defecto deberían hacerse sin gradualidad; a fin de que el nuevo sistema arranque con las piezas apropiadas para brindar mejoras a través de menores comisiones de administración y una adecuada gestión de portafolios.
- La implementación de los componentes que requieren recursos fiscales—el subsidio a la contribución de los jóvenes y el matching al esfuerzo de ahorro de los trabajadores de menores ingresos—puede hacerse paulatinamente, en la medida en que los

recursos fiscales lo permitan. Sugerimos de todos modos que el Estado busque alternativas presupuestarias en el corto plazo que permitan que el esquema de subsidios empiece a implementarse, aunque sea de manera parcial, desde el arranque de la reforma.

- En cuanto a la propuesta de promover los aportes al ahorro previsional por vía de las facturas de gasto, recomendamos una implementación escalable, esto es, empezando con un programa piloto basado en algún tipo de consumo específico (por ejemplo, los servicios de telefonía celular) que podría ampliarse en el tiempo, en cuanto a tasa de contribución y a otros tipos de consume, dependiendo de las lecciones aprendidas en el programa piloto.

La propuesta del **Pilar 3** incorpora un conjunto de piezas que puede implementarse con distintos esquemas de transición:

- Lo más urgente es la derogación (o desactivación de los efectos perversos) en el corto plazo de la así llamada Ley 95.5, lo cual, obviamente, dependerá del debate entre las distintas fuerzas sociales y políticas.
- La introducción de un sistema más estandarizado y simple de productos para el retiro puede hacerse de manera evolutiva, conforme se vayan reformando y afinando las respectivas regulaciones.
- La opción por defecto puede implementarse de inmediato, una vez que esté lista la regulación correspondiente y existan en el mercado los productos apropiados (renta vitalicia plain vanilla y esquemas idóneos de retiro programado).
- Eventualmente, en la medida en que los recursos fiscales lo permitan, puede considerarse la introducción de un subsidio estatal para el tramo de ultra-longevidad, el cual podría complementar a rentas vitalicias que cubran hasta un máximo de 20 o 30 años.

D.2. SALUD

D.2.1. Antecedentes, experiencia internacional y principios

El diagnóstico del sistema de salud presentado en la **Sección E.2.** muestra un sistema segmentado y fragmentado, tanto en el financiamiento como en la provisión de servicios, con evidentes niveles de ineficiencia e inequidad. La presente propuesta se desprende de la necesidad de una reforma del financiamiento del sector salud, que permita ahorros de recursos por la mayor eficiencia administrativa, asignativa y productiva, así como mejores resultados sanitarios, garantizando el *Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)* a toda la población independientemente de la condición socioeconómica y laboral.

Como antecedentes, es importante señalar que las últimas reformas en el sector salud en el Perú han estado orientadas a lograr la cobertura universal en salud. Estas reformas han sido consideradas en la propuesta, así como las lecciones de experiencias internacionales.

En relación a las últimas reformas, son especialmente importantes los siguientes hitos: el Acuerdo Nacional del año 2002 (Acuerdo Nacional, 2002), la promulgación de la Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (en adelante, Ley AUS) del año 2009 (Congreso de la República del Perú, 2009), el Acuerdo Nacional del año 2015 (Acuerdo Nacional, 2015) y la reforma en salud del año 2013 (CNS, 2013). En la Ley AUS, destacan dos artículos relacionados con el objetivo de la Ley AUS, así como la decisión de lograr la cobertura universal en salud a través del aseguramiento; en particular, sobre la base del PEAS.

Artículo 1°: Objeto de la Ley

La presente Ley tiene el objeto de establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento.

Artículo 3°: Del aseguramiento universal en salud

El aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del PEAS.

En cuanto a las experiencias internacionales, si bien no existe un modelo de sistema óptimo para lograr los objetivos del sector salud, pues cada sistema tiene sus beneficios y sus retos, si existen diferentes modelos (ver **Recuadro D.2.1**) y una amplia gama de experiencias en reformas, con sistemas similares al peruano, cuyo análisis permite prever riesgos y aprender lecciones de las mejores prácticas.

El objetivo central de la CPS en salud se estableció en el Artículo 2° de la Resolución Ministerial N° 017-2017/EF/10, publicada el 13 de enero del 2017 (MEF, 2017b):

“...plantear reformas económicas para financiar la cobertura universal de aseguramiento de salud...; sin afectar la sostenibilidad fiscal ni generar informalidad en el mercado de trabajo.”

Es decir, la CPS tiene como alcance desarrollar una propuesta específicamente en el ámbito del financiamiento y en base a un sistema de aseguramiento en salud. Sin embargo, para lograr mejores resultados en el sistema y una reforma articulada, es indispensable replantear otros ámbitos del sistema –como la rectoría del MINSA, la provisión de servicios, entre otros-, para los que se encontrarán en esta propuesta los lineamientos fundamentales.

Recuadro D.2.1. Modelos de Sistemas de Salud

Los sistemas de salud varían de país a país, dependiendo de su historia.

Bismarck (1883) implementó en Alemania un sistema conocido como Sistema de Seguridad Social, cuyas principales características son: 1) el financiamiento vía contribuciones en alguna combinación del empleador y empleado; 2) la existencia de un fondo o fondos de salud (*sickness funds*) que administran los recursos (aseguradores). Su justificación original se basó en mantener a los trabajadores en buen estado de salud para mejorar la productividad, por lo que la afiliación es obligatoria. Por ello, este sistema ofrece cobertura en base a la situación laboral de la persona, y no fue diseñado para ofrecer cobertura universal. Los fondos de salud podían ser varios y esto reduce la mancomunidad y restringe la solidaridad a cada fondo.

Beveridge (1948) implementó en el Reino Unido el Sistema Nacional de Salud (*National Health Service*, NHS). Sus principales características son: 1) el financiamiento es vía impuestos; 2) la provisión es principalmente del sector público; 3) no existen copagos. En este caso, el diseño original sí contempló la cobertura universal, es decir, toda la población tiene acceso a los servicios de salud del sector público. Esta fue una reforma que cambió la cobertura desde una asociada al trabajo hacia una en base al derecho a la salud. Como el derecho al acceso es universal, la mancomunidad es total. El financiamiento vía impuestos es progresivo, en la medida que el sistema de impuestos sea progresivo. Si ese es el caso, es un sistema que ofrece equidad en el financiamiento.

Otro sistema es el Seguro Nacional de Salud, que también utiliza el aseguramiento, pero con un pagador único. Éste modelo existe en Canadá. En este caso, al igual que en el anterior la mancomunidad es total, y por lo tanto es más solidario. Al tener un comprador único tiene mayor poder de negociación en la compra de servicios, y por lo tanto logra controlar mejor los precios (y costos) del sistema.

Finalmente, está el modelo de libre mercado. En este caso, existen aseguradores privados, que ofrecen planes de beneficios, que venden a través del cobro de primas. En este sistema, la capacidad de pago es la que determina la cobertura. En situaciones donde no existe mucha regulación de los aseguradores, se puede generar situaciones donde la determinación de la prima se ajusta por riesgo (generalmente, en base al sexo y edad del comprador), excluye la cobertura de servicios por preexistencias, y tienen contratos con proveedores privados.

Estos modelos ya no existen en su versión original y ahora se observa la convergencia en los objetivos de los sistemas. Por ejemplo, la universalidad de la cobertura. También existen combinaciones: en Alemania siguen existiendo varios fondos de salud, pero las contribuciones y fuentes de financiamiento fluyen vía un fondo de compensación que reasigna los fondos por riesgo. Esto permite lograr una mancomunidad total y aumentar la solidaridad. En casi todos los países siempre existe un sector privado que suele estar regulado y con un rol acotado.

Elaboración: Comisión de Protección Social

Asimismo, si bien la CPS responde a una política más amplia del gobierno asociada al problema de la informalidad de la economía peruana y el crecimiento económico (ver Artículo 2°, MEF (2017b))²⁹, es necesario mencionar que el desarrollo y mejoramiento del sector salud tiene una relación directa con las posibilidades del desarrollo económico y social del país, no se deben supeditar los objetivos de salud nacional a las herramientas de fomento de la formalización. Sin embargo, un aspecto que se considera clave para avanzar en esta propuesta son las consideraciones de aspecto presupuestario, debido a que el Perú tiene un retraso significativo en el gasto per cápita en salud. En ese sentido, la búsqueda de mayores espacios fiscales, probablemente relacionado a un mayor esfuerzo fiscal por parte de toda la sociedad, será fundamental para lograr resultados reales.

La propuesta tiene como objetivo principal la búsqueda de la protección social en salud definida desde una perspectiva de derechos, solidaridad, equidad y eficiencia, que permita ampliar el acceso a los servicios de salud de calidad, consolidando el aseguramiento y brindando una cobertura financiera que disminuya los gastos de bolsillo y reduzca el riesgo de los hogares de caer en situación de pobreza, dentro de un marco de sostenibilidad fiscal.

La universalización de la cobertura en salud se ha convertido en el objetivo de reforma de los países, los cuales financian sus sistemas de salud a través de contribuciones a la seguridad social y/o vía impuestos. Si bien diferentes organismos internacionales tienen sus propias definiciones de qué es la cobertura universal en salud (ver **Anexo D.7.**), todos coinciden en que la población debe tener acceso a los servicios de salud de calidad sin que esto implique penurias financieras para los hogares. Estos procesos de transformación han tomado muchos años, y no han estado exentos de retrocesos y avances, con alto contenido político. En todos los casos se ha requerido de acuerdos sociales y compromisos fiscales para lograr sus objetivos (el **Recuadro D.2.2.** resume algunos casos de éxito).

Las experiencias internacionales dejan para el caso peruano varias lecciones a tener en cuenta. Por ejemplo, la integración del sistema mejora el camino hacia el logro de la cobertura universal de salud, disminuye inequidades y aumenta la eficiencia del sistema. Una segunda lección central, es que se requiere de un aumento garantizado en el financiamiento público, especialmente cuando los seguros sociales no son tan extendidos y se requiere lograr un aporte solidario. Esto implica un compromiso explícito y vinculante del Estado para la sostenibilidad financiera del sistema.

Es necesario resaltar que las modificaciones en el financiamiento requieren de cambios en la prestación de servicios que permitan la oportunidad y calidad y que estos sean observables en plazos razonables. La participación ciudadana en la gestión de la prestación, con grados de autonomía de los prestadores y una adecuada regulación, muestran un camino positivo.

²⁹ El MEF se encuentra manejando otros grupos de trabajo, como el Consejo Nacional de Competitividad y Formalización, pues es el responsable de la política de formalización.

Recuadro D.2.2.

Sistemas de Salud en Uruguay, Tailandia y Turquía

Tailandia, Turquía y Uruguay tuvieron importantes procesos de reforma en sus sistemas de salud durante los años 2002, 2006 y 2007, respectivamente; las cuales permitieron lograr la cobertura universal en salud. Lograron incrementar la proporción de gasto público como porcentaje del gasto total en salud en niveles mayores del 65% y bajar el gasto de bolsillo a menos del 20%. Asimismo, permitieron disminuir la segmentación en el aseguramiento y la fragmentación en la prestación.

Una característica de los tres países que permitió un sistema de cobertura universal en salud fueron los considerables incrementos en el presupuesto público. En Uruguay el nivel de gasto público como porcentaje del PBI se incrementó hasta un nivel de 5.9% en 2012. Las fuentes públicas pasaron de financiar el 49% del gasto total en salud en 2005 al 68% en 2012. En Tailandia las fuentes públicas pasaron de 56% en el 2000 a 76% en el 2012, lo cual incrementó el nivel de gasto público como porcentaje del PBI hasta llegar a un 4.5%. En Turquía el año 2001 financió el gasto total en salud con un 71% de fuentes públicas y en 2015 con 79%. El gasto público en salud como porcentaje del PBI fue de 5.4% en 2015.

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se creó en Uruguay en 2007 con el objetivo de implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, organizar la prestación de servicios de salud territorialmente y de acuerdo a niveles de complejidad y establecer un financiamiento equitativo (MSP, 2009). El instrumento para lograrlo fue la creación del Seguro Nacional de Salud (SNS), el cual es único, público y obligatorio, y ofrece un plan de beneficios único para todo el sistema, el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS). El modelo se centra en la atención primaria, por lo que se prioriza el primer nivel de atención en las redes de establecimientos de salud.

El modelo uruguayo funciona bajo la forma de la seguridad social, con aportes tripartitos de empleados (de entre 3% y 8%), empleadores (del 5%) y el Estado (si existe déficit) a un fondo único, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa). Los beneficiarios del sistema son básicamente los trabajadores del sector formal –empleados públicos y privados, independientes, jubilados y sus dependientes–, lo cual corresponde al 73% de la población (Pagano, 2016). Estos pueden elegir uno de los tres prestadores integrales de Fonasa: la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que son privados sin fines de lucro, y los seguros privados integrales, los cuales tienen fines de lucro. Estos tres, además de su rol de prestadores integrales de Fonasa poseen un doble rol de aseguramiento: ASSE cubre a la población pobre con impuestos (20% de los asegurados al sistema de salud), mientras que las IAMC y seguros privados venden planes de aseguramiento a alrededor del 7% de la población. Por último, policías y militares, que representan el 7% de la población, poseen sus propias sanidades y están por integrarse dentro del sistema. La reforma ha sido exitosa, ha logrado cobertura casi universal, pero ha significado un compromiso del Estado importante que ha llevado el gasto público en salud como porcentaje del PBI de 4.6% en el año 2007 a 6.11% en el año 2014 (Banco Mundial, 2017a).

En el caso de Tailandia, el año 2002 se promulgó la Ley Nacional de Seguridad Sanitaria, la cual estableció el uso de recursos públicos para lograr la cobertura universal en salud. Para ello, se creó un sistema universal, el Universal Care Scheme (UCS, por sus siglas en inglés), el cual es financiado enteramente por impuestos y tiene como beneficiarios a todos los ciudadanos tailandeses, sin considerar su nivel socioeconómico, cubriendo así al 75% de la población. Para poder implementar la reforma y lograr que el UCS llegue hasta el nivel distrital se frenó el proceso de descentralización sanitaria que se había venido realizando previamente. La cobertura, con un paquete de 270 prestaciones se centra en atención ambulatoria, curativa medicinal y servicios de alto costo, así como en servicios adicionales de prevención en clínicas y promoción en todo centro de salud.

En Tailandia existen, además, otros dos seguros de salud públicos, con los cuales se prohíbe el doble aseguramiento. Por un lado, se tiene al Seguro Social de Salud (SHI, por sus siglas en inglés), que cubre únicamente a los trabajadores del sector formal de la economía, mas no a sus derechohabientes. Así, cubre a 10 millones de personas, el 16% de población (Jongudomsuk et al., 2015). Este se financia por aportes tripartitos del 1.5% por parte de empleado, empleador y Estado sobre la nómina. Además, también existe el Esquema de Prestaciones Médicas para Funcionarios Públicos (CSMBS, por sus siglas en inglés), que cubre a este grupo poblacional, sus dependientes y las Fuerzas Armadas, los cuales son 5 millones de personas, el 8% de la población. Este se financia por impuestos. Los planes de beneficios de los tres seguros son muy similares entre sí y la provisión se contrata en hospitales públicos y privados en el UCS y SHI, mientras que solo en públicos en el CSMBS. La reforma redujo el gasto de bolsillo en salud en unos 19 baht por persona al mes, alrededor de 28% de lo que hubiesen gastado en ausencia del programa. El mayor efecto se concentró en atención ambulatoria, con una reducción promedio del gasto de 38%. Si bien la reforma tuvo un mayor impacto en los deciles de mayor ingreso, ello se debe a que los hogares más pobres antes del programa no acudían a consultas médicas (Limwattananon et al., 2015).

Finalmente, se tiene el caso del sistema de salud de Turquía. Este era el más fragmentado de los tres antes de su reforma sanitaria; sin embargo, logró crear un seguro único de salud. Para ello, en 2006 se designó a la Institución de Seguridad Social (SSI, por sus siglas en inglés) como el asegurador responsable de garantizar la provisión de servicios de salud, el cual operaría bajo el nuevo Régimen General de Seguro de Salud (GHIS, por sus siglas en inglés) (Tatar et al., 2011). La incorporación de los diversos esquemas de salud se dio de forma gradual durante los años 2008 y 2012, año a partir del cual el SSI se estableció como asegurador único público de salud: el 99% de la población turca está asegurada bajo este esquema.

El régimen de salud turco se financia con contribuciones tanto del empleado (5%), del empleador (7.5%), como primas que paga el Estado para subsidiar a las personas que califiquen como pobres. Además, el Estado contribuye al sistema con una tasa que equivale a un cuarto de la contribución total recolectada por el SSI cada mes (Gürsoy, 2015). La proporción de hogares con gasto catastrófico de salud es 0.6% del total, de los cuales los hogares más pobres representan dos tercios. El gasto de bolsillo de los hogares del quintil más pobre es alrededor de un décimo del realizado por los del quintil más alto. Los hogares rurales enfrentan un riesgo de catástrofe 2.5 veces superior que el de los residentes de zonas urbanas (Yardim et al., 2010).

El paquete de beneficios incluye desde atención primaria y preventiva, hasta atención ambulatoria, hospitalizaciones, servicios de laboratorio, medicinas y dispositivos médicos SSI (OECD, 2014). Asimismo, sus asegurados pueden acceder a todas las instalaciones públicas existentes y la provisión de servicios se encuentra diversificada: las entidades privadas pueden operar en el sistema de salud público, por medio de contratos con el SSI (Tatar et al., 2011). Además, el gobierno ha promovido la construcción e implementación de centros de salud para asegurar el acceso y promoción del uso eficiente de los recursos.

A partir de la reforma de salud, mejoraron diversos indicadores claves de salud. La mortalidad infantil declinó de 28.5 por cada 1000 nacidos vivos en 2003 a 10.1 por cada 1000 nacidos vivos en 2010. La esperanza de vida en ese período se incrementó de 71.8 años a 74.3 años. Asimismo, la mortalidad materna cayó de 61 a 16.4 muertes por cada 100mil nacimientos entre los años 2000 y 2010.

Elaboración: Comisión de Protección Social

Giedion, Villar y Ávila (2010) refieren que las estrategias más importantes implementadas por diversos países para reformar sus sistemas de salud han sido la separación de funciones, la adopción de un plan de beneficios para todo el sistema y la ampliación del financiamiento

público para la población pobre. Asimismo, el financiamiento público y los beneficios ofrecidos han ido aproximándose a los de la seguridad social para proceder luego a la integración de sus sistemas o a la concurrencia pública y privada.

Los sistemas han ido reduciendo, asimismo, la segmentación en el financiamiento, mancomunando sus fondos. También han desfragmentado la organización de los prestadores para lograr un mayor y mejor acceso efectivo a los servicios. En especial, el fortalecimiento de la atención primaria ha demostrado ser una buena estrategia. La clara definición de funciones y la institucionalización han sido claves en estos procesos de cambio y han resultado en mejoras constantes en beneficio de la población.

Por ello, si bien la propuesta de la CPS se centra en la reforma del financiamiento de salud, se considera necesario adherir la visión de largo plazo del sistema que acompañe a la propuesta de reforma del financiamiento para lograr la protección social de la población peruana. Así, se parte de la visión del MINSA para el año 2020 (MINSA, 2017b):

“En el año 2020 los habitantes del Perú gozarán de salud plena, física, mental y social, como consecuencia de una óptima respuesta del Estado, basada en los principios de universalidad, equidad, solidaridad, de un enfoque de derecho a la salud e interculturalidad, y de una activa participación ciudadana. Con el Gobierno Nacional, Gobierno Regional, Gobierno Local y la Sociedad Civil que logran ejecutar acuerdos concertados para el bien común.

Asimismo, las instituciones del Sector Salud se articularán para lograr un sistema de salud fortalecido, integrado, eficiente, que brinda servicios de calidad y accesibles, que garantiza un plan universal de prestaciones de salud a través del aseguramiento universal y un sistema de protección social.”

De igual modo, la propuesta suscribe los principios establecidos en la Ley AUS de universalidad, solidaridad, unidad, integridad, equidad, irreversibilidad y que sea participativo. Estos principios se definen a continuación.

1. Universalidad: La salud es un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política del Perú y demás documentos y convenios suscritos por el Estado peruano y otras leyes de menor jerarquía; por ello, el aseguramiento universal en salud es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
2. Solidaridad: Conjunto de actos y normas orientados a compensar el costo de la atención a quien la necesite con el aporte de los contribuyentes y del Estado. Se refiere al mecanismo de financiamiento mediante la compensación de los aportes entre grupos de diferentes edades, riesgos de enfermedad o segmentos económicos, entre otros.
3. Unidad: Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones para alcanzar los objetivos contemplados en la presente Ley.
4. Integralidad: Otorgamiento de todas las prestaciones necesarias para solucionar determinados problemas de salud.
5. Equidad: El sistema de salud provee servicios de salud de calidad a toda la población peruana, priorizando a la población más vulnerable y de menos recursos. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrece financiamiento

subsidiado para la población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa.

6. Irreversibilidad: Los derechos adquiridos previamente al proceso de aseguramiento universal en salud y durante el mismo no deben sufrir ningún menoscabo como consecuencia de algún proceso posterior.
7. Participativo: Se define como el ejercicio de la ciudadanía en la formulación y seguimiento de políticas de aseguramiento universal en salud.

D.2.2. Lineamientos: Visión de largo plazo del sistema de salud

En línea con los objetivos de cobertura universal de salud, la visión de largo plazo considera un sistema de salud que brinde acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad, según las necesidades de la población, con protección financiera y sostenibilidad fiscal. Para lograr estos objetivos y siguiendo los principios antes señalados, se propone un sistema con un asegurador único, financiado con recursos públicos que ofrezca una cobertura garantizada para toda la población.

El sistema con un asegurador único o Fondo Único, realizará la mancomunación total de los riesgos, lo que se traduce en la universalidad, solidaridad y equidad en el aseguramiento, puesto que no existirá la discriminación por riesgos de los asegurados³⁰. Además, dado que el Fondo Único distribuirá el riesgo financiero de la cobertura de servicios al máximo, mejorará la eficiencia y equidad del sistema. Para ello, deberá gozar de completa independencia en su gestión, sin interferencias para garantizar la confianza de la ciudadanía en la salvaguarda de sus intereses.

Todos los peruanos tendrán acceso al mismo asegurador, el cual ofrecerá un plan de beneficios único, con una cobertura de servicios definida en base a las prioridades de salud del país, igual para todos. Es decir, se elimina las diferencias en las coberturas de servicios del aseguramiento segmentado, fortaleciendo el derecho al acceso a servicios de salud, independientemente de la condición laboral y de las características socioeconómicas de las personas.

Se plantea que la cobertura de servicios de salud, o plan de beneficios, sea el PEAS³¹. En el largo plazo, se espera alcanzar un PEAS que ofrezca una cobertura amplia de servicios de salud³². Para tales efectos, se establece que cualquier ampliación deberá basarse en una metodología transparente que considere las prioridades sanitarias del país, la capacidad resolutoria de los prestadores, la efectividad de las prestaciones a ser incluidas y la disponibilidad de recursos para financiar la ampliación.

³⁰ Este sistema de financiamientos es solidario en la medida que el PEAS se financie vía impuestos pues habrá subsidios cruzados desde las personas de altos ingresos y bajos riesgos sanitarios hacia personas de bajos ingresos y altos riesgos en su salud. Es eficiente porque realizará compras estratégicas de los servicios cubiertos con mecanismos de pago que maximicen los resultados de salud y aseguren la calidad de los servicios. Es equitativo porque el Fondo Único ofrecerá el PEAS para todos.

³¹ Se considera el PEAS como plan de beneficios por que es el plan definido en la Ley AUS. Sin embargo, dado que el PEAS no es una herramienta de gestión, será necesario replantearlo para que sea fácilmente entendible por los asegurados (para conocer sus derechos y deberes) y para los proveedores (para su adecuada implementación).

³² Según la Ley AUS, el PEAS debería ser evaluado cada dos años, y este proceso se traduce en el largo plazo en una cobertura más amplia, ya que dicha evaluación incluye una revisión de la cobertura incluida y la posibilidad de ampliarla, siempre y cuando los requerimientos financieros estén disponibles.

El financiamiento del Fondo Único será vía impuestos, lo que se sustenta en el principio de la realización del derecho a la salud: este financiamiento deja de asociar el aseguramiento a la condición socioeconómica de las personas o a su situación laboral, generando estabilidad en el aseguramiento en el tiempo. Esto es especialmente importante en un país con altos niveles de informalidad: Perú presentó una informalidad del 68.83% en el 2013 (OIT, 2017). Así, la protección de la salud será efectiva, otorgando una cobertura financiera completa para el PEAS a través de impuestos.

Ello implica que las contribuciones a la seguridad social se reducirán en un monto equivalente al costo esperado total del PEAS: habrá un retiro progresivo del financiamiento a través de cotizaciones patronales en EsSalud. Para ello, el Gobierno debe reemplazar dichos recursos; esto es una condición necesaria para el éxito del sistema.

Las contribuciones ajustadas a EsSalud se seguirán realizando, así como todas aquellas personas que tengan empleos formales. Dichas contribuciones les dará derecho a la atención de las otras enfermedades no incluidas en el PEAS a través de los planes adicionales que reemplazarán las coberturas existentes en los aseguradores más grandes del sistema: SIS y EsSalud. Dado que, en el mediano a largo plazo, la cobertura del PEAS se irá ampliando³³, también se irá reduciendo la cobertura de estos planes paulatinamente. El Fondo Único administrará cuentas separadas para cada plan de beneficios. El PEAS será financiado vía impuestos. Habrá un plan para los actuales asegurados del SIS financiado vía impuestos y un plan para los actuales asegurados de EsSalud financiado por contribuciones a la seguridad social. Pero, en la medida que el PEAS se vaya ampliando, se espera que, en el largo plazo, estos planes desaparezcan y el financiamiento del Fondo Único sea únicamente vía impuestos.

Como comprador único, el Fondo Único utilizará su poder monopsónico en beneficio de todos los usuarios, como, por ejemplo: generando mecanismos para incentivar la optimización de redes de servicios, velando por la calidad de los mismos, negociando los mejores precios con los proveedores de fármacos. Así, se hace responsable de que los prestadores de servicios de salud entreguen los servicios necesarios con calidad a toda la población. En este sentido, realiza la compra estratégica definiendo qué servicios comprar, a quién comprarlos y cómo comprarlos. El cómo implica establecer mecanismos de pagos a los proveedores que generen los incentivos orientados para lograr los resultados sanitarios deseados en la población. Esto incluye incorporar en el sistema de compra a todos los prestadores, es decir, los públicos (GORE's, GOLO's), los de EsSalud, FFAA, PNP y los privados³⁴. La decisión de qué comprar implica que el Fondo Único también participará en la toma de decisiones asociada a la evaluación de tecnologías sanitarias; aunque su participación no sea como parte del proceso de evaluación³⁵, sí tendrá un rol en la incorporación de nuevas tecnologías que impactan en el financiamiento.

Para llevar a cabo la compra estratégica, el asegurador debe además gestionar el riesgo de la población, que implica fortalecer la promoción y prevención del sistema para reducir los riesgos de problemas de salud y asegurar la integralidad de la atención. Para lograr esto es de suma importancia implementar un sistema de información integrado. Asimismo, debe tener una comunicación abierta y continua con sus afiliados, de tal manera que pueda conocer mejor sus necesidades y su percepción de la interacción con el prestador para una respuesta

³³ Con sustento técnico y con financiamiento garantizado.

³⁴ También podría ser parte del diseño del sistema de compras el de medicamentos, priorizando los medicamentos esenciales, y también su distribución.

³⁵ Para ello, existirá una Agencia especializada en evaluaciones siguiendo el modelo de Reino Unido.

rápida y efectiva. Es decir, la compra estratégica es un sistema proactivo para realizar compras de servicios que incorpora la gestión de los incentivos y riesgos financieros entre el asegurador y los prestadores de manera que se maximicen los resultados de salud de las personas al menor costo.

Como el Fondo Único comprará servicios a todos los prestadores del sistema, habrá mayor especialización en la prestación, competencia entre prestadores y supervisión de la calidad de atención.

El Fondo Único, reducirá los gastos administrativos e interconectará el sector a través de un sistema único de información. Dicho sistema permitirá el seguimiento de las personas, así como monitorear el desempeño para lograr los objetivos sanitarios nacionales.

Dadas las funciones y responsabilidades del Fondo Único, es fundamental su profesionalismo, agilidad y eficiencia en la gestión, independencia del ciclo político, y altos estándares de gobierno corporativo, transparencia y rendición de cuentas.

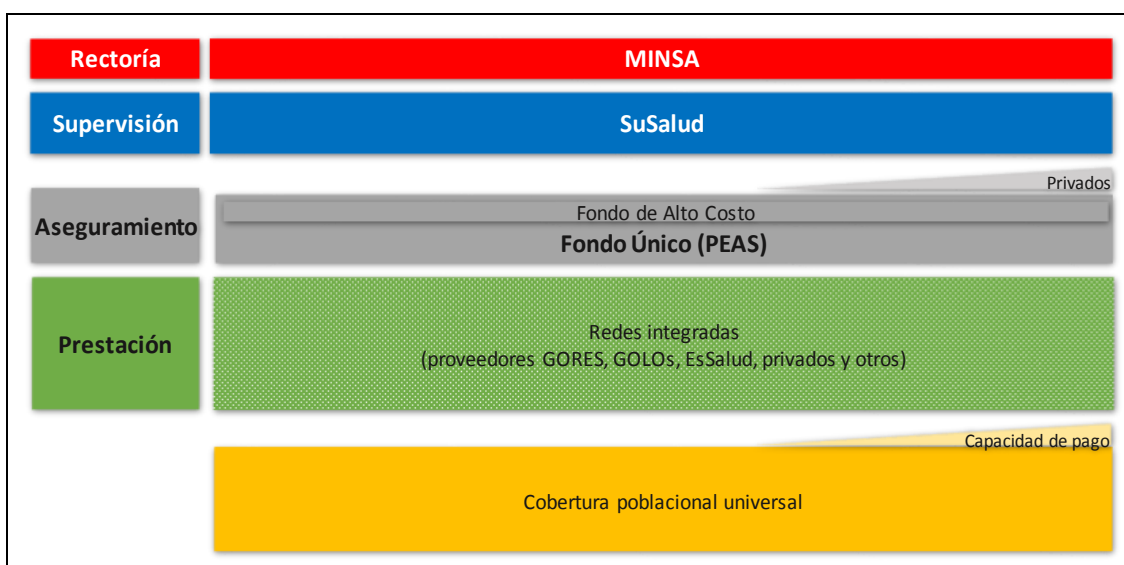
Se busca simplificar el sistema de salud, transparentar las coberturas y de esta manera generar un mecanismo de rendición de cuentas del sistema frente al ciudadano. En un sistema simplificado, el principio participativo de la ciudadanía se fortalece, ya que se apoderarán de sus derechos y podrán exigirlos frente al asegurador único y los prestadores. Parte de la participación ciudadana implicará también que se tendrán que hacer responsables de su estado de salud asumiendo un comportamiento más saludable, que reduzca sus riesgos.

En conclusión, la propuesta apela a un asegurador único que vele por el uso más eficiente de los recursos para lograr el mejor resultado de salud, reducir el gasto de bolsillo y riesgo de los hogares. El financiamiento del sistema de salud vía impuestos considerará el costo total esperado de los servicios cubiertos.

La propuesta también contempla la participación de aseguradores privados, que deberán estar regulados para ofrecer planes de cobertura financiera complementaria y planes de cobertura suplementaria (como hotelería). Los aseguradores privados no reemplazan la cobertura del Fondo Único, sino que amplían las opciones de dónde atenderse. Finalmente, todos los peruanos tendrán acceso a la atención de enfermedades de alto costo definidas y aprobadas en el plan de beneficios que brindará el Fondo de Alto Costo y que se financiará vía impuestos.

El **Gráfico D.2.1** muestra la configuración del sistema en el largo plazo con el Fondo Único, responsable de que todas las personas residentes en el Perú tengan acceso a una misma cobertura de servicios, el plan de beneficios (PEAS). Es decir, los ciudadanos tendrán protección financiera completa para el PEAS y no realizarán copagos en los servicios que ofrece el plan. El Fondo Único deberá gestionar el riesgo de la población y realizar compras estratégicas a los proveedores mediante mecanismos de pago que incentiven una gestión eficiente de los servicios de salud cubiertos.

Gráfico D.2.1.
Simplificación de las funciones clave en el largo plazo



Elaboración: Comisión de Protección Social

La visión de largo plazo del financiamiento del aseguramiento universal no será efectiva si no está acompañada por reformas en otros ámbitos del sector salud: la reforma propuesta en el financiamiento es una condición necesaria pero no suficiente para lograr los objetivos de la cobertura universal en salud. En este sentido, se incluyen lineamientos generales para aquellas reformas que están fuera del alcance del mandato de la CPS, pero que son fundamentales para asegurar el éxito de la reforma financiera.

Primero, se debe consolidar la separación de las funciones de financiamiento y la de prestación de servicios. Para ello, se plantea un proceso paulatino.

Segundo, se contempla la necesidad de un fortalecimiento de la rectoría del MINSA para que ejerza su autoridad a nivel nacional en el corto plazo.

Tercero, la prestación de servicios se debe reorganizar en un esquema de redes integradas que maximicen la disponibilidad de recursos (públicos y privados) en base a la priorización de los servicios cubiertos por el PEAS y una atención primaria fortalecida. Las redes deberán organizarse territorialmente, para optimizar los recursos disponibles y brindar una atención oportuna, de calidad y eficiente. La población podrá elegir a su prestador sin que esto limite la lógica de redes sanitarias.

D.2.3. Propuesta de reforma en el financiamiento

En las siguientes secciones se realiza una descripción más detallada de la institucionalidad del Fondo Único seguido por sus funciones y organización. Luego, se desarrolla la articulación institucional, multisectorial, y con los prestadores de servicios de salud.

D.2.3.1. Fondo Único

Se propone crear el Fondo Único encargado de gestionar el aseguramiento en salud de toda la población. Desde el punto de vista de su institucionalidad, es esencial que pueda ejercer de manera independiente su función de asegurador. Debe estar abocado al manejo de los recursos financieros para garantizar la cobertura especificada en el plan de beneficios. Debe tener la capacidad necesaria para actuar como agente de la población frente a los prestadores de salud, reduciendo la asimetría de información que existe entre la población y los prestadores³⁶. También debe coordinar, negociar y contratar con los prestadores para asegurar que se generen los incentivos necesarios para que sus afiliados reciban prestaciones efectivas y de calidad.

El Fondo Único será un organismo público, con los blindajes necesarios para que pueda ejercer su función sin interferencias que pongan en riesgo su independencia técnica y financiera. Es decir, su institucionalidad debe estar fuera de las decisiones políticas y sin sustento técnico.

Por ello, la CPS recomienda que sea un organismo técnico especializado adscrito al MINSA con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera. La oficina central contará con órganos desconcentrados para que su normativa cumpla con los fines previstos de manera eficiente y no burocratizada.

El jefe del Fondo Único será nombrado por el Consejo Nacional de Salud por periodos que podrían ser de 4 a 6 años renovables³⁷. El Fondo Único contará con un Consejo Directivo que será responsable del establecimiento de su política institucional, de la supervisión y su cumplimiento. Este Consejo será el mecanismo para incorporar a agentes clave del sector en la toma de decisiones dentro de la institución. Podrá estar conformado por representantes del MINSA, SUSALUD, de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales, de IPRESS, del MEF, de asegurados y/o de organizaciones privadas sin fines de lucro.

D.2.3.1.1. Funciones

El Fondo Único tendrá que desarrollar las siguientes funciones para cumplir con sus objetivos principales: ofrecer cobertura de servicios de salud según su plan de beneficios, gestionar el riesgo de sus afiliados, y realizar compra estratégica de servicios.

1. Mantener un sistema actualizado de gestión de riesgos de salud de la población.
2. Administrar y mantener un registro individual (nominal) de toda la población. La información de los asegurados es el punto de entrada al sistema de información que incluirá las historias clínicas de cada persona. Contará con información registral de RENIEC como punto de partida para clasificar a los asegurados (para identificar los planes que les corresponda) y desarrollar la trazabilidad de las atenciones nominadas.
3. Calificar a los afiliados según el esquema de financiamiento. Esta función se irá reduciendo en la medida que se amplíe el plan de beneficios.

³⁶ En este caso, la asimetría de información se refiere a que las personas conocen mejor sus síntomas, pero el prestador es el que tiene mayor información sobre las alternativas de tratamientos. Por ejemplo, cuando el prestador indica un tratamiento o alternativas de tratamientos, el paciente tiene menos información sobre cuál es su mejor opción.

³⁷ Éste podrá ser removido de su cargo por cometer falta grave o por no cumplir con los estándares exigidos en las funciones y competencias definidas para el cargo.

4. Generar un sistema de compras estratégicas estableciendo qué debe comprar, a quién le debe comprar y cómo debe comprar. Esto incluye el desarrollo de mecanismos de pago que generen los incentivos deseados en el prestador para proveer los servicios de manera eficiente, eficaz y de calidad. El Fondo Único contará con acceso al Registro Nacional de Historia Clínica Electrónica (RENHICE) para la gestión de la compra estratégica en beneficio de los asegurados.
5. Pagar a prestadores por los servicios brindados en base a un contrato que incluye estándares de atención, calidad, mecanismos de pago, plazos de pago, entre otros aspectos.
6. Realizar auditoría médica de las prestaciones ofrecidas por los proveedores en tres momentos clave: prospectivo, concurrente y retrospectivo. Evaluar los resultados del servicio, costos no conformes por la auditoría, evaluación de la efectividad clínica, evaluación de la gestión de calidad y seguridad del paciente.
7. Realizar auditoría administrativa para minimizar el riesgo moral y conducta fraudulenta en prestadores y asegurados.
8. Realizar análisis financiero y de siniestros para determinar gastos promedios de siniestros, proyectar gastos, estimar siniestralidad, definir productos, precios de productos, validación de mecanismos de pago, entre otros.
9. Gestión financiera estratégica para buscar y mantener el equilibrio financiero del Fondo Único, maximizar el uso de los recursos, manejo de herramientas de gestión para la toma de decisiones (indicadores financieros, procesos, de los asegurados, entre otros).
10. Crear un sistema de comunicación con los afiliados para involucrarlos en la gestión del riesgo de la salud. Esto debe incluir la promoción de conductas saludables, sistemas de alerta de epidemias, seguimiento al paciente, alertas para recibir atenciones preventivas, apoyo para la toma de decisiones del paciente, entre otras.
11. Establecer sistemas para la atención de los asegurados para el ejercicio de sus derechos, con atención de consultas, quejas y reclamos y desarrollo de estrategias de difusión (información, educación, y comunicación), así como para el ejercicio de sus deberes como asegurados (sobre uso, riesgo moral, entre otros).
12. Desarrollo de la imagen institucional y publicidad.
13. Rendición de cuentas.

D.2.3.1.2. Organización

El Fondo Único contará con oficinas desconcentradas y equipos móviles organizados para desarrollar sus funciones con eficiencia, calidad, oportunidad y equidad. Estas oficinas tendrán como funciones proponer el ajuste de los contratos a las características epidemiológicas, prioridades sanitarias regionales e incentivos, así como velar por su cumplimiento y por los resultados esperados. En este sentido, las oficinas desconcentradas representarán a sus regiones dentro de la política nacional del Fondo Único.

El Fondo Único usará tecnologías que le permitan mantener contacto con los asegurados y prestadores de manera rápida y segura a nivel nacional.

D.2.3.1.3. Articulación institucional y multisectorial

El Fondo Único deberá articularse con las entidades del sector salud y con las de otros sectores. En primer término, deberá establecer la coordinación con el ente rector del sector, el MINSA: informará permanentemente sobre el desempeño del aseguramiento y sus acciones para mantener su equilibrio financiero; brindará evidencias que contribuyan en el diseño, implementación y seguimiento de políticas.

También tendrá que coordinar con el ente supervisor, SUSALUD, los mecanismos de intercambio de información: recibirá de SUSALUD las recomendaciones que afecten los derechos de los asegurados, su desempeño como IAFAS e intercambiará información de las IPRESS. El Fondo Único se someterá a las normas y procedimientos establecidos por Ley y podrá denunciar al prestador en SUSALUD en caso sea necesario.

Desde su función, coordinará con otros sectores con el fin de dar sostenibilidad y continuidad a la armonización de las políticas de protección social.

Como asegurador único, hará seguimiento e identificará los siniestros y riesgos a la salud a los que se enfrentan los ciudadanos. Mantendrá coordinaciones multisectoriales que articulen intervenciones en favor de aquellas que aborden los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal. Por ejemplo, la articulación necesaria con los sectores de vivienda, educación, inclusión social, entre otros.

D.2.3.1.4. Articulación con la prestación de servicios

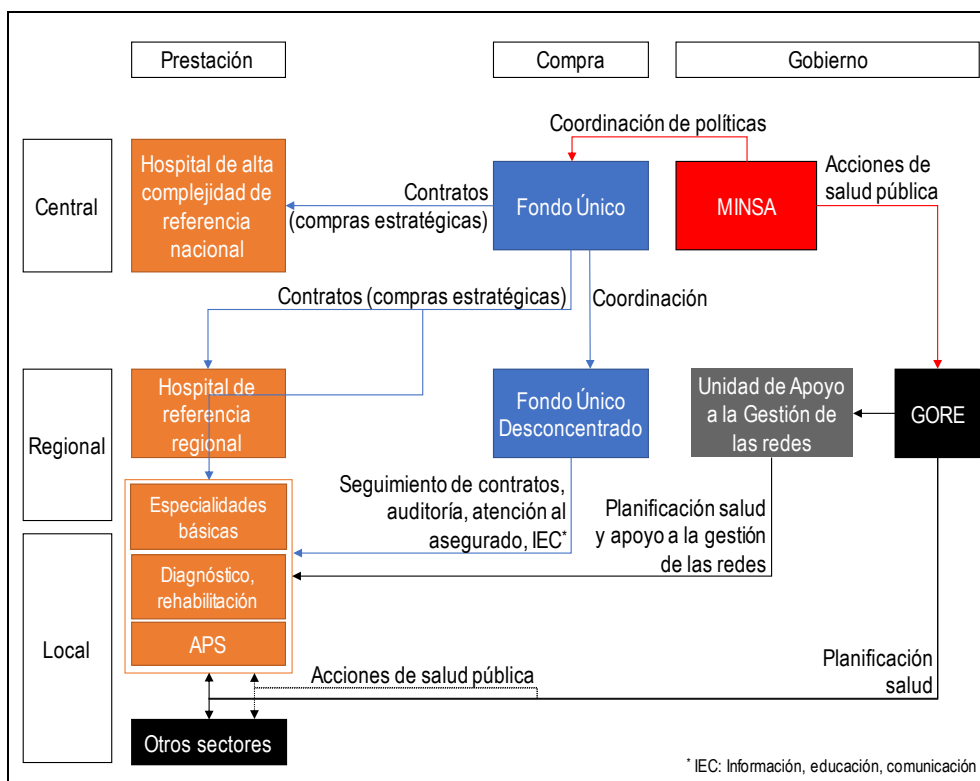
El nuevo esquema de compra estratégica que realizará el Fondo Único con los prestadores (públicos³⁸ y privados) deberá ser acompañado con el establecimiento de redes integradas de servicios de salud. En este sentido, la articulación con los prestadores de servicios de salud es una función central del Fondo Único.

El **Gráfico D.2.2.** presenta un esquema tentativo de cómo se llevará a cabo esta articulación. El Fondo Único coordinará con el MINSA la implementación de las políticas nacionales relacionadas a sus funciones. Desde las oficinas desconcentradas, se definirán las necesidades de compra de servicios, que se traducirán en contratos de compra con la oficina central. También velarán por el adecuado funcionamiento de los mecanismos de pago para cada nivel de atención o tipo de establecimiento y brindarán atención a los asegurados.

De acuerdo a la visión de redes integradas de servicios, se establecerán contratos por niveles territoriales (local, regional y nacional). Estos contratos incluirán el sistema de referencias y contra-referencias necesarios para garantizar la integralidad y continuidad de la atención. Para ello, se puede contar con una unidad de apoyo a la gestión de redes.

³⁸ Debido a la descentralización existente en el país, los GORE son los responsables de la planificación de salud en el nivel regional, la ejecución de programas, de aprobar planes de desarrollo concertados, de aprobar la organización interna y presupuestos, promover y ejecutar inversiones públicas. Asimismo, son responsables de organizar los servicios de salud en su territorio.

Gráfico D.2.2.
Articulación con la prestación de servicios



Elaboración: Comisión de Protección Social

D.2.3.2. Cobertura de servicios

El plan de beneficios para toda la población será el PEAS, aprobado el 28 de noviembre de 2009. En este sentido, se toma la cobertura mínima existente en la normativa del sector salud. Implementar el PEAS implicará como mínimo un aumento importante del financiamiento, para que su cobertura esté garantizada. A continuación, se describe el plan y los criterios de inclusión de las coberturas especificadas en el plan.

D.2.3.2.1. Plan universal: PEAS

El PEAS está definido en torno a "condiciones de salud" o "condiciones asegurables de salud". Actualmente incluye 140 condiciones de salud. Las condiciones de salud están agrupadas primero por grupo de población y grupo de condiciones de salud: (1) sana; (2) condiciones obstétricas y ginecológicas; (3) condiciones pediátricas; (4) condiciones neoplásicas; (5) condiciones transmisibles; y (6) condiciones no transmisibles. La **Tabla D.2.1** muestra las agrupaciones y cantidad de condiciones asegurables por cada agrupación.

Tabla D.2.1.
Listado de agrupaciones de las condiciones asegurables, cantidad de condiciones y de garantías explícitas

	Condiciones asegurables	Garantías explícitas	
		Oportunidad	Calidad
Población sana	5	5	2
Condiciones obstétricas y ginecológicas	33		
Condiciones obstétricas	28	12	6
Condiciones ginecológicas	5		
Condiciones pediátricas	23		
Condiciones que afectan al recién nacido	12	1	1
Condiciones que afectan al menor de 10 años	11	4	3
Condiciones neoplásicas	7		
Tumores del aparato genital femenino	3		
Otros tumores	4		
Condiciones transmisibles	31		
Infecciones del aparato respiratorio	5		
Infecciones del aparato genitourinario y de transmisión sexual	5		
Otras afecciones	21		
Condiciones no transmisibles	41		
Condiciones mentales	4		
Condiciones crónicas y degenerativas	15		
Condiciones agudas	22		
Total	140	22	12

Fuente: MINSA (2009a)

Elaboración: Comisión de Protección Social

Para cada condición asegurable, el PEAS incluye una definición de la condición y los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10) correspondientes (incluyendo la letra y tres dígitos). Esto permite definir e identificar las enfermedades cubiertas. Se estima que el PEAS incluye 2,375 códigos CIE-10 a 3 dígitos de los posibles 10,090. Luego se define el “manejo clínico específico”. En principio, el PEAS debería incluir las guías de prácticas clínicas (protocolos de atención) correspondientes. Sin embargo, a la fecha de aprobación del PEAS no se tenían todas las guías para todas las condiciones asegurables. Aunque ha habido avances en la definición de las guías de prácticas clínicas, desde su aprobación a la fecha, aún no están todas las guías correspondientes. Asimismo, existen guías clínicas desarrolladas dentro de cada subsector que tendrán que ser estandarizadas para todo el sector.

El PEAS también define el tipo de prestación que se debe financiar: promocionales, preventivas; de diagnóstico; tratamiento; o seguimiento. Las prestaciones se identifican a través del código estandarizado de procedimientos médicos (*Current Procedural Terminology*–CPT³⁹). Las prestaciones definen el manejo de las condiciones

³⁹ El CPT es una codificación desarrollada por la Asociación Médica de Estados Unidos. En el Perú se utiliza una versión modificada –o simplificada– de dicha codificación.

asegurables. El PEAS también define el nivel de atención en el cual se deben entregar dichas prestaciones. Finalmente, aunque de manera implícita, se define la cobertura financiera en base a las cantidades de prestaciones por problema de salud. Es decir, se interpreta que la cobertura financiera es el costo de la prestación multiplicado por la cantidad de la prestación.

En la definición del PEAS persisten varios retos que deben ser abordados. Primero, aunque no existe un documento que lo sustente, según el MINSA, la cobertura de problemas de salud del PEAS alcanza al 65% de la carga de enfermedad del país (Prieto, Cid, y Montañez, 2014). Es prioritario revisar la cobertura del PEAS con un estudio de carga de enfermedad más reciente. Segundo, la implementación del PEAS debe estar basada en guías de prácticas clínicas, de tal manera que estas deberían desarrollarse o adaptarse a partir de experiencias internacionales. Tercero, aunque se sabe que el PEAS cubre 140 condiciones asegurables, no se conoce el “universo” de dichas condiciones asegurables. Esto último se podría resolver en parte con los códigos CIE-10. Finalmente, cuarto, es necesario implementar las garantías de oportunidad y calidad. Las garantías de oportunidad son los tiempos máximos para recibir las atenciones de salud, mientras que las de calidad se refieren a los procedimientos necesarios para lograr mayor efectividad.

D.2.3.2.2. Criterios de inclusión al PEAS

El proceso de definición del PEAS se realizó a través de una consultoría externa con el proyecto financiado por USAID “Políticas en Salud” en el año 2008. Los criterios empleados y el proceso de selección están detallados en el documento Políticas en Salud (2011b) y el MINSA oficializó el PEAS con la Ley AUS como el plan para toda la población. A continuación, se resume la metodología empleada.

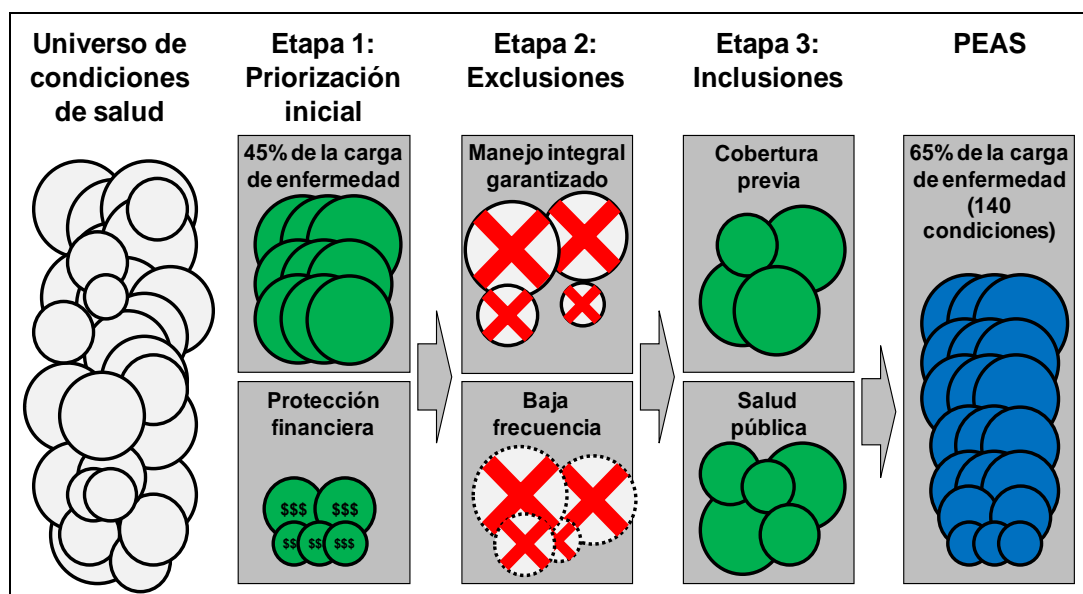
La selección de las condiciones asegurables siguió los criterios de: carga de enfermedad, planes de beneficios compatibles con prioridades sanitarias, manejo integral de la persona, prestaciones a la población sana en los diferentes ciclos de vida, diagnósticos y procedimientos médicos contenidos en planes de aseguramiento existentes públicos, privados y mixtos, procedimientos efectivos basados en evidencias y análisis de costo-efectividad⁴⁰, capacidad de la oferta del sistema de salud, análisis actuariales y estimaciones financieras. En Prieto, Cid y Montañez (2014) se resumen las etapas de priorización, que se muestran en el **Gráfico D.2.3.**, de la siguiente manera:

En la primera etapa, generaron una lista preliminar de condiciones de salud y ordenaron las enfermedades de mayor a menor carga hasta incluir 45% de la carga de enfermedad total.⁴¹ Luego, incluyeron las condiciones de atención hospitalaria con costos mayores a US\$ 671.89 por evento.

⁴⁰ Para implementar el criterio de costo-efectividad se usaron datos de la literatura internacional ya que no existía información local.

⁴¹ En línea con lo establecido en la Ley AUS, no se consideraron las enfermedades de alto costo que se cubrirían a través de un fondo especial (Fondo Intangible Solidario de Salud, FISSAL).

Gráfico D.2.3.
Proceso de priorización para el PEAS



Fuente: Prieto, Cid y Montañez (2014)
Elaboración: Comisión de Protección Social

En la segunda etapa, de la lista preliminar excluyeron las condiciones: (1) que no podían garantizar la atención integral por restricciones en la capacidad resolutoria del sistema de salud; y (2) que requieren atención hospitalaria poco frecuente.

Finalmente, en la tercera etapa identificaron e incluyeron aquellas intervenciones que ya estaban siendo cubiertas por el sistema y que eran de interés y prioridad de la salud pública y que habían sido excluidas en la primera y segunda etapa.

Así, la CPS reconoce y suscribe el compromiso del plan universal y toma el valor estimado del PEAS ajustado con datos del año 2016 como referencia para el cálculo del financiamiento que se verá más adelante.

Con la implementación del Fondo Único, el valor del PEAS deberá ser ajustado gradualmente a medida que la información del Fondo Único permita realizar estudios actuariales y específicos de los siniestros y comportamientos de uso, precios, entre otros.

D.2.3.2.3. Ampliación de la cobertura del PEAS

El PEAS será evaluado cada dos años como se establece en la Ley AUS. Su ampliación recién iniciará una vez que la cobertura actual tenga el financiamiento necesario y esté garantizado. Es importante realizar una discusión abierta y transparente de la metodología de evaluación y ampliación del PEAS. Dicha metodología deberá ser aprobada y revisada en la medida que los avances tecnológicos y metodológicos lo requieran.

Los estudios de carga de enfermedad deberán realizarse con periodicidad oportuna para permitir la revisión del PEAS. Se recomienda la creación de una instancia dedicada a su revisión. También es urgente un estudio de costos de la prestación pública y

privada para mejorar las estimaciones del costo de las coberturas a cifras observadas y no estándares.

La disponibilidad de Guías de Prácticas Clínicas (GPC) de las prestaciones del PEAS se debe revisar en un proceso colaborativo con los prestadores y la academia. La GPC es la principal herramienta para garantizar la calidad de las prestaciones, pero también es un insumo para las estimaciones de costos. Aunque no todas las prestaciones serán protocolizables, se espera que la mayoría sí lo sean. Todos los prestadores deberán acatar las GPC nacionales. El MINSA como agente rector, debe velar por la discusión técnica de las GPC y también por su actualización.

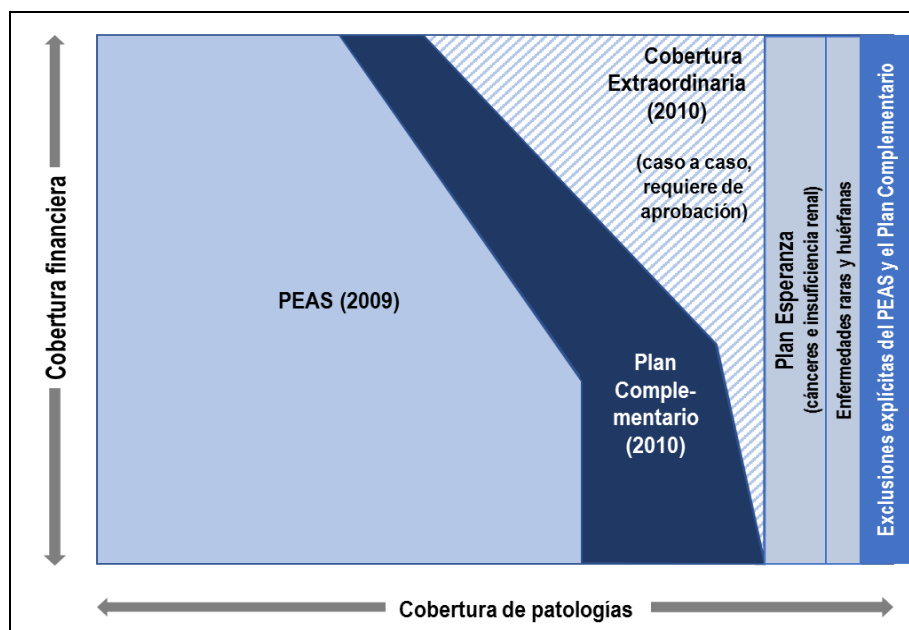
La viabilidad de la implementación del PEAS requiere de una revisión de las coberturas (planes) actualmente vigentes en el SIS. El **Gráfico D.2.4.** muestra de manera simplificada la cobertura que ofrece el SIS a la población asegurada al régimen subsidiado. El plan de beneficios principal es el PEAS, sin embargo, también ofrece el Plan Complementario y la Cobertura Extraordinaria, aprobados por resoluciones jefaturales del SIS.

El **Gráfico D.2.4.** ordena las patologías (problemas de salud) en el eje horizontal y la cobertura financiera (cuánto del costo está cubierto por el plan) en el eje vertical. Para simplificar, se asume que se pueden ordenar las patologías de menor a mayor costo. La cobertura financiera se representa como el porcentaje del costo de las prestaciones asociadas a las patologías cubiertas. Entonces, una patología de bajo costo, pero completamente cubierta por el PEAS, estaría en el área PEAS hacia la izquierda. Una patología de alto costo, pero parcialmente cubierta por el PEAS estaría en la diagonal de área PEAS. Esta diagonal representa aquellas patologías cubiertas por el PEAS, pero cuyo costo no está completamente financiado.

El Plan Complementario que ofrece el SIS a sus asegurados se define como una cobertura financiera adicional de dos Unidades Impositivas Tributarias (UIT's)⁴² para las patologías PEAS. Esto se representa como el área del Plan Complementario por encima del área PEAS. El Plan Complementario también incluye cobertura para las patologías no PEAS, pero con una cobertura financiera automática de dos UIT's. Así, se cubren implícitamente todas las patologías; sin embargo, las no PEAS tienen un techo para la cobertura financiera. La Cobertura Extraordinaria, cubre el costo financiero no cubierto por el PEAS o por el Plan Complementario, pero no está garantizado: requiere de aprobación y se evalúa caso a caso.

⁴² La UIT se fija anualmente a principio del año. Los últimos cinco valores son: S/ 3850 para el 2015; S/ 3950 para el 2016; y S/ 4050 para el 2017.

Gráfico D.2.4.
PEAS: cobertura de patologías y financiera



Elaboración: Comisión de Protección Social

El **Gráfico D.2.5.** muestra gráficamente cómo podría redefinirse la cobertura del Plan Complementario y Cobertura Extraordinaria.

Actualmente, no existe la información necesaria para desarrollar una propuesta específica por lo que se recomienda realizar una evaluación de la utilización y gasto actual asociado a estas dos coberturas. Dicha evaluación permitirá distinguir entre la cobertura normativa y la efectiva; es decir, comparará lo que la norma indica con lo que efectivamente se entrega. Por ejemplo, el PEAS cubre la apendicitis aguda y una de sus variantes clínicas dice que se debe cubrir la apendicitis aguda (no complicada) cuyo costo se estima en S/ 1500 (incluyendo el diagnóstico, tratamiento y seguimiento), pero el gasto observado es de S/ 1600. Entonces, se debería reajustar la cobertura financiera a S/ 1600.

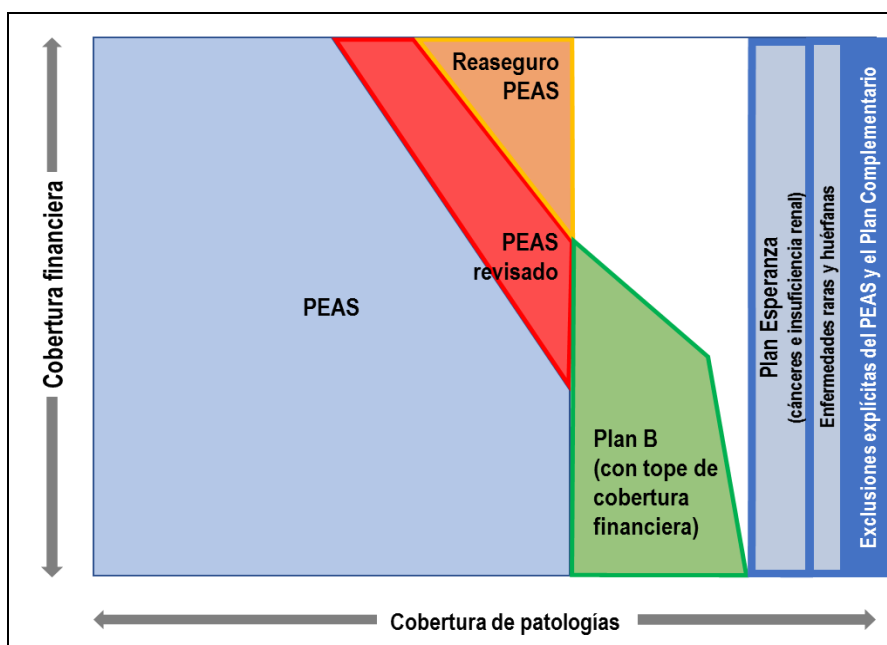
En el **Gráfico D.2.5.** esto se muestra en el área roja, donde una parte del gasto actual se reasignará al PEAS (como un ajuste de la cobertura financiera del PEAS) equivalente a S/ 100. También podría identificarse otros gastos actuales asociados a la apendicitis aguda (que son muy poco frecuentes y muy altos) como parte de un reaseguro del PEAS. El reaseguro implica el financiamiento de gastos imprevisibles asociados a patologías PEAS. Estas dos coberturas permitirán garantizar una cobertura financiera casi completa del PEAS.

Por otro lado, las condiciones asegurables que no están incluidas en el PEAS⁴³ se asegurarán a través de un plan adicional, complementario al PEAS (de ahora en adelante se le llamará Plan B para las personas que no están aseguradas en EsSalud). La definición del Plan B debería seguir la misma nomenclatura del PEAS, es decir, en base a condiciones asegurables. Así se conocerá el universo de condiciones asegurables, y facilitará la ampliación del PEAS y reducción del Plan B propuesto para el mediano plazo. La cobertura financiera del Plan B será parcial, pero

⁴³ Al definir las condiciones asegurables solo se definieron las que se incorporaron al PEAS, por lo que no se conoce el "universo" de condiciones asegurables.

cuando una patología del Plan B se incorpore al PEAS, su cobertura financiera se volverá completa.

Gráfico D.2.5.
PEAS y planes adicionales: cobertura de patologías y cobertura financiera



Elaboración: Comisión de Protección Social

En suma, la ampliación de la cobertura del PEAS requiere de una metodología técnicamente sólida, que permita evaluar el desempeño del PEAS, la posibilidad de incluir nuevas coberturas y el costo de dicha ampliación.

D.2.3.3. Fuentes y flujo de financiamiento

Es central que los recursos financieros necesarios para implementar esta propuesta estén garantizados. Esto es particularmente importante cuando se eliminan las contribuciones a la seguridad social en salud para financiar el PEAS. El momento de eliminación de dichas contribuciones solo deberá ocurrir cuando se garantice el monto adicional equivalente por la vía de impuestos.

La compra estratégica de servicios de salud se realizará a través de una combinación de mecanismos de pago. La **Tabla D.2.2.** presenta algunos de los mecanismos de pago más comunes y su fórmula de cálculo. Las últimas cuatro columnas asocian el mecanismo con incentivos a controlar el costo, controlar la cantidad, mejorar la calidad y evadir casos riesgosos. Por ejemplo, cuando se paga los servicios a través de presupuesto histórico, el presupuesto asignado solo representa un ajuste respecto al presupuesto del año anterior, según un porcentaje que se negocia generalmente con el MEF. Esto podría estar ocurriendo en hospitales. Esto quiere decir que los recursos disponibles no dependen de ningún indicador estratégico como la cantidad de prestaciones, el costo de las prestaciones o la calidad de las prestaciones. En este sentido, el prestador no tiene ningún incentivo para disminuir sus costos, ya que se financian igual que en el año anterior. Tampoco tiene incentivo para aumentar la

cantidad de prestaciones otorgadas, por ejemplo, para aumentar la cobertura de servicios. Finalmente, no necesariamente evitaría casos riesgosos, a través de la prevención.

Tabla D.2.2.
Mecanismos de pago, riesgo financiero e incentivos

Mecanismo de pago	Cálculo	Riesgo financiero	Incentivo			
			Control de costo	Cantidad	Calidad	Evasión de casos riesgoso
Presupuesto histórico	Presupuesto del año anterior, se negocia un aumento porcentual	Comprador	-	-	-	-
Pago por acto	Cantidad de prestaciones por precio de la prestación	Comprador	-	-	-/+	-
Pago por día	Cantidad de días por precio del día	Comprador	+	-	+	-
Pago por caso	Cantidad de casos por precio del diagnóstico	Prestador	++	+	+	+
Pago per cápita	Cantidad de personas cubiertas por el costo esperado de los servicios cubiertos	Prestador	+++	++	++	++

Fuente: Buglioli, Gianneo y Mieres (2002)

Elaboración: Comisión de Protección Social

Buglioli, Gianneo y Mieres (2002) mencionan que existe un mayor incentivo a la eficiencia en la medida en que los servicios estén más agregados. En este sentido, el pago per cápita es el que más servicios agrega, y el pago por acto es el que menos. Aunque pareciera que el presupuesto también agrupa las prestaciones, el incentivo está más bien en reducir la calidad de las prestaciones, ya que el establecimiento no retiene las ganancias de ser más eficiente a través de controlar el costo. En cambio, con el pago per cápita, si hay una ganancia de ser más eficiente y retener el ahorro.

También es importante considerar quién se hace responsable del riesgo financiero. El riesgo financiero está asociado con el costo esperado de las prestaciones necesarias para resolver un problema de salud y su posible variabilidad. En el caso del pago per cápita el riesgo financiero lo asume el prestador que se compromete a entregar una cobertura de servicios predeterminada a través del pago prospectivo del per cápita. Por eso, el prestador tenderá a realizar más prestaciones preventivas que son más baratas y evitar casos riesgosos, que son más caros.

Tomando en cuenta lo anterior, los mejores métodos de pago son los sistemas mixtos, donde existe una parte prospectiva y otra retrospectiva para lograr equilibrar los costos sustentables y manejables, el riesgo moral de la oferta y demanda y la calidad de la prestación, que en definitiva repercutirá positivamente en la calidad de vida de los ciudadanos.

Existe amplia literatura internacional sobre las mejores prácticas en la selección de mecanismos de pago a prestadores. No todas las prestaciones deben estar bajo el mismo mecanismo de pago. Así, por ejemplo, para el nivel hospitalario las mejoras prácticas son los sistemas de pago por diagnóstico prospectivo el cual agrupa un conjunto de prestaciones frecuentes y les asigna un valor; para las prestaciones no asociadas a diagnóstico es mejor un pago por prestación prospectivo en base a un listado. Para la atención primaria generalmente

se opta por pagos capitados prospectivos ajustados por riesgos (como indicadores de sexo, edad, ruralidad, pobreza, entre otros, según la información disponible).

En todos estos casos se utilizan contratos que establecen la cantidad y tipo de actividades a realizar, objetivos, responsabilidades e incentivos. De esta manera, el financiamiento busca un engranaje con la productividad y la cobertura de la población, asignando los recursos sobre el rendimiento y el logro de resultados en los pacientes. Los pagos verifican que se cumplen los estándares de calidad estipulados en los contratos y protocolos.

En el caso peruano, los mecanismos de pago que se recomiendan utilizar son aquellos que fomenten tratamientos eficaces que generen valor o creen desincentivos para ofrecer tratamientos que no ofrecen valor. The Economist Intelligence Unit (2016), recomienda, por ejemplo, que los pagos cubran los procedimientos de extremo a extremo, como un pago para todos los tratamientos que se llevan a cabo⁴⁴. Los países también necesitan mecanismos para reducir el gasto en tratamientos, fármacos u otras intervenciones que no resulten rentables.

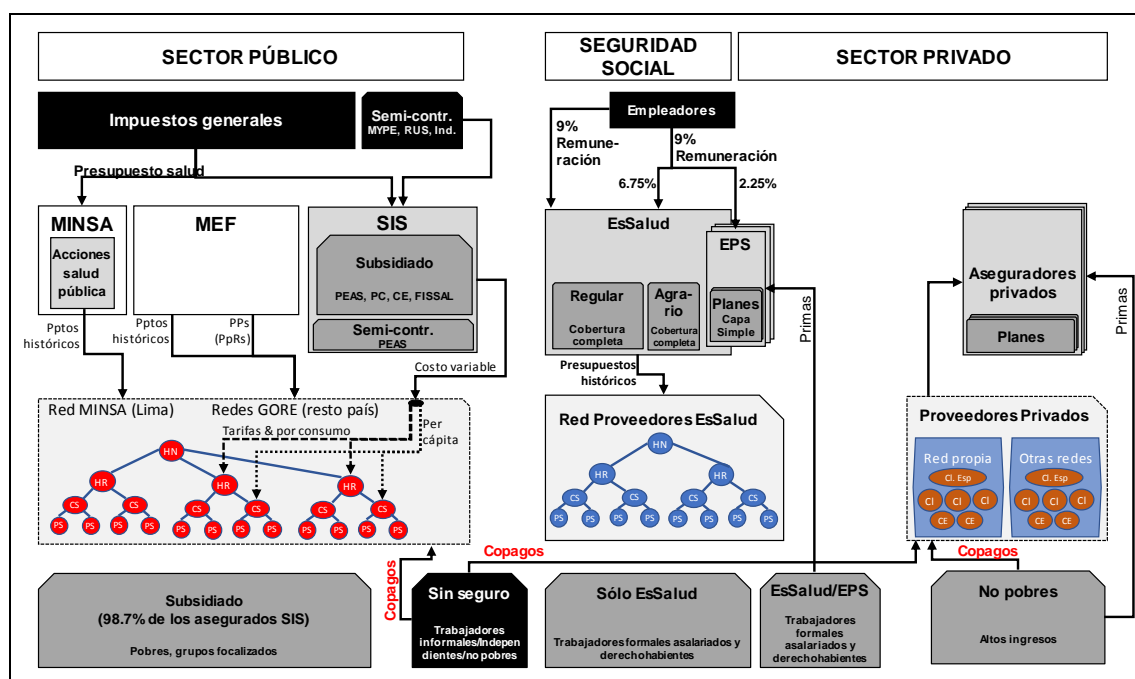
Para lograr eficiencia en el sistema, los pagos contemplarán el valor total de las atenciones; es decir, se dejará de pagar el costo variable de manera separada del costo fijo. El pago por el costo total permitirá una mayor autonomía de gestión en los proveedores. Así, los mecanismos de pago que el Fondo Único implemente eliminarán el financiamiento del presupuesto histórico. También se sugiere eliminar el sistema de Presupuesto por Resultados (que generan los Programas Presupuestales). Según Banco Mundial (2016), a pesar del esfuerzo puesto en la elaboración de los Programas Presupuestales, en su implementación se está pagando por insumos y no por resultados. Se introducirán mecanismos de pagos prospectivos asociados a resultados.

El **Gráfico D.2.6.** muestra el flujo de financiamiento actual en el sistema de salud peruano. Como se indicó en la **Sección E.2**, este financiamiento es fragmentado; limita la capacidad de lograr la eficiencia en el gasto y de lograr mejores resultados de salud.

De manera resumida, la principal fuente en el sector público son los impuestos generales, que se transfieren al MINSA, GORE y al SIS para financiar los servicios de los prestadores públicos. Los mecanismos de pago a los prestadores son varios y se acompañan de procesos administrativos específicos que hacen la gestión más complicada porque son sistemas paralelos no coordinados. El sistema de presupuesto público implica que los recursos llegan hasta las UE, lo que implica que se pierden los incentivos de los mecanismos de pago que deben llegar a los prestadores. Por su parte, el seguro social se financia vía contribuciones sociales pagadas por los empleadores en base a las remuneraciones de sus trabajadores a EsSalud. EsSalud gestiona su red de proveedores a través de un sistema de presupuestos históricos lo que se traduce en la persistencia de ineficiencias y falta de incentivos. La seguridad social también tiene un sistema complementario con las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) que son aseguradores privados que se financian con 2.25% de contribuciones y pagos de primas. Este co-aseguramiento permite a sus afiliados acceder a redes de prestadores privados, con copagos, deducibles y coberturas financieras máximas. Sin embargo, mantienen una cobertura con EsSalud denominada de “capa compleja”. El sector privado también ofrece planes privados que se financian a través de primas (ajustadas por riesgo), con acceso a redes de prestadores privados con copagos, deducibles y coberturas financieras máximas.

⁴⁴ Por ejemplo, en un reemplazo de cadera, desde las consultas y el procedimiento hasta la rehabilitación, en lugar de pagar por cada intervención.

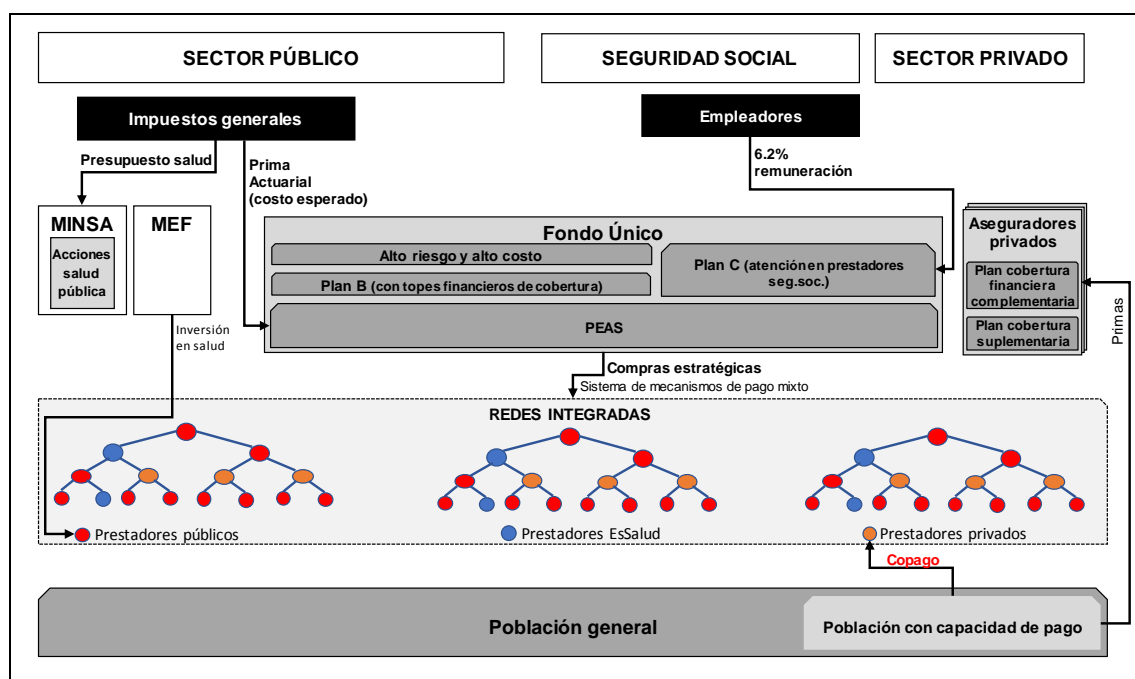
Gráfico D.2.6.
Flujo de financiamiento actual



Fuente: Comisión de Protección Social

Al iniciar el funcionamiento del Fondo Único, y durante el período de transición, éste contará con diferentes cuentas para administrar diferentes planes de beneficios (**Gráfico D.2.7**). La cuenta para el PEAS funcionará como eje organizador del sistema, mientras que existirán dos cuentas diferentes para los planes adicionales: la cuenta del plan adicional para las personas sin cobertura SIS (Plan B), y la cuenta del plan adicional para los que cuentan con cobertura adicional de EsSalud (de ahora en adelante Plan C). Lo más importante es que el flujo de financiamiento se simplificará al pasar primero y principalmente a través del Fondo Único. Los recursos llegarán directamente a los prestadores, lo que implica la maximización de los incentivos de los mecanismos de pago empleados para lograr mayor eficiencia asignativa. En el corto plazo se deberá comprometer los recursos necesarios para financiar la prima actuarialmente justa, o el costo total esperado del PEAS a la cuenta PEAS. Al principio de la transición el monto será menor al costo total esperado. Sin embargo, debe existir el compromiso vinculante de aumentar el financiamiento rápidamente para lograr el financiamiento total del costo esperado del PEAS para que la reforma propuesta logre sus objetivos. El Plan B y el Fondo de Alto Costo se financiarán inicialmente a través de presupuestos históricos. El Plan C se financiará con las contribuciones de los empleadores.

Gráfico D.2.7.
Flujo de financiamiento propuesto: periodo de la transición



Elaboración: Comisión de Protección Social

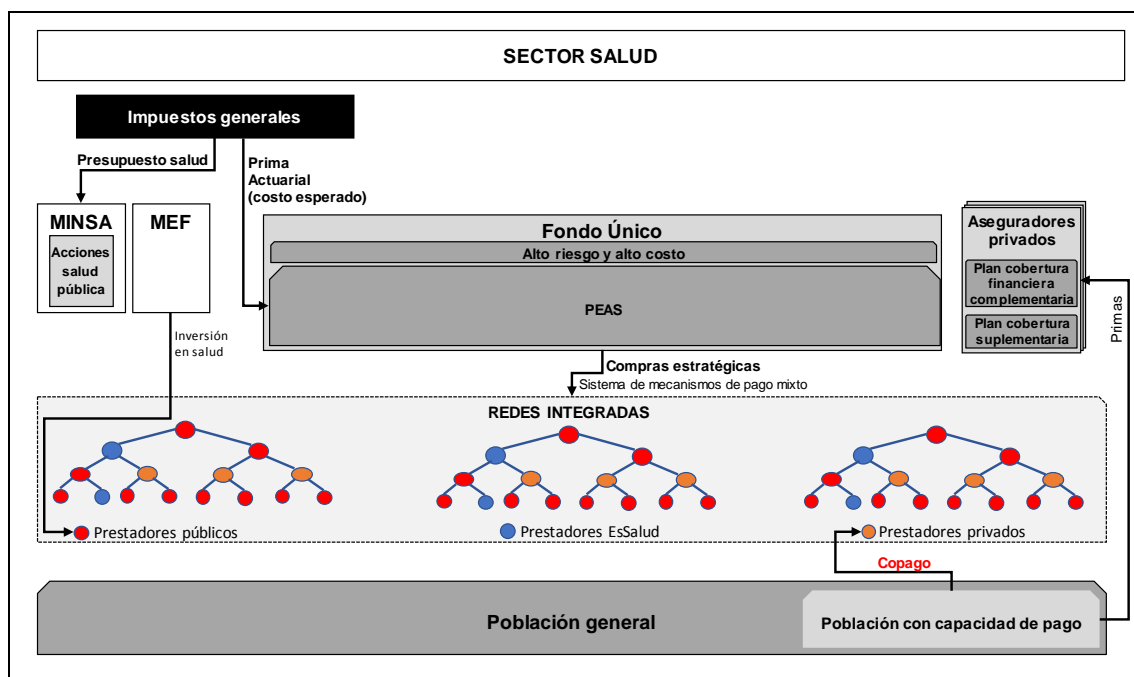
Es esencial que antes de empezar a funcionar como asegurador, el Fondo Único diseñe y negocie los contratos con las redes integradas de servicios de salud. Esto permitirá que inicie su rol asegurador implementando el sistema de compras estratégicas. Aunque este sistema debe evolucionar en el tiempo, es esencial que se coordine la parte de inversiones para lograr mejorar y homogeneizar la calidad de las prestaciones. En el **Gráfico D.2.8**, esto se muestra como la integración inicial de las redes.

Paralelamente, el MEF deberá seguir financiando un plan concertado de inversiones para los prestadores públicos (que fluiría a través de los GORE). El MINSAs a su vez financiará acciones de salud pública, que, según la actividad, se coordinarán con los prestadores públicos.

Los aseguradores privados deberán rediseñar sus planes para cumplir con las características de planes de cobertura financiera complementaria y cobertura suplementaria, que se financiarán vía primas y que mantendrán el acceso de las personas con capacidad de pago a los prestadores de su preferencia. El aseguramiento privado no reemplaza la cobertura del PEAS, sino que expande la selección de prestadores aumentando la competencia en la provisión. Así, esto se traducirá en una ampliación del mercado de los aseguradores privados.

El **Gráfico D.2.8** muestra el flujo de financiamiento de largo plazo. El número de cuentas en el Fondo Único se reducirá a dos cuentas, una para el financiamiento del PEAS (que incluirá gran parte de los Planes B y C) y otra para el financiamiento del Fondo de Alto Costo. En el largo plazo deberá estar consolidado el sistema de compras estratégicas, y logrado las ganancias de eficiencia y calidad en las prestaciones.

Gráfico D.2.8.
Flujo de financiamiento propuesto en el largo plazo



Elaboración: Comisión de Protección Social

D.2.4. Implicancias en el sistema de salud

La propuesta propicia la reestructuración y simplificación del sistema de salud. Las IAFAS públicas (SIS, FFAA y PNP) serán absorbidas por el Fondo Único al igual que la función de financiamiento de EsSalud. El proceso será gradual, como se detallará más adelante, pero el punto de llegada hacia el Fondo Único de aseguramiento para todo el sistema permitirá una desfragmentación y desegmentación progresiva. Con esto también se fortalecerán los roles institucionales para el desarrollo de las funciones de salud.

D.2.4.1. Rectoría: Fortalecimiento del MINSA

Se deberá fortalecer la función rectora del MINSA (ver **Recuadro D.2.3.**) y el MINSA se podrá enfocar en la conducción estratégica del sistema con el diseño, implementación y monitoreo de políticas que permitan la transformación del sistema y mejoren los niveles de salud de la población con equidad, calidad, eficiencia y sostenibilidad. La prestación de servicios de salud ya no estará a cargo del MINSA. Esta separación de funciones delimitará las responsabilidades y clarificará las competencias dentro del sistema.

Recuadro D.2.3. Función Rectora

Murray y Frenk (2000) refieren que la función de rectoría es la que más se desatiende en los sistemas de salud. La rectoría se refiere a la capacidad de organizar, implementar y monitorear las normas para todo el sistema de salud garantizando un entorno equitativo para los distintos agentes del sistema (compradores, proveedores, pacientes) y definir las orientaciones estratégicas de todo el sistema de salud.

El autor identifica seis funciones para abordar estos aspectos: i) el diseño general del sistema; ii) evaluación del desempeño; iii) establecer prioridades; iv) promoción intersectorial; v) regulación; y, vi) protección al consumidor.

El diseño general del sistema está relacionado a la formulación de políticas, donde todas las funciones (provisión, compra, supervisión, entre otros) generan sinergias dentro de un diseño estratégico. Se ocupa de la organización de todas las demás funciones del sistema de salud.

La evaluación del desempeño busca proporcionar dirección estratégica y garantizar que se cumplan las reglas dentro del sistema. Es necesario evaluar el desempeño de las instituciones que participan en la compra, suministro y desarrollo de recursos.

La elección de criterios para establecer prioridades y lograr un consenso, tiene aspectos tanto técnicos como políticos.

La promoción intersectorial es la promoción de políticas en otros sectores que promuevan las metas de salud. Promueve intervenciones en los determinantes sociales y económicos del estado de salud.

En relación a la regulación, en el sistema de salud existen dos tipos principales: la regulación sanitaria de bienes y servicios; y la regulación de la atención sanitaria. El primero se refiere a los esfuerzos para minimizar los riesgos para la salud generados por los bienes y servicios en toda la economía, especialmente los asociados con los alimentos. La regulación del cuidado de la salud se refiere a las organizaciones encargadas de las funciones de financiamiento, provisión y desarrollo de recursos del sistema de salud. La regulación es una meta-función dirigida a las instituciones encargadas de otras funciones, a través de instrumentos como la acreditación, la certificación y la fijación de tarifas.

Finalmente, la protección al consumidor se justifica por la asimetría de información y de poder entre consumidores y proveedores. Parte de la función de rectoría es lograr una relación equilibrada para los actores del sistema de salud.

Elaboración: Comisión de Protección Social

La función primordial del MINSA deberá ser dirigir y conducir el sistema, fortalecer la gobernanza y la transparencia en todos los niveles y sectores en el tema de salud. Ello implicará el fortalecimiento de la función rectora del MINSA como requisito para abrirse a la colaboración con los otros agentes clave del sector como los GORE, EsSalud, prestadores privados y aseguradores privados. La interacción funcionará mejor cuando los mandatos en salud sean claros, cuando se cuente con procesos sistemáticos que consideren la interacción con otros sectores y niveles, se logre desarrollar capacidades para mediar entre diferentes intereses, rendición de cuentas transparente y desarrollar procesos de participación.

Bajo ese nuevo enfoque, la rectoría del MINSA debe asegurar el desarrollo de las competencias institucionales de las funciones de salud para el empoderamiento de su autoridad. En este sentido, la función de compra la tendrá el Fondo Único; ello le dará al MINSA la capacidad de:

- Diseñar políticas para mejorar la compra estratégica y la respuesta de la provisión de servicios para la atención de los ciudadanos.
- Monitorear la efectividad del aseguramiento en la población.
- Monitorear la cobertura del PEAS con las necesidades de salud de la población y la carga de enfermedad.
- Autorizar la formulación y actualización de guías clínicas basadas en evidencia para el plan de beneficios (según recomendaciones de una instancia ad-hoc, como un Centro de Excelencia)
- Dar lineamientos y diseñar estrategias en el sistema (compra – provisión- población) para priorizar problemas de salud e incorporar garantías explícitas en el plan de beneficios.
- Diseñar políticas para el alineamiento, gestión y desarrollo de los recursos humanos hacia el logro del nuevo sistema de salud.
- Articular mecanismos con otros sectores y niveles de gobierno para lograr el acceso efectivo a salud de la población en general y especialmente la población excluida y vulnerable.
- Articular estrategias para la modulación del financiamiento hacia el sector.
 - Diseñar mecanismos para la ganancia de eficiencia en el sector (compras de medicamentos, tecnologías, entre otros, con economías de escala y con nuevos mecanismos de distribución).
 - Incorporación de nuevos recursos para el sector para lograr protección financiera efectiva a la población con eficiencia, calidad, oportunidad y sostenibilidad.
 - Financiamiento de inversiones que mejoren la capacidad de respuesta del sistema.

El impacto de la concentración de la función de compra en el Fondo Único se extenderá hacia la conducción de una reforma de la provisión. Es decir, el MINSA deberá liderar la reforma para la reorganización de la provisión de servicios en base al PEAS con un sistema de redes integradas a nivel nacional. Asimismo, la función esencial de salud pública también se fortalecerá por una mejor delimitación de los esquemas de actuación en salud pública (ver **Apartado D.2.4.8.3**). De esta manera, la claridad en la dirección del sistema desde el MINSA fortalecerá la articulación de esfuerzos con los diferentes niveles y sectores.

El MINSA requerirá también realizar un rediseño de competencias de las instituciones existentes para que se adecúen al nuevo marco de separación de funciones.

D.2.4.2. Supervisión, regulación: SUSALUD

Ha habido avances en el desarrollo de la función de regulación y supervisión de SUSALUD en los últimos años quien ha empezado a desarrollar su función de garante de los derechos de los

asegurados. Asimismo, ha logrado desarrollar un registro administrativo de los agentes del sistema, ha aplicado sanciones y ha actuado en arbitrajes para resolver problemas en el sistema. SUSALUD ha trazado la ruta hacia la equivalencia de exigencias entre públicos y privados y de esa manera impulsado la homologación de estándares de calidad de los proveedores de servicios dentro del sistema en beneficio de la población.

Consolidar el rol de SUSALUD es parte de la propuesta; su actuación como supervisor deberá contrarrestar los efectos de contar con un solo asegurador en el sistema para el plan único. Como se mencionó en el diagnóstico esto implica una simplificación y unificación de la función de supervisión, eliminando la participación de tantas instituciones.

La expansión de la supervisión a nivel nacional permitirá también neutralizar en las regiones los efectos del doble rol que ejercen los GORE de gestionar y supervisar a los proveedores y de supervisar que los contratos que se generen desde el Fondo Único y los proveedores sean en beneficio cada vez mayor de los asegurados.

Sin embargo, SUSALUD deberá también desarrollar progresivamente una acción preventiva de la supervisión que propicie tanto en los proveedores como en el Fondo Único el desarrollo de procesos propios para mantener los estándares de calidad exigibles.

De igual modo, el rol supervisor de SUSALUD se articulará con las acciones de supervisión de otras instancias, las cuales deben velar dentro del Estado por la buena gestión pública, la transparencia y el cumplimiento de derechos. Sin embargo, la articulación no deberá convertirse en superposición ni interferencia del quehacer de SUSALUD. De esta manera, la articulación con la Contraloría General de la República debe estar en el espacio del control institucional para la supervisión presupuestaria, contable y financiera de manera clara y concreta.

Asimismo, con el Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado (OSCE) coordinará los aspectos que afecten los derechos de los asegurados (acceso a medicamentos, insumos y otros) por el accionar de las IPRESS y IAFAS en las contrataciones en compras de medicamentos, insumos, equipos y otros.

La articulación con la SBS deberá llevar a la definición de una mesa de trabajo permanente con participación de las aseguradoras privadas y el Fondo Único para el control de primas actuarialmente justas, la gestión de riesgos y el manejo de contratos.

Finalmente, con la Defensoría del Pueblo coordinará y recibirá alertas de los ciudadanos sobre la vulneración de sus derechos en temas de salud. SUSALUD realizará las acciones de supervisión y sanción que correspondan.

Para garantizar que su rol de supervisión se fortalezca y se reconozca, es necesario que se garantice la independencia, excelencia y legitimidad del actuar de SUSALUD. La estricta selección de su Consejo Directivo en base a calificaciones explícitas no deberá vulnerarse y deberá garantizarse que los cargos correspondientes cumplan con las competencias que la actividad demanda.

D.2.4.3. Cobertura de servicios no incluidos en el PEAS

La propuesta centra la cobertura de servicios alrededor del PEAS. Sin embargo, las coberturas que hoy tienen poblaciones específicas se mantendrán, pues son derechos adquiridos según el principio de irreversibilidad en la Ley AUS.

Primero, se deberá definir la cobertura “no PEAS” para los afiliados al régimen subsidiado del SIS, en base al Plan Complementario y la Cobertura Extraordinaria (ver **Apartado D.2.3.2.3**). Estas coberturas se definirán como el Plan B que administrará el Fondo Único a través de una cuenta separada. Lo mismo se hará para los actualmente afiliados a EsSalud a través del Plan C.

El Plan B seguirá siendo financiado vía impuestos, mientras que el Plan C seguirá siendo financiado por las contribuciones de los empleadores. El acceso a los servicios cubiertos por estos planes estará inicialmente limitado a los proveedores correspondientes. Es decir, las personas que hoy tienen la cobertura SIS, tendrán acceso a la cobertura del Plan B en los prestadores públicos; mientras que los hoy afiliados a EsSalud tendrán acceso a la cobertura del Plan C en los prestadores de EsSalud.

Cabe destacar que la definición del Plan B implica que toda la población tendrá acceso a todas las prestaciones; sin embargo, el Plan B tendrá limitaciones en la cobertura financiera que estará determinada por la asignación presupuestaria.

La cobertura de estos planes es parte de la transición de las coberturas actuales a la cobertura de largo plazo. En el largo plazo, en la medida que se vaya ampliando la cobertura incluida en el PEAS se irá disminuyendo la cobertura en estos planes. Parte de la cobertura de estos planes también podrá ir hacia la cobertura del Fondo de Alto Costo (ver siguiente sección).

D.2.4.4. Fondo de Alto Costo

Como se ha mencionado en el diagnóstico, dada la coexistencia de diferentes subsistemas de salud, las enfermedades de alto costo son actualmente cubiertas y financiadas de forma distinta para cada grupo poblacional⁴⁵. Esta cobertura segmentada impide que el financiamiento del alto costo sea eficiente, pues no se mancomunan adecuadamente los riesgos, elemento clave para la sostenibilidad del sistema de salud en el largo plazo.

A partir de las experiencias internacionales revisadas (ver **Recuadro D.2.4.**) y las características propias del sistema peruano, se propone la creación de un Fondo de Alto Costo universal que proteja a todos los ciudadanos peruanos, independientemente de la capacidad de pago o condición de aseguramiento de la persona. Al igual que en el caso del Fondo Único, esto permitirá mancomunar los riesgos de la población del país. La propuesta del Fondo de Alto Costo permitirá un manejo más solidario, equitativo y eficiente de los riesgos de incurrir en gastos catastróficos en salud. El objetivo es entregar cobertura a problemas de salud asociados a necesidades de servicios de salud cuyos costos son altos. En este sentido, entregará cobertura financiera para los servicios incluidos en su plan de beneficios.

⁴⁵ Por un lado, los trabajadores formales asegurados por EsSalud cuentan con una amplia cobertura que incluye tratamientos de alto costo. SIS financia un listado de enfermedades de alto costo, enfermedades raras y procedimientos de alto costo a través de FISSAL. Este último empezó a gestarse a principios del año 2012 con la aprobación de la Resolución Ministerial N° 319-2012/MINSA y actualmente cubre siete tipos de cáncer, insuficiencia renal crónica, 399 enfermedades raras y huérfanas (priorizando 8 definidas como de muy alta prioridad), y procedimientos de alto costo. Existen también seguros privados que cubren el financiamiento de estas enfermedades.

Así, se mejorará el acceso a servicios de salud para el subgrupo de enfermedades asociadas a altos costos, se mejorará la calidad de la atención –por la especialización del fondo de alto costo para definir protocolos y hacerle seguimiento a la atención de este tipo de enfermedades– y se reducirá el gasto de bolsillo.

Recuadro D.2.4.

Experiencias internacionales de fondos para enfermedades de alto costo

La importancia de responder al financiamiento de las enfermedades de alto costo es reconocida a nivel internacional, especialmente por el gran impacto que estas enfermedades tienen sobre la economía de los hogares de las personas que las padecen. En esta línea, con el fin de brindar protección financiera a la población, los países han optado por seguir distintos modelos de organización institucional. Como se muestra en el **Anexo D.8.**, algunos países como Chile, Uruguay, Colombia y México han creado fondos de alto costo que mancomunan los riesgos de las aseguradoras y les permiten asignar los recursos de forma sostenible y equitativa, en un esquema de reaseguramiento. Otros países, como Canadá y Tailandia, han incluido planes de cobertura de medicamentos de alto costo. Países con sistemas de información desarrollados, como en Alemania, cubren las enfermedades de alto costo en su plan de beneficios, considerando el riesgo respectivo al definir su esquema de pago por capitación a los prestadores, que incluye las preexistencias médicas según grupos de diagnóstico.

Asimismo, el alcance de la protección difiere entre países. Mientras que en Chile, Uruguay y Colombia toda la población se encuentra cubierta; en México, solo la población beneficiaria del Seguro Popular – los no son afiliados a la seguridad social– accede al financiamiento del alto costo. De igual manera, la cobertura en cada país se elige bajo criterios específicos propios: enfermedades, servicios o topes financieros, por ejemplo. Para incorporar nuevas intervenciones, existen comités técnicos encargados de realizar estudios de costo efectividad u otros métodos de evaluaciones de tecnología sanitarias para determinar si una condición cumple con los criterios de inclusión correspondientes.

En cuanto a la institucionalidad, los esquemas de protección de alto costo pueden ser tanto independientes como dependientes del Ministerio de Salud. En el primer caso, los recursos para financiar el alto costo son administrados por una junta de independientes. Este es el caso del Fondo Nacional de Recursos (FNR), fondo de alto costo de Uruguay, el cual es administrado por una Comisión Honoraria conformada por representantes de las principales instituciones involucradas (Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Economía y Finanzas, Banco de Previsión Social, Instituciones de Asistencia Médica Colectiva e Instituciones de Medicina Altamente Especializada). En el segundo caso, las secretarías de Salud definen las reglas de operación, como ocurre en el caso mexicano. Finalmente, el financiamiento de las condiciones de alto costo puede provenir únicamente de impuestos, así como de esquemas mixtos que incluyen contribuciones.

Elaboración: Comisión de Protección Social

La administración del fondo de alto costo se manejará a través del Fondo Único mediante una cuenta separada y tomará la experiencia del FISSAL como punto de partida para su desarrollo. Inicialmente se incluirán las enfermedades que se cubren actualmente, sin embargo, con el tiempo se espera que quede acotado a enfermedades y procedimientos de alto costo y de baja frecuencia –algunos tipos de cáncer cubiertos actualmente no tienen una baja prevalencia. Se conformará un comité de especialistas que determine los criterios de elegibilidad para que una

enfermedad sea incluida en la cobertura. Aquellas enfermedades que por su manejo de riesgo requieren de altos niveles de prevención, promoción y diagnóstico temprano deberán eventualmente incluirse en el PEAS para su adecuada atención y evitar que se conviertan en alto nivel de complejidad. Este podría ser el caso de ciertos tipos de cáncer, como el de mama o cuello uterino.

En el largo plazo, el financiamiento deberá ser cubierto solo por impuestos o algún impuesto específico para esta finalidad. La dirección de la cuenta de alto costo estará a cargo de una junta cuyos miembros serán representantes del MINSA, del MEF, de los prestadores (especialistas), academia y de la sociedad civil.

La estandarización en el manejo clínico y terapéutico de las enfermedades es clave. Se deberán definir guías de práctica clínica de ámbito nacional que permitirán uniformizar el tratamiento de las enfermedades, costear la atención y aportar a la sostenibilidad financiera del sistema. Las guías son un elemento valioso de auditoria de costos, así como de la calidad de la atención en los procesos asistenciales. Para optimizar la oferta y la eficiencia en la prestación, se requerirán de centros de alta especialización acreditados.

D.2.4.5. Aseguramiento privado

Existirá un rol para el aseguramiento privado. Podrá ofrecer dos tipos de planes: 1) cobertura financiera complementaria que expanda la elección de prestador; y 2) cobertura suplementaria que expanda la elección de servicios, como por ejemplo mejores servicios de hotelería para las hospitalizaciones. El acceso a estos planes estará sujeto a la capacidad de pago de los hogares.

Los planes de cobertura financiera complementaria son planes que ofrecen las mismas prestaciones cubiertas por los planes administrados por el Fondo Único, pero con otros prestadores y solo para financiar el costo adicional por la elección de otro prestador. Por ejemplo, un afiliado al SIS tendrá acceso a las prestaciones cubiertas por el PEAS en un prestador público sin copago. El afiliado podrá también elegir un prestador de EsSalud o privado; sin embargo, el Fondo Único financiará el costo público y el diferencial del costo lo debe financiar la persona. Este diferencial de costos, que se traduce en un copago para la persona, es lo que un asegurador privado puede ofrecer en su plan de cobertura financiera complementaria. Esto implica que los planes de aseguradores privados no reemplazan la cobertura del Fondo Único.

Los planes suplementarios se refieren a mejorar los servicios de “hotelería” asociados a ciertas prestaciones. Por ejemplo, en el caso de una hospitalización, el Fondo Único considera que la persona tiene acceso a una habitación compartida. Si la persona desea una habitación privada, que implica un mayor costo, tiene la opción de pagar por el diferencial o asegurar el diferencial a través de un plan suplementario ofrecido por aseguradores privados.

La regulación del aseguramiento privado debe velar por la transparencia de su participación y por establecer reglas claras para este mercado. Por ejemplo, las personas deben poder entender fácilmente lo que se le está ofreciendo y cobrando. En cualquier caso, sería necesario realizar estudios que evalúen el desempeño actual para mantener aquellos aspectos positivos y regular los negativos.

D.2.4.6. Prestación: redes integradas

Recuadro D.2.5. Sistema prestacional de Cataluña⁴⁶

En España cada Comunidad Autónoma posee su propio Servicio de Salud. En Cataluña, la salud está provista por un asegurador único (fondo único), el Servicio Catalán de Salud — Catsby, que asegura al 99.9% de su población. El 25% de la población posee doble cobertura con seguros privados. El financiamiento del sistema de salud catalán es por impuestos que provienen del Gobierno central español. La rectoría del sistema depende del Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, la entidad que gobierna dicha Comunidad Autónoma.

Catsalut compra servicios de salud a proveedores públicos y privados, que se encuentran organizados en redes prestacionales, de acuerdo al ordenamiento territorial establecido. La gestión territorial sanitaria se inició en 1985, cuando se establecieron unidades territoriales para gestionar el sistema de salud y la provisión de servicios. Las unidades territoriales se dividen en áreas básicas de salud (372), que son las unidades territoriales base, donde se encuentran los centros de atención primaria (CAP); los sectores sanitarios (29) que se encargan de la prevención y promoción de salud, así como de la asistencia sociosanitaria (crónicas y discapacidad); finalmente, las regiones sanitarias (7) se encargan de la compra de servicios en el territorio, de la planificación, de los sistemas de gestión y la atención al asegurado (SG de Información Sanitaria e Innovación, 2016). La entrada del paciente en la red siempre debe ser por un CAP, salvo en casos de urgencia y emergencia.

Catsalut posee importantes herramientas de gestión territorial, como son el mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública que se estableció en 2008 como base para la planificación del sistema de salud público de Cataluña. Los planes de salud se establecen cada cuatro años con objetivos concretos para aplicar la política de salud, pero son monitoreados anualmente.

Para asegurar la rectoría del Departamento de Salud a lo largo del territorio existen los Gobiernos Territoriales de Salud (GTS), los cuales son responsables de la gobernanza y de establecer una relación entre la Generalidad y los ayuntamientos en materia de salud. Existen 37, los cuales no coinciden necesariamente con los sectores sanitarios (Generalidad de Cataluña, 2010).

En cuanto a la propiedad de los establecimientos de salud de Cataluña, el 20% pertenece al Instituto Catalán de Salud (ICS), que es el titular de los dispositivos sanitarios públicos. El 70% de establecimientos de diversa titularidad (pública o privada) son concertados, es decir, son prestadores de Catsalut, por lo que dependen del financiamiento público. Finalmente, el 10% restante son establecimientos privados que no participan del sistema público y no contratan con Catsalut (Generalidad de Cataluña, 2015).

Para la provisión de servicios en el sistema público (asegurados al Catsalut) se establecen redes territoriales mixtas públicas y privadas. Todos los establecimientos de salud que participan de la red pública deben estar registrados y acreditados por el Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (Siscat).

⁴⁶ El presente recuadro tuvo como principal fuente a De la Puente (2010). Las demás fuentes específicas que se utilizaron se mencionan en el texto.

Desde 1990, con la Ley de Ordenamiento Sanitario de Cataluña, se reconoce la diversificación de proveedores y métodos de gestión, aspectos en los que se promueve la innovación. Así, existen múltiples formas de titularidad en los proveedores, entre las que destacan las Entidades de Base Asociativa (EBA), organizaciones privadas con fines de lucro, en la que se organizan profesionales de la salud para brindar atención primaria. Los consorcios, que son organizaciones públicas con personalidad jurídica independiente, se conforman mayoritariamente por Catsby y minoritariamente por ayuntamientos que prestan servicios de salud, consejos comarcales y privados sin fines de lucro. Finalmente, las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) son organizaciones de diferentes niveles de atención y titularidad (privados con y sin fines de lucro, consorcios, organismos autónomos locales, entre otros) asociadas para brindar prestaciones de salud.

Los mecanismos de pago difieren por nivel de atención: en la atención primaria se da a través de cápitats; en los hospitales, por alta y procedimiento ambulatorio, y en emergencias por triaje y complejidad. Todos los niveles incluyen un pago por desempeño adicional al pago básico.

Elaboración: Comisión de Protección Social

En Perú, una vez establecidas las unidades territoriales sanitarias se deberán conformar las redes integradas territoriales. La innovación en los modelos de prestación será clave, así como fomentar diversas formas de gestión. Los proveedores deberán asociarse de la manera más conveniente para brindar atención integral y continua de la mayor calidad.

Para ello, se definirán unidades de producción de servicios para una atención integral, donde el centro de atención primaria/médico familiar será la unidad de acceso al sistema salvo en casos de emergencia, de manera que se reduzcan y controlen los riesgos y se evite la utilización innecesaria en niveles más complejos de atención. Así, cada persona deberá tener un centro de atención primaria asignado, el cual podrá ser asignado o elegido por la propia persona. Este necesariamente deberá realizar la referencia para que sea posible acceder a los establecimientos de salud que brinden atenciones más complejas.

De manera articulada con estos centros de atención primaria, las unidades de servicios complementarios y de soporte (ayuda diagnóstica, servicios de rehabilitación, entre otros) deberán garantizar la disponibilidad de las prestaciones necesarias para la atención integral comprometida en el PEAS. Como parte de la configuración de la red, se encontrará el segundo nivel de atención con especialidades básicas como la pediatría, gineco-obstetricia, cirugía que tendrá servicios ambulatorios e internamiento.

Para la referencia de atenciones complejas estarán los hospitales de referencia regional y macro-regional que atenderán los problemas derivados de la población. La referencia hacia estos hospitales se dará cuando se requiera especialidades que concentren tecnologías para diagnóstico y tratamiento de procesos complejos. Estas especialidades estarán distribuidas en la red de hospitales de referencia regional; solo se crearán hospitales macro-regionales cuando sea indispensable. Estos hospitales serán los establecimientos que atiendan las prestaciones de mayor complejidad dentro del sistema de redes. No deberán atender servicios de complejidad más baja que pueden resolverse en niveles inferiores de la red. Dentro de esta configuración, la optimización de los recursos disponibles implicará separar la atención aguda de la subaguda, de larga internación y atención ambulatoria incentivando la complementariedad entre hospitales. Finalmente, se propone que los hospitales de referencia

nacional e institutos especializados atiendan la alta complejidad y sean los que se encargan de las atenciones de mayor complejidad dentro del sistema nacional de redes de atención integradas^{47 48}.

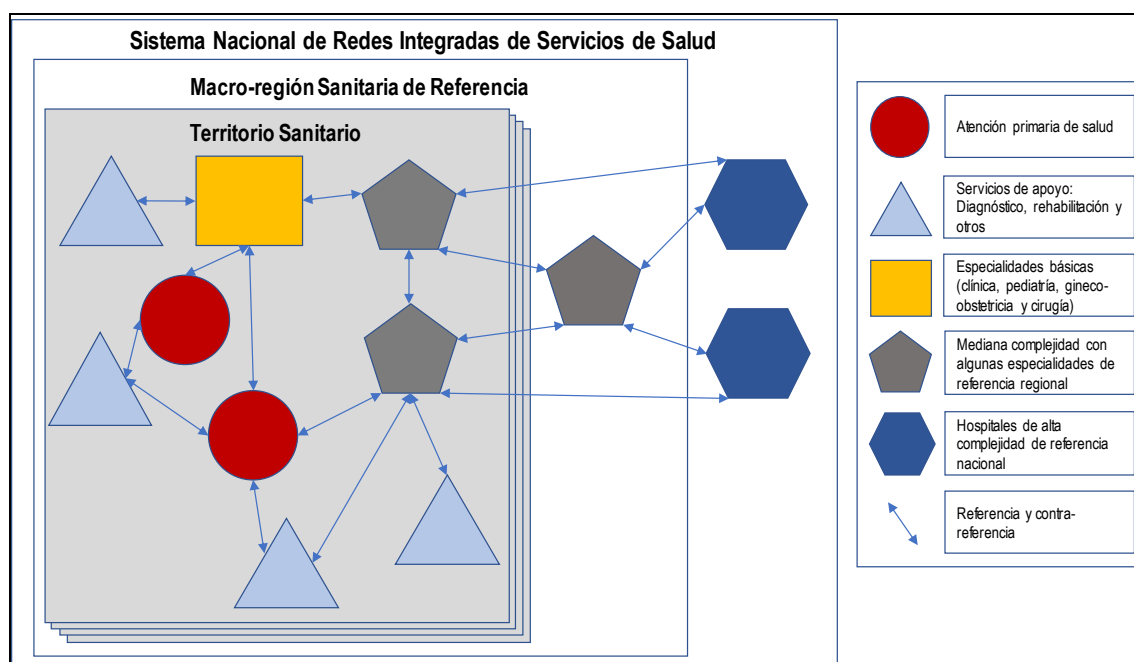
El **Gráfico D.2.9.** muestra cómo sería el sistema de redes integradas que se está proponiendo. El ingreso al sistema sería mediante los centros de atención primaria (círculos rojos), los cuales, a través del sistema de referencia y contrarreferencia podría derivar a los pacientes a servicios de apoyo (triángulo celeste) o servicios de especialidades básicas (cuadrado amarillo) –como pediatría o se requieran cirugías no complejas– o a los servicios de mediana complejidad de referencia regional (pentágono gris). En caso de que se realice la creación de hospitales de referencia macro-regionales que estén especializados para prestaciones más complejas (pentágono gris fuera del territorio sanitario), la referencia podrá ser únicamente a partir de servicios de mediana complejidad de referencia regional. Por último, como se mencionó anteriormente, los hospitales de alta complejidad de referencia nacional son aquellos que se encargarán de tratar las prestaciones de mayor complejidad, por lo que la referencia se hará a partir de los servicios regionales y macro-regionales.

Como se ve, en el gráfico, las unidades de servicios complementarios y de soporte intervienen en los establecimientos de diversos niveles de atención. Esto ocurre ya que brindan servicios accesorios que pueden ser utilizados por los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, mediante la referencia de los pacientes por parte de estos últimos.

⁴⁷ Castaño Yepes (2013) sugiere tomar en cuenta dos dimensiones de los modelos de prestación: la capacidad de estandarización de los servicios y la etapa del proceso de atención (prevención en población sana, diagnóstico, tratamiento y autocuidado). La combinación de ambas permite establecer las características de las diferentes formas de atención. Esto permite la especialización en los procesos, lo que mejorará la eficiencia y efectividad de la atención.

⁴⁸ Se sugiere evaluar la eficiencia de contar con una instancia macro de gestión de estos establecimientos de salud de alta especialización, en vez de que sean autónomos.

Gráfico D.2.9.
Esquema de organización de las redes de servicios



Elaboración: Comisión de Protección Social

Para que los establecimientos puedan formar parte del sistema de redes integradas y que puedan cumplir con sus funciones, todos los proveedores, tanto públicos como privados, deberán estar acreditados.

Como complemento al funcionamiento de las redes integradas se encuentra el fomento de prácticas saludables en la población y la intervención en salud colectiva y determinantes sociales de la salud. La atención primaria responderá a los requerimientos en esta materia del MINSA y se articulará con acciones desde y con las comunidades.

En relación al sistema de pago a los proveedores de servicios de salud, éste deberá estar compuesto por un conjunto de mecanismos de pagos mixtos (prospectivos y retrospectivos) de naturaleza distinta, en función de los niveles y dispositivos de salud diferenciales de una red, pero reunidos por uno principal: el pago territorial poblacional a la red integrada.

La coordinación y el apoyo logístico y administrativo de las redes a nivel regional deberá encargarse de la conformación de las redes y su adecuado funcionamiento. Deberá determinar los criterios prestacionales, asegurar mecanismos de garantía y monitoreo de la calidad de la atención, definir los mecanismos de referencia y contrarreferencia, entre otros. Asimismo, deberá definir una instancia de participación de los asegurados dentro de las decisiones de las redes.

D.2.4.7. Centro de excelencia

El MINSA requiere del soporte de un organismo que se enfoque en el análisis e investigación de diferentes áreas del sector salud, desde la provisión de servicios hasta el desempeño del sector, en base a la producción de análisis de alta calidad y de última generación. En especial,

para apoyar la función de rectoría del MINSA en la toma de decisiones en temas relacionados con políticas nacionales. Por ejemplo, este organismo se encargaría del diseño de guías clínicas para el sector salud obtenidas de la aplicación de criterios claramente establecidos para la búsqueda de soluciones sanitarias costo-efectivas para el sistema.

La tendencia internacional es crear un organismo de investigación que dentro de sus características estén: 1) ser apolítico, responsable, sensible y justo con ética y liderazgo de la más alta calidad; 2) objetividad (garantizando que el trabajo sea objetivo, imparcial y que refleje la misión); 3) capacidad de respuesta (logrando satisfacer las necesidades cambiantes de los que proporcionan o utilizan los datos y la información que se recolecta); 4) accesibilidad (haciendo que los datos y la información estén lo más accesible posible); 5) privacidad (salvaguardando la privacidad de los individuos y grupos sobre los cuales se recogen datos, o que proporcionen datos); 6) *expertise* (utilizando y desarrollando conocimientos altamente especializados y de altos estándares); e 7) innovación (desarrollando nuevos productos, procesos y servicios que sean originales, relevantes y valorados).

Actualmente, la investigación en el sector es dispersa y fragmentada. Por ejemplo, el Consejo Nacional de Salud (órgano consultivo del MINSA) tiene entre sus funciones proponer la política nacional de salud y plan nacional de salud, proponer prioridades nacionales en salud sobre la base de análisis de la situación de salud, proponer distribución equitativa y racional de los recursos del sector, entre otras. Sin embargo, no cuenta con una instancia permanente para el estudio y diseño de propuestas para el MINSA. La Secretaría de Coordinación apoya estas tareas para los Comités Nacionales de carácter temporal que forma el Consejo Nacional de Salud para temas de bioética, calidad en salud, enfermedades transmisibles y no transmisibles, emergencias y desastres, entre otras. Esta tarea dentro del MINSA también es asumida por diferentes oficinas dentro de los límites de sus funciones y es el Instituto Nacional de Salud (INS) (organismo público ejecutor) el único organismo dedicado a la investigación en salud a través de sus seis Centros de Salud Pública, Control de Calidad, Productos biológicos, Alimentación y Nutrición, Salud Intercultural, Salud Ocupacional y Protección del Ambiente para la Salud, Investigación y transferencia Tecnológica. Con la reforma del año 2013 se previó ampliar las funciones del INS para formular y poner en funcionamiento el plan de estandarización de tecnologías a escala sectorial.

Otra área clave de investigación es el desarrollo de Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias (ETS). Según OMS (2017b), las ETS's se refiere a la evaluación sistemática de las propiedades, efectos, impactos de tecnologías sanitarias, que incluyen medicamentos, vacunas, dispositivos médicos, procedimientos y sistemas desarrollados para resolver un problema de salud y mejorar la calidad de vida. Su objetivo es informar a los tomadores de decisiones. Aunque en el Perú actualmente diversas entidades deberían realizar este tipo de evaluaciones, en general no tienen las capacidades, reflejan la fragmentación del sistema y no están debidamente coordinadas. Estas evaluaciones debieran ser insumos para los tomadores de decisiones respecto a las GPC, pero también para la revisión y ampliación del PEAS.

La comisión recomienda que el Centro de Excelencia sea un organismo técnico especializado adscrito al MINSA con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera.

Este organismo contaría con la participación de profesionales altamente calificados del país organizados en un Consejo Directivo. La excelencia sería la característica de este Consejo y de los convocados a ser parte del centro. Dentro de sus funciones estaría la aprobación de la agenda de investigación y análisis de políticas, aprobar los estándares de calidad y rigurosidad

para las investigaciones, entre otros. Además, contaría con un Consejo Asesor conformado por la Academia, en especial de universidades, escuelas e institutos que se encuentren realizando docencia e investigación relacionada.

D.2.4.8. Otros temas a considerar

A continuación, se desarrollan brevemente otros temas que se deben considerar para el correcto funcionamiento del sistema de salud.

D.2.4.8.1. Sistema de información

El Fondo Único requerirá de un sistema de información con tecnologías de información que cumplan con una política de seguridad, de organización de la seguridad dentro de la institución y con terceros, mantenga protegidos los activos de acuerdo a la clasificación de la información, confidencialidad de la información, seguridad física, gestionar la operación correcta y segura del tratamiento de la información para evitar fallos, proteger la integridad del o de los software, disponibilidad, entre otros.

El sistema de información deberá contar con por lo menos tres niveles la estructura del sistema en: presentación, negocio y persistencia (Fowler, 2002). El primer nivel dedicado al despliegue y envío de información, el segundo nivel encargado de aislar y centralizar los procesos de validación y restricciones de la aplicación y el tercer nivel de definir el acceso y manejo de datos propios o remotos.

El Fondo Único generará información para la trazabilidad de sus asegurados, con un sistema que no recargue significativamente a los prestadores ni socave los sistemas de información que la autoridad en salud impulsa. Sin embargo, sí tendrán que llegar a acuerdos con el MINSA para que los procesos de atención en los prestadores incluyan los servicios que se encuentran fuera de los establecimientos de atención, pero que generan la información para complementar la atención integral al asegurado.

La Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (RENHICE), establece que éste es la infraestructura tecnológica especializada en salud que administra las historias clínicas electrónicas dentro de los términos estrictamente necesarios para garantizar la seguridad y la calidad de la atención a los pacientes. Los pacientes o sus representantes legales autorizarán a los profesionales de la salud a acceder a la información contenida en sus archivos. Se podrá aplicar en los servicios médicos de apoyo -sean públicos, privados o mixtos-, en el ámbito de la Ley N° 26842, Ley General de Salud. El RENHICE contiene una base de datos de filiación de cada persona con la relación de los establecimientos de salud y de los servicios médicos de apoyo que le han brindado atención y de esta manera generaron su historia clínica electrónica (MINSA, 2017a) y se sujeta a la Ley N° 29733 – Ley de Protección de datos personales. El RENHICE utiliza la Plataforma de Interoperabilidad del Estado (PIDE) para el acceso a la información con autorización del paciente. El acceso a la información de un servicio médico de apoyo distinto de los que generaron las historias clínicas electrónicas deberá ser autorizado para tener acceso siguiendo los mecanismos informáticos que reglamenta la ley.

El MINSA es el titular de la base de datos contenida en el RENHICE y está encargado de su administración. Además, emite las normas complementarias para el establecimiento de los procedimientos técnicos y administrativos necesarios para su implementación y sostenibilidad.

La CPS recomienda que los esfuerzos sectoriales se integren y el Fondo Único pueda hacer uso de la base de datos para el desarrollo de los procesos relativos a sus funciones y apoyar el esfuerzo del RENHICE para difundir el uso de la historia clínica electrónica. El RENHICE a su vez, permitirá que el Fondo Único pueda incorporar módulos que faciliten los procesos de la compra estratégica con los proveedores.

D.2.4.8.2. Fondo para prestaciones económicas

El SIS otorga actualmente prestaciones económicas de sepelio y traslados de pacientes y familiares. De igual modo EsSalud brinda prestaciones económicas por lactancia, maternidad, sepelio, incapacidad temporal.

La propuesta de la CPS es que las prestaciones económicas descritas estén bajo la protección de la política de empleo. Solo permanecerán en el Fondo Único los traslados de pacientes y acompañante cuando son referidos dentro del sistema de salud.

D.2.4.8.3. Salud pública

La salud pública es uno de los ejes centrales de un sistema de salud. El MINSA es el encargado de las funciones esenciales de salud pública: velar por las acciones de vigilancia de salud pública y control de riesgos y daños; seguimiento, evaluación y análisis de la salud de la población. En ese sentido, deberá generar las capacidades necesarias para dar respuestas efectivas con una visión sistémica a los riesgos de brotes de epidemias, a las necesidades cambiantes de servicios de salud, y a los avances tecnológicos. También debe velar por la promoción de la salud, para que las acciones respectivas se ejecuten y garanticen la salud de la población.

La propuesta de la CPS es que todos los temas relacionados a la salud pública los manejará el MINSA. Sin embargo, el Fondo Único colaborará con el MINSA brindando información que contribuya a fortalecer sus acciones en temas de vigilancia y monitoreo. Así mismo, el Fondo Único apoyará desde su función de comprador estratégico con el desarrollo de mecanismos de pago que privilegien incentivos para el fortalecimiento de la prevención y promoción, y apoyará aquellas que implemente el MINSA en favor de estilos y hábitos de vida saludables en la población.

D.2.5. Costos fiscales

Las estimaciones de los requerimientos fiscales para la reforma propuesta se basan en las estimaciones disponibles del costo estándar del PEAS (Escobedo, 2017), las proyecciones del crecimiento poblacional del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y las proyecciones de crecimiento económico del MEF (MEF, 2016).

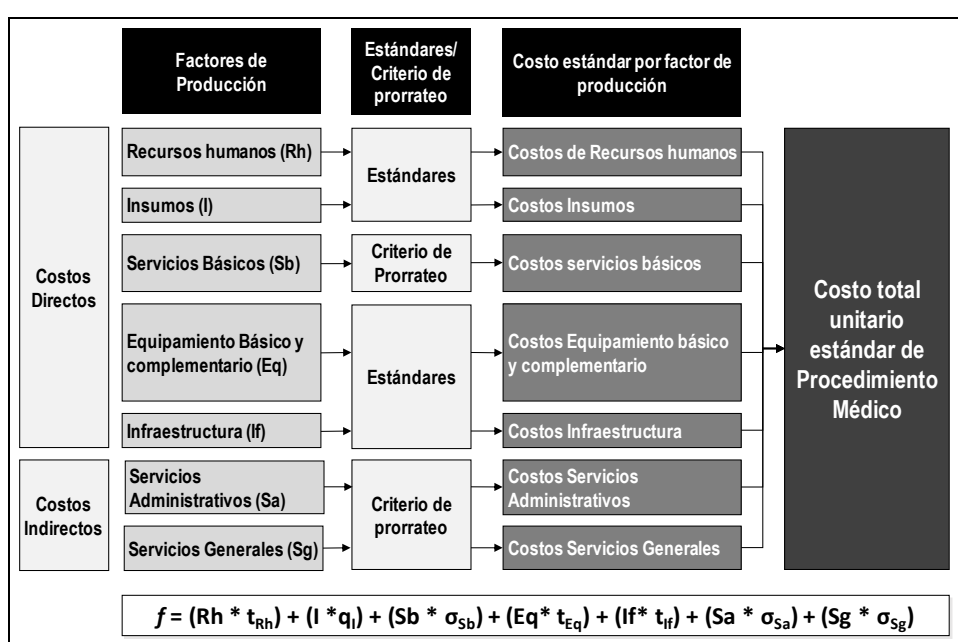
La metodología de costeo estándar está definida en la Resolución Ministerial N° 195-2009/MINSA (MINSA, 2009b) e implica estimar el costo de proveer la prestación en condiciones ideales, pues se basa en la definición de los procedimientos médicos (prestaciones) según las especificaciones detalladas en protocolos clínicos o guías de prácticas clínicas (GPC). Esta “función de producción” de las prestaciones asumen entonces condiciones de eficiencia y calidad en el uso de recursos.

Para determinar el costo de un plan de beneficios se debe conocer cuáles son los beneficios o prestaciones, los factores (insumos) necesarios para proveer las prestaciones y la cantidad de

prestaciones a ser otorgados. Como se desarrolló en el **Apartado D.2.3.2**, el PEAS está definido en base a condiciones asegurables, que a su vez incluye las prestaciones a ser entregadas y la cantidad de prestaciones para cada evento. Las prestaciones se denominan variantes clínicas.

El **Gráfico D.2.10** muestra cómo se combina la información de los factores para determinar el costo total estándar de cada prestación. Para cada factor incluido en una prestación, se establece su cantidad (o tiempo de dedicación) según las GPC. Así, el costo total de la prestación incluye tanto los costos directos (recursos humanos, equipamiento básico, etc.) como los indirectos (servicios generales y servicios administrativos). También incluye el costo fijo y el costo variable de la prestación.

Gráfico D.2.10.
Cálculo del costo de las prestaciones del PEAS



Fuente: Escobedo (2017); MINSA (2009b)

Elaboración: Comisión de Protección Social

El precio de los factores de producción de los recursos humanos (salarios y bonificaciones), de equipamiento e infraestructura se imputan según la última normativa vigente del MINSA (MINSA/DGIEM, 2017). Se considera solo el costo de los prestadores del sector público (los salarios y bonificaciones de los prestadores de EsSalud y del sector privado no se han considerado). El precio de los insumos y medicamentos se asume como el precio mínimo publicado en el Observatorio Peruano de Medicamentos (MINSA/DIGEMID, 2017). Este supuesto simplificador puede generar una subestimación del costo ya que no todos los proveedores acceden a los insumos y medicamentos en su precio mínimo. Generalmente se debería utilizar el precio promedio o la mediana del precio de los medicamentos e insumos.

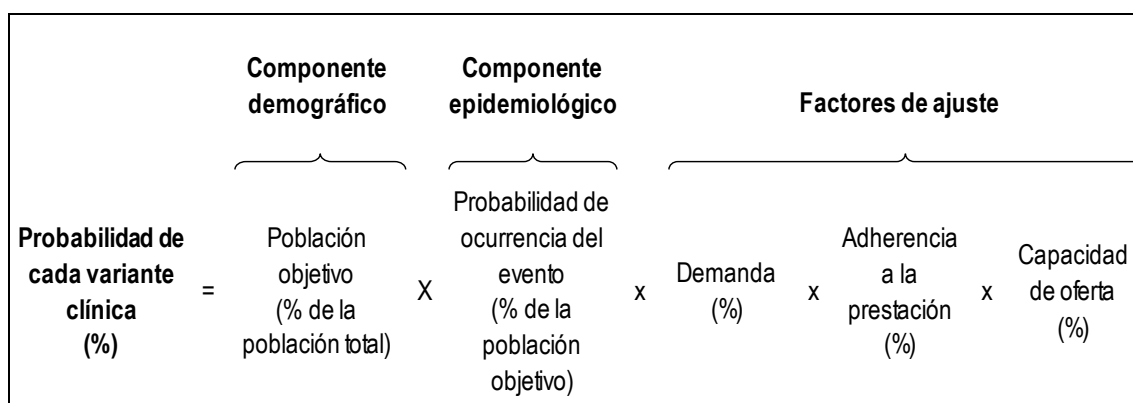
Todas las prestaciones tienen su costo total estándar unitario. Dado que una prestación se puede dar para diferentes patologías, en adelante se hace referencia a las prestaciones como

Variantes Clínicas (VC). Actualmente, el PEAS incluye 1,317 VC⁴⁹. Cuando se aprobó el PEAS, no todas las VC tenían una GPC, por lo que, para realizar el primer cálculo del costo del PEAS se convocó a grupos de médicos especialistas para desarrollar GPC. Aunque se ha avanzado en generar las GPC, tarea del MINSA, siguen pendientes muchas.

Una vez que se tiene el costo unitario de las VC se estima la cantidad de veces que se entregará dicha prestación. Para tales efectos se normaliza esta cantidad como la probabilidad de ocurrencia de cada VC (**Gráfico D.2.11**). Primero, se considera el componente demográfico que identifica la población objetivo como porcentaje de la población total –población que tiene el riesgo de incurrir en la patología asociada a la VC. Segundo, se considera el componente epidemiológico que identifica cuál es la probabilidad de ocurrencia de la patología, o la incidencia o prevalencia de la enfermedad. La probabilidad de ocurrencia del evento en la población objetivo, multiplicada por el porcentaje de la población total refleja la necesidad total. Sin embargo, existen factores que limitan que la prestación se preste a todas las personas con una determinada patología. Esto lleva al tercer componente de factores de ajuste. Primero, se ajusta la necesidad según la demanda. Es decir, se sabe que no todas las personas que tienen una patología acuden a buscar atención (es decir, la demanda por la atención). Determinar la demanda es particularmente difícil, porque no todas las personas que demandan el servicio lo reciben, lo que genera la demanda insatisfecha. Así, se utiliza la demanda observada o utilización actual para aproximar la demanda. Las mejores prácticas llaman a que se proyecte la demanda en el futuro, pero no se cuenta con la información para proyectar la demanda. Así, la utilización, por definición, es menor que la demanda, lo que implica que esta aproximación es una subestimación. Un segundo ajuste es respecto a la capacidad de oferta; en este caso, se considera que, aunque exista la necesidad sanitaria de proveer el servicio de salud, puede que parte o el total del servicio no se esté ofreciendo a toda la población. Este ajuste nuevamente genera una subestimación. Finalmente, el tercer ajuste, se refiere a la adherencia en el tratamiento o la prestación. Por ejemplo, si una prestación incluye dos vistas al médico, existe la posibilidad de que la persona solo vaya a una visita. Otro ejemplo es el tratamiento con medicamentos y su adherencia.

⁴⁹ El año 2011, MINSA realizó una revisión del PEAS que lo llevó a redefinir e incluir VC dentro de las condiciones asegurables. De esta manera, pasaron de 1,091 variantes clínicas definidas en el año 2009 a 1,317 en el año 2011. MINSA, con apoyo de USAID (USAID/Políticas en Salud, 2015), realizó nuevos cálculos del PEAS utilizando la herramienta ASEGURA, un aplicativo para facilitar las revisiones del PEAS. Los esfuerzos por mejorar las precisiones del PEAS y sus estimaciones han sido continuos a pesar de las dificultades en su implementación. Sin embargo, estas modificaciones y cálculos no se llegaron a oficializar.

Gráfico D.2.11.
Cálculo de la probabilidad de cada variante clínica



Fuente: MINSA (2009b)

Elaboración: Comisión de Protección Social

Como se describe líneas arriba, los factores de ajustes empleados en las estimaciones generan una subestimación del costo del PEAS. Además, se basan principalmente en información de la prestación del sector público. Los prestadores de EsSalud y privados podrían tener costos diferentes. La demanda está ajustada a la utilización observada, es decir, no incluye la demanda insatisfecha y tampoco se proyecta la demanda. La capacidad de oferta está ajustada a la capacidad de oferta observada. Esto implica que se requieren de estimaciones de la inversión en la oferta (infraestructura, recursos humanos y equipamiento) que se deben realizar para que la cobertura de servicios incluida el PEAS exista. Finalmente, también se ajusta la adherencia a los tratamientos a la observada y no a la deseada.

Entonces, el primer cálculo que se obtiene es que el PEAS tiene costo estándar en el sector público que asciende a S/ 420.54 por persona (**Tabla D.2.3**). Asumiendo que se atiende a 100% de la demanda, que no existe restricciones en la oferta y que la adherencia es de 100% el costo del PEAS casi se cuadruplica a S/ 1651.96. Sin embargo, técnicamente se debería considerar cifras deseables pero realistas de los factores de ajuste, más que eliminarlos completamente.

Una segunda estimación reemplaza los salarios y bonificaciones de los recursos humanos en el sector público por las normas salariales en los prestadores de EsSalud. Esto lleva al costo per cápita del PEAS a S/ 649.70 (54% más alto que el que considera los salarios y bonificaciones en el sector público). Este resultado resalta la importancia del costo del recurso humano en el PEAS⁵⁰.

⁵⁰ Cabe destacarse que, al modificar los salarios y bonificaciones, también se genera aumento en otros factores de producción que se prorratan, por lo que no todo el aumento se debe sólo al costo del recurso humano.

Tabla D.2.3.
Estimaciones del costo total estándar del PEAS, según ajustes, por grupos de condiciones asegurables y nivel de atención

PEAS	Sector público		Sector público con salarios/bonificaciones de EsSalud	
	Con ajustes	Sin ajustes	Con ajustes	Sin ajustes
Estimación financiera (costo total)	13,242,174,578	52,017,867,108	20,458,287,950	79,840,306,992
Costo total per cápita	420.54	1,651.96	649.70	2,535.53
Costo total per cápita por grupo de condiciones asegurables				
Grupo A Población sana	104.74	372.59	189.77	662.49
Grupo B Obstétricas y ginecológicas	54.52	179.43	83.00	267.48
Grupo C Pediátricas	51.05	190.39	79.50	302.11
Grupo D Neoplásicas	44.78	67.72	48.78	74.00
Grupo E Transmisibles	69.38	175.64	112.36	276.08
Grupo F No transmisibles	96.06	666.18	136.30	953.38
Costo total per cápita por nivel de atención y medicamentos				
I Nivel	177.26	638.74	318.37	1,141.36
II Nivel	120.90	527.06	185.41	804.84
III Nivel	71.31	335.81	94.85	438.99
Medicamentos	51.07	150.35	51.07	150.35

Fuente: Escobedo (2017)

Elaboración: Comisión de Protección Social

La definición del PEAS también está concentrada en VC en el primer nivel de atención y eso se refleja en el costo total del PEAS en el primer nivel de atención (sin incluir medicamentos) de S/ 177.26 o 42% del costo total. El tercer nivel de atención en cambio tiene un costo total per cápita de S/ 71.31 o 17% del costo total.

La **Tabla D.2.4.** muestra los resultados de simulaciones utilizando diferentes factores de ajuste. Las primeras tres filas muestran el factor de ajuste promedio (se toma el promedio simple de todas las variantes clínicas). Las columnas representan las simulaciones indicando el cambio en los factores de ajuste. Así, la primera columna de la tabla muestra el escenario base que se presentó líneas arriba, con los factores de ajustes base. En la simulación base se obtiene un costo esperado de S/ 420.54 per cápita del PEAS, lo que implica un requerimiento financiero total de S/ 13 252 millones (costo per cápita multiplicado por la población total).

La última columna muestra el escenario sin ajustes (lo que se traduce en factores iguales a 100%) que arroja un costo esperado del PEAS de S/ 1651.96. Desde la segunda a la cuarta columnas muestran un aumento de 5% en cada factor de ajuste. Así si solo se aumenta el factor de ajuste de la demanda observada de 57% a 60%, el costo esperado per cápita del PEAS aumenta a S/ 441.57 o en 5% en comparación con el escenario base. Los resultados de estas tres columnas son los mismos, independiente de qué factor de ajuste se aumente. La quinta columna muestra un aumento de 5% en los tres factores de ajuste a la vez. En este caso, el nuevo costo esperado per cápita es S/ 486.83 o 16% más del costo base. La sexta columna muestra un aumento de 10% en todos los factores de ajuste, lo que lleva a un costo per cápita

de S/ 559.74 o 33% más que el costo base. Finalmente, la sexta columna muestra una simulación que fija los factores en: demanda en 60%, capacidad de oferta en 80% y adherencia en 85%. En esta última simulación, el costo per cápita asciende a S/ 532.47 o 27% más que el costo base.

Tabla D.2.4.
Simulaciones del costo total estándar del PEAS, según ajustes y por grupos de condiciones asegurables

	Factores de ajuste base	Aumento de 5% en el factor demanda	Aumento de 5% en el factor oferta	Aumento de 5% en el factor adherencia	Aumento de 5% en todos los factores	Aumento de 10% en todos los factores	Ajuste específico	Factores de Ajuste al 100%
Factores de ajuste								
Demanda observada	57%	60%	57%	57%	60%	63%	60%	100%
Capacidad de oferta	72%	72%	76%	72%	76%	79%	80%	100%
Adherencia	78%	78%	78%	82%	82%	85%	85%	100%
Estimación financiera total (millones)	13 242	13 904	13 904	13 904	15 329	17 625	16 767	52 018
Costo per cápita	420.54	441.57	441.57	441.57	486.83	559.74	532.47	1651.96
Grupo A Población sana	104.74	109.98	109.98	109.98	121.25	139.41	132.62	372.59
Grupo B Obstétricas y ginecológicas	54.52	57.25	57.25	57.25	63.12	72.57	69.03	179.43
Grupo C Pediátricas	51.05	53.60	53.60	53.60	59.09	67.94	64.63	190.39
Grupo D Neoplásicas	44.78	47.02	47.02	47.02	51.84	59.61	56.70	67.72
Grupo E Transmisibles	69.38	72.85	72.85	72.85	80.32	92.35	87.85	175.64
Grupo F No transmisibles	96.06	100.86	100.86	100.86	111.20	127.86	121.63	666.18

Elaboración: Comisión de Protección Social en base a información de Escobedo (2017)

Para calcular el requerimiento financiero de la propuesta, se considera el costo estándar ajustado de S/ 532.47. Así, el requerimiento financiero para la cobertura de servicios incluida en el PEAS asciende a S/ 16 766 762.116 en el año 2016.

Lamentablemente, no existe una estimación de cuánto se está gastando hoy en el sector público (o en otro subsector) en la provisión del PEAS que permita comparar el requerimiento financiero al costo esperado versus lo que se está gastando actualmente en el PEAS.

Por ello, se utiliza la información disponible del Estudio Actuarial del SIS (SIS, 2015) con información del 2012. En base a dicho estudio se puede estimar el gasto actual per cápita en el PEAS y se actualiza a precios del 2016 considerando la inflación en salud publicada por el INEI para obtener un gasto de S/ 113.12 per cápita, donde S/ 53.23 lo financia el SIS y el S/ 59.89 los GORE y MINSA. Sin embargo, según la información del SIS, el total de transferencias en el año 2016 fue de S/ 1 360 800.087 o S/ 79.61 por asegurado, para toda la cobertura que ofrece el SIS (PEAS, Plan Complementario, Cobertura Extraordinaria). Por otro lado, según información del MEF el gasto devengado del SIS en el año 2016 fue de S/ 1 550 675.501 o S/ 90.72 por asegurado. Se opta por usar esta última cifra para ajustar el gasto total actual en el PEAS, aplicando la relación PEAS/Plan Complementario del Estudio Actuarial. Esto arroja un gasto actual de S/ 85.47 por asegurado. Es decir, hoy se gasta aproximadamente 17% del costo esperado del PEAS, lo que no significa que se esté siendo eficiente (por menores costos), sino que se está racionando por otras vías (baja producción, baja calidad, bajo acceso).

El costo fiscal de la propuesta en realidad no es comparable al gasto estimado en el PEAS de S/ 85.47 por asegurado SIS multiplicado por el número de asegurados, que arroja un gasto actual de S/ 1 460 977.939. Efectivamente, se debe tomar en cuenta que, por un lado, se propone aumentar el gasto de S/ 85.47 a S/ 532.47 por persona; por el otro, se propone ampliar la población considerada de 17 092 691 (asegurados SIS en el 2016) a 31 488 625 (población total). Lo primero implica un aumento en el gasto per cápita en 523% del gasto actual. Esto se debe a la deuda histórica en el financiamiento del PEAS. Lo segundo implica la ampliación en la cobertura poblacional del PEAS.

Las estimaciones muestran que es indispensable el compromiso del Estado de financiar la cobertura del PEAS: es fundamental crear espacio fiscal para financiar la salud (ver **Recuadro D.2.6**).

Recuadro D.2.6. **Espacio fiscal para la salud en Perú**

En el Perú se han realizado varios estudios de espacio fiscal para la salud (Matus-López, Prieto Toledo, y Cid Pedraza, 2016; Políticas en Salud, 2011a, 2014). La necesidad de generar nuevos recursos para el sector salud está incorporada dentro de cada análisis y en el contexto de la propuesta para la universalización del aseguramiento en salud se hace más relevante.

Los estudios consideran la condición necesaria de espacio fiscal, o la generación de recursos por la vía del crecimiento económico estable, y las fuentes identificadas por la literatura internacional: nuevos ingresos tributarios y reducción de gastos tributarios; contribuciones sociales; mejoras de la eficiencia; re-priorización del gasto público en salud; y financiamiento externo. Los dos estudios más recientes resaltan la importancia del sistema tributario para la generación de nuevos recursos. Por ejemplo, la creación o aumento de “impuestos al pecado” que son impuestos al consumo de bienes que son considerados dañinos para la salud de las personas como es el caso del tabaco, bebidas alcohólicas, bebidas azucaradas, y comidas procesadas, y destinar (earmark, en inglés) la recaudación de estos impuestos para la salud. También se revisa la posibilidad de aumentar la participación del presupuesto para la salud dentro del gasto público, que implica reducir proyectos mal evaluados de otros sectores para reasignarlos a salud. Una de las fuentes más prometedoras es la liberación de recursos a través de las mejoras en la eficiencia en el sector público. En Políticas en Salud (2014) estiman cuántos recursos se liberarían si se mejora la recaudación tributaria a través de la reducción de la evasión del impuesto general a las ventas (IGV) y reducción de exoneraciones (reducción del gasto tributario). En cambio,

Matus-López, Prieto Toledo y Cid Pedraza (2016) estiman las ganancias asociadas a mejorar la eficiencia en el sector salud. La **Tabla D.2.5** muestra las estimaciones del último estudio.

La evaluación del espacio fiscal, sin embargo, se debe enmarcar no solo en cuánto es el requerimiento (necesidad o brecha) de recursos sino también en su sostenibilidad. Así, es importante considerar la estabilidad y las implicancias de las fuentes que se elijan para generar nuevos recursos y también la regla fiscal vigente.

Tabla D.2.5.

Estimaciones espacio fiscal para salud como promedio anual de puntos porcentuales del PBI

Condición/Fuente	2015-2020
Condición: crecimiento económico	
Pesimista	-0.175
Neutro	0.094
Optimista	0.171
Recaudación fiscal	
Impuesto a la renta y empresariales	0.078
Alza del impuesto al tabaco a nivel latinoamericano	0.004
Reducción de los gastos tributarios en 25%	0.097
Contribuciones sociales	
Reducción de la informalidad en 2.1pp anuales	0.034
Reducción de la informalidad en 3.5pp anuales	0.056
Mejora de la eficiencia del gasto público en 5%	0.031
Re-priorización del gasto en salud (decisión política de asignar incrementos marginales del presupuesto público)	ND
Financiamiento externo	ND

Fuente: Matus-López, Prieto Toledo y Cid Pedraza (2016)

Elaboración: Comisión de Protección Social

Fuente: Matus-López, Prieto Toledo y Cid Pedraza (2016); Políticas en Salud (2011a, 2014)

Elaboración: Comisión de Protección Social

D.2.6. Beneficios

Conceptualmente son diversos los beneficios que surgirán de la propuesta de financiamiento y de las otras propuestas relacionadas con los lineamientos generales en el sistema. El reto está en la cuantificación de estos beneficios en términos monetarios, que están sujetos a la adecuada implementación de las propuestas.

Un primer beneficio es la reducción en la tasa de contribución de las empresas por sus trabajadores en 2.8 puntos porcentuales con sustitución de esa reducción con financiamiento público vía impuestos disminuirá los obstáculos para la formalización del empleo y protegerá a las personas de la vulnerabilidad y la pobreza.

Un segundo beneficio tiene que ver con las ganancias en eficiencia del sistema. Una estimación gruesa utiliza la información del gasto administrativo de dos grupos de países para estimar la ganancia de cambiar el sistema peruano de multi-seguros a uno de seguro único^{51,52}.

Se agrupan los países OCDE entre los que tienen un sistema de seguro único y los que tienen un sistema multi-seguros.

Tabla D.2.6.
Gastos administrativos en países OCDE, por tipo de sistema

		Gobernanza, y administración y financiamiento del sistema de salud (gastos como % PBI)		
Tipo de Sistema	No. de países	Promedio	[95% Intervalo de confianza]	
Multi-seguros	12	0.479	0.295	0.663
Seguro Único	19	0.208	0.168	0.249
<i>Diferencia</i>		<i>0.271</i>	<i>0.127</i>	<i>0.414</i>

Fuente: OECD.Stat (2016)

Elaboración: Comisión de Protección Social

En una comparación de países OCDE (n=31 países), los países que tienen un esquema de multi-seguros gastan en promedio 2.3 veces más como porcentaje del PBI en la administración del sistema de salud en comparación a los países que tienen un seguro único. Los países OCDE que cuentan con seguro único tienen mayor eficiencia administrativa y destinan una mayor proporción del gasto en salud al financiamiento de la prestación. La ganancia de eficiencia promedio es de 0.271 puntos porcentuales del PBI.

Se multiplica estos porcentajes por el PBI del Perú en el año 2015 y se obtiene la **Tabla D.2.7**. Esto implica una ganancia de eficiencia de S/ 1631.32 millones al pasar de un modelo multi-seguros al seguro único en el Perú. En términos relativos, este monto es mayor al actual presupuesto del SIS.

⁵¹ Esta estimación fue desarrollada por Frederico Guanais, Especialista Sectorial del Banco Interamericano de Desarrollo.

⁵² La información del gasto administrativo está disponible para países de la OCDE a través del Sistema de Cuentas de Salud que clasifica los gastos del sector salud. Se selecciona como gasto administrativo la clasificación "HC.7 Gobierno y sistema de salud y administración del financiamiento". Aunque lo ideal sería poder dividir esta clasificación entre las sub-clasificaciones "HC.7.1 Gobierno y administración del sistema de salud: necesarios para el diseño, operación, gestión y control de la política sanitaria" y "HC.7.2 Administración de la financiación de la asistencia sanitaria: necesaria para gestionar el proceso de Financiamiento de la atención de la salud", y utilizar el HC.7.2, sólo se dispone de información al nivel de HC.7

Tabla D.2.7.
Gastos administrativo sistema peruano actual versus el propuesto
(S/ millones)

	Gobernanza, y administración y financiamiento del sistema de salud		
Perú	Promedio	[95% Intervalo de confianza]	
Situación actual (Multi-seguros)	2887.11	1777.27	3996.94
Situación propuesta (Fondo Único)	1255.79	1013.54	1498.04
<i>Diferencia</i>	<i>1631.32</i>	<i>766.80</i>	<i>2495.83</i>

Elaboración: Comisión de Protección Social

La implementación de un sistema prestacional basado en redes integradas también implica beneficios en eficiencia y liberación de recursos. En la medida que la planificación de las inversiones en salud considere toda la oferta existente, las necesidades de inversión se reducen. Por otro lado, el eje central de las redes integradas implica la optimización del tránsito de la persona en el sistema de salud. La atención primaria deberá poder resolver la gran mayoría de problemas de salud además de liderar los esfuerzos en la promoción y prevención. En la medida que se resuelvan los problemas en la atención primaria se reduce la demanda por servicios más complejos. Por otro lado, la promoción y prevención reduce el riesgo futuro de problemas en salud. Pero no basta que se establezcan las redes integradas, también es esencial la función de gestión de riesgo del Fondo Único que debe velar por permitir un acceso eficiente, equitativo, eficaz y de calidad en los puntos de entrada al sistema. Es el Fondo Único el que velará por que las personas reciban el cuidado necesario en el momento necesario. Esto se traduce en una reducción de la demanda por servicios de emergencia y urgencia, que suelen ser los más caros.

La organización de la prestación en redes integradas es un componente clave para mejorar la eficiencia del sistema, la calidad de las prestaciones y el estado de salud de la población. OPS (2010) menciona que los beneficios asociados a las redes integradas de servicios de salud se dan principalmente porque fomentan el desarrollo y fortalecimiento de la atención primaria en salud, a la vez que reducen la fragmentación existente en los sistemas de salud.

Entre estos beneficios se pueden mencionar el incremento en el acceso a los servicios de salud, la optimización de los recursos existentes –gracias a que se evita la duplicación de la oferta existente–, así como la disminución en las referencias a niveles de atención más complejos por el fortalecimiento de la atención primaria. Además, una de las principales ganancias es la reducción en los costos de producción. Esta se logra por “[...] mejoras en la costo-efectividad de los servicios, reducciones en las hospitalizaciones innecesarias, reducciones en la utilización excesiva de servicios y exámenes diagnósticos, disminuciones en los tiempos de estadía hospitalaria, mejorías en las economías de escala y de producción conjunta, aumento de los volúmenes de producción, y aumentos en la productividad del sistema” (OPS, 2010).

Los beneficios asociados a la organización de la prestación en redes integradas se relacionan también a mejoras en la calidad de la atención, en el ajuste entre los recursos del sistema y las

necesidades sanitarias de la población, en la efectividad clínica, en la respuesta de los servicios y en el seguimiento de enfermedades crónicas (OPS, 2010). Asimismo, las redes integradas de salud permiten una mejora en el funcionamiento financiero del sistema gracias a mejores márgenes operacionales, flujos de caja e ingresos totales netos (OPS, 2010).

Existe evidencia de las ganancias de eficiencia de la integración de redes prestacionales, así como de diversas medidas relacionadas a su implementación. Por ejemplo, en una comparación entre el sistema de Kaiser Permanente, sistema de redes integradas en Estados Unidos, y el Servicio Nacional de Salud Británico se encontró que en el primero las tasas de hospitalizaciones agudas de tres condiciones crónicas fueron un tercio de las del segundo (OPS, 2010). Esto implica una reducción de prestaciones costosas debido al mejor manejo de los riesgos y una atención primaria efectiva.

Asimismo, se ha encontrado evidencia de ganancias de eficiencia asociadas a medidas complementarias a las redes integradas de prestación. Este es el caso de las fusiones regionales de establecimientos de salud, lo cual ocurrió en los Países Bajos y produjo un incremento en la eficiencia del sistema: el número promedio de camas en los hospitales se incrementó, a la par que una disminución en el número total de camas. Asimismo, los días de hospitalización por paciente disminuyeron en un 41%, mientras que las admisiones hospitalarias se incrementaron en 134% (Banco Mundial, 2014).

Igualmente, se han encontrado ganancias de eficiencia en el fortalecimiento de las cirugías ambulatorias, con el fin de disminuir la tasa de hospitalizaciones, así como el reducir la cantidad de camas destinadas para el cuidado agudo y destinarlas para cuidados de largo plazo. Esto genera una gran disminución en los costos de producción: una cama destinada a cuidados de largo plazo son 40% menores a los de una cama destinada para el cuidado agudo. Por su parte, los costos asociados a una cirugía ambulatoria son aproximadamente entre 25% y 68% menores que los de una con hospitalización (Banco Mundial, 2014). Esta situación ocurre también al analizar condiciones médicas por separado, ya que sus costos de tratamiento son considerablemente menores cuando se tratan de forma ambulatoria.

Las políticas eficientes relacionadas a medicamentos también permiten generar ahorros. Por ejemplo, políticas que fomentan el uso de medicamentos genéricos han permitido ahorrar alrededor de 25 mil millones de euros cada año en los sistemas de salud de la Unión Europea (Banco Mundial, 2014). Asimismo, los sistemas de compras centralizadas de medicamentos permiten grandes ahorros en los sistemas de salud. En Croacia estos han permitido un ahorro de cerca de 24.5 millones de euros.

El sistema de información único también servirá como herramienta central para una gestión de riesgos más efectiva. Esto también permitirá lograr la adherencia deseada que también reducirá costos en el mediano plazo.

D.2.7. Transición

La implementación de la propuesta se describe a continuación considerando los principales hitos a ser considerados para la transición. Luego, se describen dos escenarios para la transición.

D.2.7.1. Hitos de la transición

La implementación de la propuesta de reforma financiera contempla un período de transición con hitos clave que se deben tener en cuenta. Cabe resaltar que estos hitos se centran en la reforma propuesta, y por lo tanto son hitos necesarios, pero no suficientes. Los hitos no se pueden ordenar en forma cronológica porque algunos son en paralelo.

D.2.7.1.1. Hito: Creación de la institucionalidad del Fondo Único y desarrollo institucional

Este hito incluye la definición de la institucionalidad del Fondo Único, su marco normativo, como también los requerimientos para la gestión. Estos son los requerimientos necesarios del Fondo Único, antes de ejercer la función aseguradora en el sistema.

Preparación de la institucionalidad

- Definición del marco normativo para la creación del Fondo Único con compromisos de financiamiento hasta cubrir el costo total del PEAS.
- Definición de marco normativo presupuestario para el Fondo Único.
- Identificación de la ubicación física del Fondo Único.
- Diálogo sectorial y diseño del marco regulatorio para la participación del sector privado en el aseguramiento y la provisión (seguro complementario y suplementario).

Preparación de la gestión

- Diseño de los sistemas operativos (informáticos y de gestión) del Fondo Único para la compra estratégica y mecanismos de participación de los asegurados.
- Evaluación de las coberturas complementarias del SIS (Plan Complementario, Cobertura Extraordinaria) y de EsSalud (lo no PEAS)
- Diseño del Plan B y C
- Criterios de ampliación PEAS y reducción Plan B y C
- Diseño de mecanismos de pago a redes de servicios y hospitales.
- Definición de acuerdos y mecanismos sectoriales para las adquisiciones de medicamentos e insumos claves.
- Estudios técnicos y financieros para el PEAS, coberturas no PEAS, de alto costo.
- Estimaciones financieras ajustadas y progresión del financiamiento para el PEAS con plazos definidos.

D.2.7.1.2. Hito: Inicio de funcionamiento del Fondo Único como asegurador

Este hito marca el inicio del Fondo Único como asegurador en el sistema.

- Cobertura universal de la población
- Difusión de los beneficios para la población.

D.2.7.1.3. Hito: Cobertura de la población sin seguro

- Ampliación de la cobertura a personas que hoy no cuentan con aseguramiento del SIS o EsSalud con el PEAS. Inicialmente la cobertura sería vía el SIS.
- Financiamiento de la nueva cobertura vía impuestos equivalente al financiamiento actual (gasto per cápita) que tengan los afiliados al SIS.

D.2.7.1.4. Hito: Cobertura de la población EsSalud y reducción de las contribuciones sociales

- Ampliación de la cobertura a personas afiliadas a EsSalud.
- Estimación del gasto actual de EsSalud para financiar el PEAS
- Análisis de los costos y beneficios entre una reducción gradual de las contribuciones vs una reducción de una sola vez

- Reducción de la contribución equivalente al financiamiento vía impuesto para cubrir las prestaciones del PEAS
 - Puede ser de una sola vez, lo que implica que cubre el 100% de gasto actual de EsSalud en PEAS – RECOMENDADO
 - Puede ser anual, lo que implica que cada reducción es equivalente al aumento del financiamiento vía impuestos

D.2.7.1.5. Hito: Aumento del financiamiento del PEAS hasta su costo esperado

- Generación de información, evidencia y medición del desempeño del Fondo Único.
- Evaluación de los procesos del Fondo Único (flujos externos comprador-proveedor-asegurados, flujos internos).
- Desarrollo de estudios técnicos y financieros del PEAS para el escalamiento del financiamiento del gasto PEAS a valores de costo esperado PEAS.
- Compromiso vinculante de un programa de cumplimiento de aumentos en el financiamiento en base a desempeño

D.2.7.1.6. Hito: Ampliación de la cobertura PEAS y su financiamiento

- Evaluación de carga de enfermedad para identificar posibles condiciones asegurables que se podrían agregar a la cobertura del PEAS
- Revisión de las GPC para las posibles condiciones asegurables a ser agregadas
- Análisis de capacidad productiva y costo esperado de condiciones asegurables identificadas
- Evaluación de las implicancias para la cobertura PEAS de la ampliación de cobertura
- Compromiso vinculante del financiamiento para la ampliación de cobertura (no se amplía la cobertura sin tener el financiamiento del costo esperado garantizado)

D.2.7.1.7. Hito: Creación del Fondo de Alto Costo

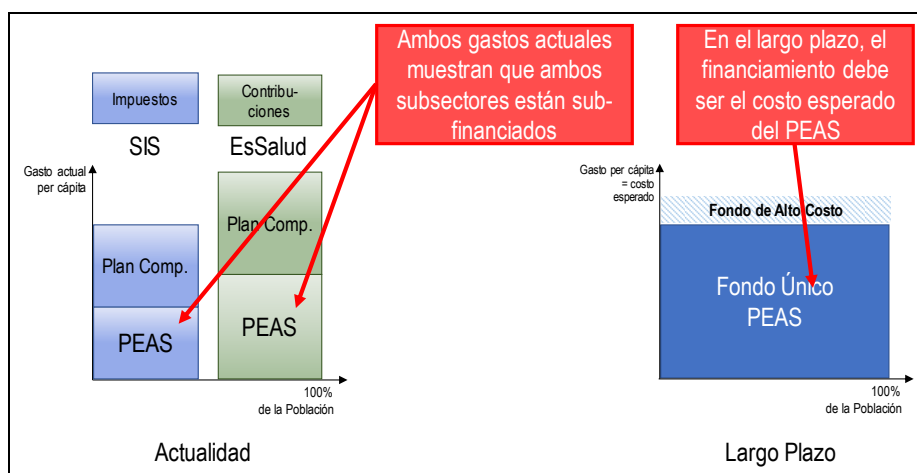
- Análisis de la cobertura FISSAL para el ordenamiento de las enfermedades y prestaciones.
- Diseño del marco institucional, financiero y de gestión del Fondo de Alto Costo.
- Diseño de mecanismos de compensación del Fondo de Alto Costo.
- Diseño financiero del Fondo de Alto Costo con progresión al financiamiento vía impuesto para toda la población.
- Lanzamiento del Fondo de Alto Costo en el Fondo Único con independencia de cuenta y manejo técnico y financiero.

D.2.7.2. Escenarios para la transición financiera

A continuación, se desarrollan algunas proyecciones con diferentes escenarios para la transición. Estos escenarios se deben tomar como alternativos caminos para la transición. En cualquier caso, como se mostró en la sección de costos fiscales, lograr el financiamiento del costo esperado del PEAS para toda la población implica un esfuerzo fiscal importante que no se puede lograr de un momento a otro.

El **Gráfico D.2.12** muestra cómo se debe transitar desde la situación actual hacia el Fondo Único con financiamiento del costo esperado del PEAS para toda la población.

Gráfico D.2.12.
Cobertura poblacional, gasto actual per cápita, costo esperado per cápita, en la actualidad y en el largo plazo



Elaboración: Comisión de Protección Social

D.2.7.2.1. Escenario: Ampliación de cobertura y aumento del financiamiento

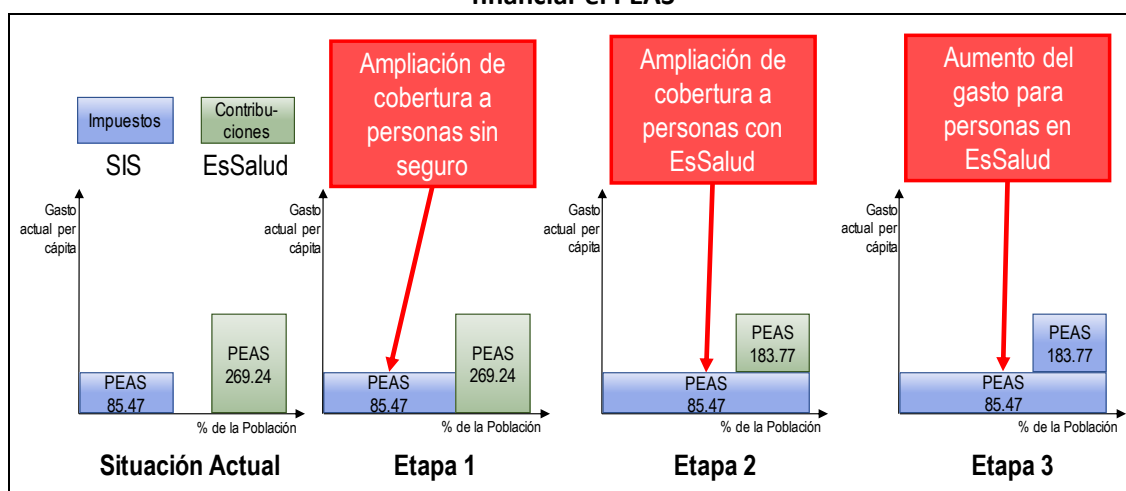
El primer escenario contempla tres etapas clave (**Gráfico D.2.13**). Las barras azules se refieren al gasto financiado vía impuestos mientras que las barras verdes hacen referencia al gasto financiado vía contribuciones a EsSalud. La primera etapa consiste en dar cobertura, bajo el SIS, a la población que hoy no tiene aseguramiento ni con el SIS ni con EsSalud. Esta ampliación de cobertura poblacional se haría con un financiamiento equivalente al gasto actual en el PEAS (S/ 85.47). La cobertura pasa a ser universal, pero con fondos separados (SIS y EsSalud). En una segunda etapa, y en conjunto con el inicio del funcionamiento del Fondo Único, ampliar la cobertura a las personas afiliadas a EsSalud, nuevamente con el financiamiento equivalente al gasto actual en el PEAS del sector público (S/ 85.47). En esta etapa se debe lograr el hito del aseguramiento universal bajo el Fondo Único.

En cuanto al financiamiento de la población EsSalud, dado que éste es parcial con relación al financiamiento PEAS de EsSalud, la reducción de la contribución para financiar el PEAS también es parcial. Se estima que podría reducirse en 0.90 puntos porcentuales.

Finalmente, en la tercera etapa se financia todo el gasto per cápita en el PEAS de EsSalud con impuestos, eliminando la contribución asignada a dicha cobertura, que se estima 2.8 puntos porcentuales. Esto implica que se mantiene una contribución promedio de 6.2% a EsSalud para financiar la cobertura de servicios no incluida en el PEAS y las prestaciones económicas. La siguiente etapa, que no está en el gráfico, sería llevar el financiamiento del PEAS al nivel de su costo esperado.

Gráfico D.2.13.

Escenario 1: Ampliación de la cobertura poblacional y eliminación de las contribuciones para financiar el PEAS



Elaboración: Comisión de Protección Social

El **Gráfico D.2.14** muestra los requerimientos fiscales del PEAS para las etapas del primer escenario como porcentaje del PBI del año 2016: implica aumentar el financiamiento vía impuestos de 0.22% del PBI a 0.27% del PBI, o en 0.05 puntos porcentuales del PBI. Este primer esfuerzo implica que la población que hoy no está asegurado ni por SIS ni por EsSalud (aproximadamente 3.5 millones de personas) cuente con un seguro de salud, con un financiamiento per cápita equivalente al gasto actual en el sector público de S/ 85.47.

La segunda etapa implica un aumento en 0.14 puntos porcentuales del PBI con relación a la etapa anterior. La tercera etapa implica 0.30 puntos porcentuales adicionales con relación a la etapa anterior o 0.71% del PBI.

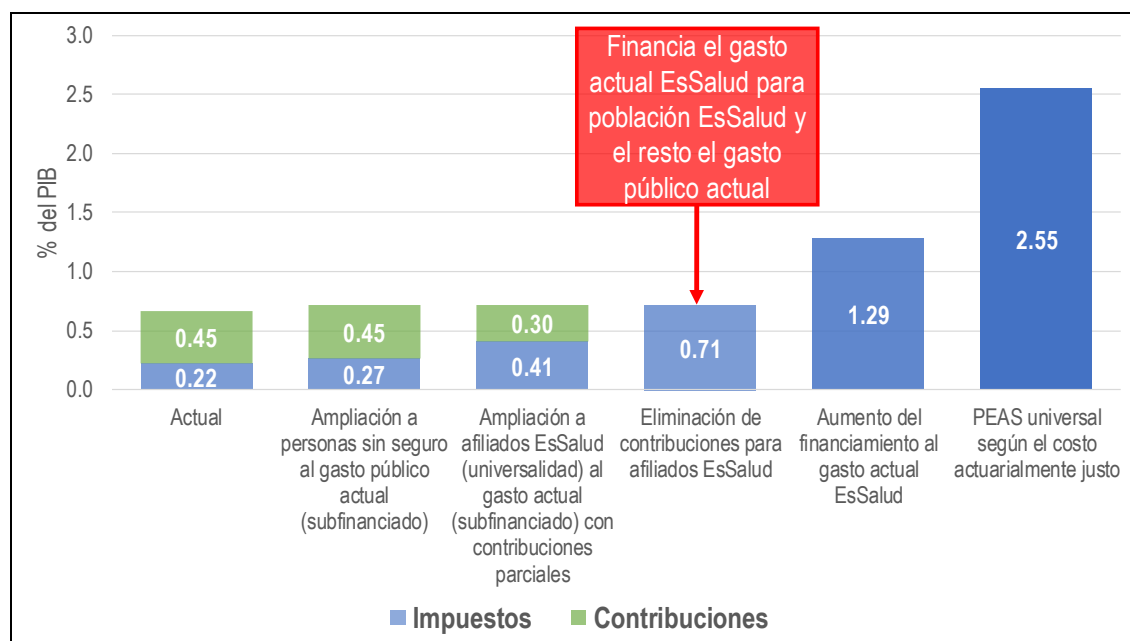
Se incluye también, de modo referencial, el requerimiento fiscal necesario para cubrir a toda la población en el Fondo Único con un financiamiento igual al gasto actual per cápita de EsSalud de S/ 269.24⁵³ (1.29% del PBI).

En términos del gasto total en salud como porcentaje del PBI, financiar el PEAS a su costo actuarialmente justo implica un aumento de 0.67% a 2.55%, o un aumento neto del gasto total en salud de 1.88 puntos porcentuales del PBI. Este aumento en el financiamiento nos ubicaría en el promedio de gasto latinoamericano en salud.

⁵³ El gasto actual per cápita en EsSalud está por debajo del costo estándar ajustado de S/ 532.47.

Gráfico D.2.14.

Escenario 1: Requerimiento fiscal de ampliación de la cobertura poblacional y eliminación de las contribuciones para financiar el PEAS



Elaboración: Comisión de Protección Social

El **Gráfico D.2.15** presenta los hitos de la propuesta para este escenario en una línea de tiempo. En este caso, el Fondo Único absorbe la función de aseguramiento el año 2019, lo que implica el cierre de las IAFAS SIS y EsSalud. A partir del año 2020 se reduce el porcentaje de contribución a EsSalud para financiar el PEAS hasta eliminarla completamente en el año 2022. Así en el año 2023, la mancomunación de riesgos y fondos es completa. Solo cuando el financiamiento del PEAS sea equivalente a su costo esperado (año 2030) se procede a considerar ampliaciones de la cobertura del PEAS condicional a que la ampliación tenga financiamiento garantizado.

Gráfico D.2.15.

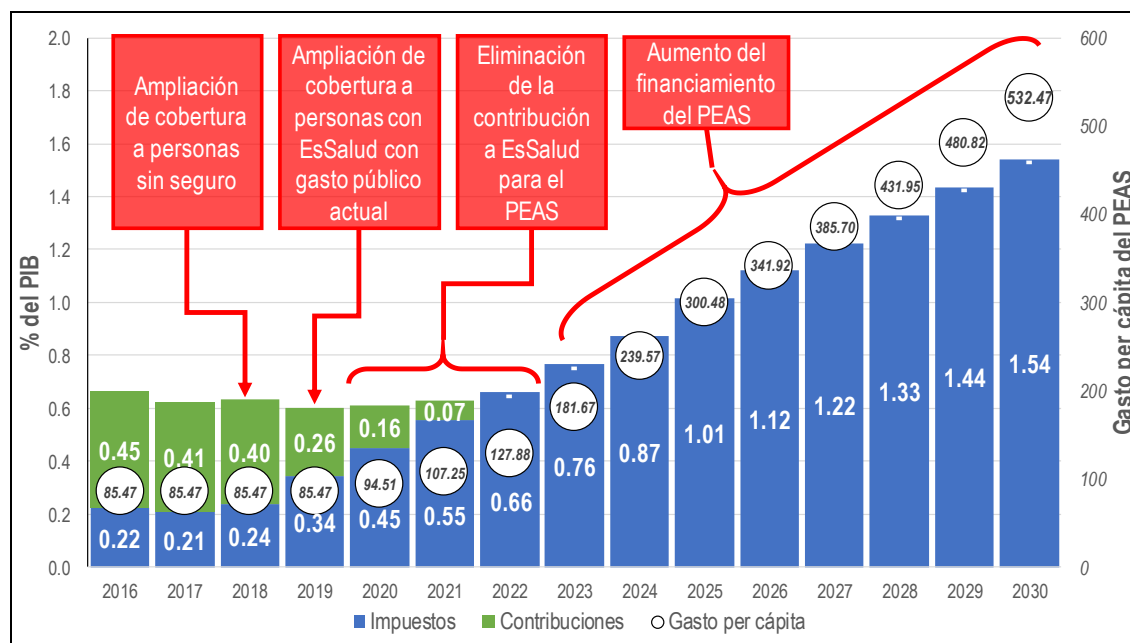
Escenario 1: Línea de tiempo de los hitos de implementación de la propuesta

2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2017	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035-
Creación del fondo Único y desarrollo interno	Inicio de aseguramiento del Fondo Único																
Cobertura personas sin seguro a través del SIS	Cierre del SIS y EsSalud IAFAS																
	Cobertura de afiliados EsSalud	Eliminación de las contribuciones para financiar el PEAS (aumento del gasto per cápita para todos)			Mancomunación completa de fondos para PEAS (per cápita único) Aumento del financiamiento del PEAS (hasta llegar a 532.24 per cápita en el 2030)							Ampliación de la cobertura PEAS y reducción de los Planes B y C, sujeto al compromiso de financiamiento					

Elaboración: Comisión de Protección Social

El **Gráfico D.2.16** muestra los requerimientos financieros anuales para este primer escenario. En este caso, se utiliza las proyecciones del PBI en el MMM (MEF, 2016) y se asume un crecimiento real del PBI de 4% anual a partir del año 2020. Se utiliza la proyección de población del INEI y se asume un crecimiento de la población de asegurados de EsSalud de 2% anual. Los hitos están señalados en el gráfico, como la ampliación de la cobertura (a través del SIS) a las personas hoy sin seguro (año 2018). En el año 2019 empezaría a funcionar el Fondo Único asegurando a toda la población. Eso implica la absorción de las IAFAS SIS y EsSalud. Para el 2019, entonces, ya se deben haber diseñado los contratos para la compra estratégica y todos los otros requerimientos para el funcionamiento del Fondo Único como asegurador. También en el año 2019 hay una primera reducción de la contribución a EsSalud ya que se financiaría vía impuestos al nivel del gasto actual per cápita del sector público. Entre los años 2020 y 2022 se aumenta el financiamiento y reduce las contribuciones hasta eliminarlas por completo. A partir del 2023 se aumenta el financiamiento hasta llegar al costo estimado del PEAS de S/ 532.47 en el año 2030.

Gráfico D.2.16.
Escenario 1: Requerimiento fiscal anual de ampliación de la cobertura poblacional y eliminación de las contribuciones para financiar el PEAS



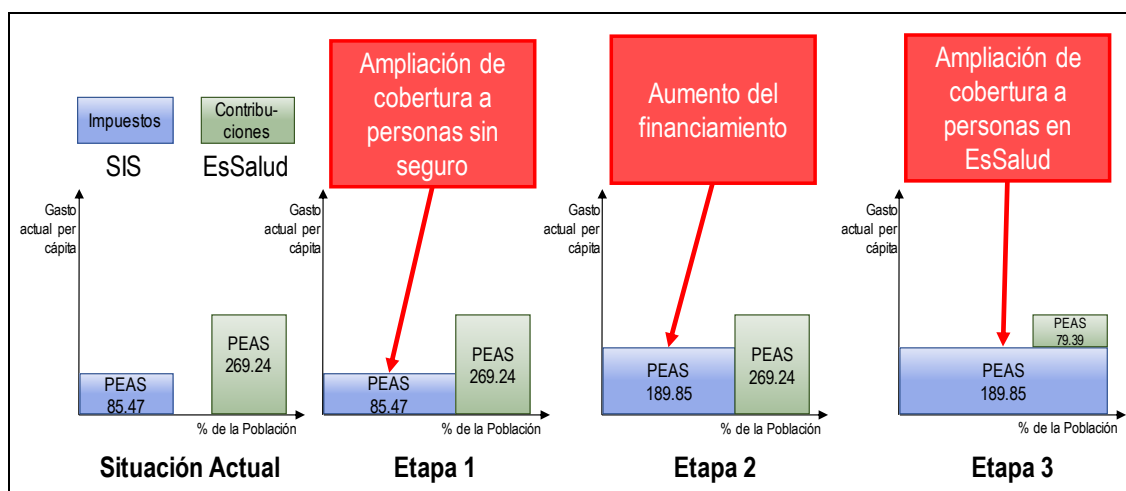
Elaboración: Comisión de Protección Social

D.2.7.2.2. Escenario: Aumento del financiamiento y eliminación de las contribuciones

El segundo escenario contempla cuatro etapas de las cuales tres se muestran en el **Gráfico D.2.17**. La primera etapa es igual a la del escenario 1; consiste en dar cobertura, bajo el SIS, a la población que hoy no tiene aseguramiento ni con el SIS ni con EsSalud con un gasto de S/ 85.47 y manteniendo los fondos separados. En la segunda etapa, se aumenta el gasto per cápita del SIS hasta S/ 189.85. En la tercera etapa, se inician las funciones del Fondo Único con la ampliación de la cobertura a las personas afiliadas a EsSalud, eliminando parcialmente la contribución que financia el PEAS en EsSalud. En la última etapa, que no está incluida en el gráfico, se financia todo el gasto per cápita en el PEAS de EsSalud con impuestos, eliminando la contribución asignada a dicha cobertura. Al igual que el primer escenario, se debe seguir aumentando el financiamiento para lograr cubrir el costo esperado del PEAS.

Gráfico D.2.17.

Escenario 2: Ampliación de la cobertura poblacional, aumento del financiamiento y eliminación de las contribuciones para financiar el PEAS



Elaboración: Comisión de Protección Social

El **Gráfico D.2.18** presenta los hitos de la propuesta en una línea de tiempo. En este caso el Fondo Único absorbe la función de aseguramiento para el año 2020, un año después que en el escenario anterior, que coincide con el aumento en la cobertura a afiliados EsSalud de su gasto actual con impuestos. Luego, se aumenta el financiamiento del resto de los afiliados hasta llegar al gasto actual de EsSalud en el año 2023. Entre el año 2024 y 2030, se aumenta el financiamiento hasta llegar al costo esperado del PEAS.

Gráfico D.2.18.

Escenario 2: Línea de tiempo de los hitos de implementación de la propuesta

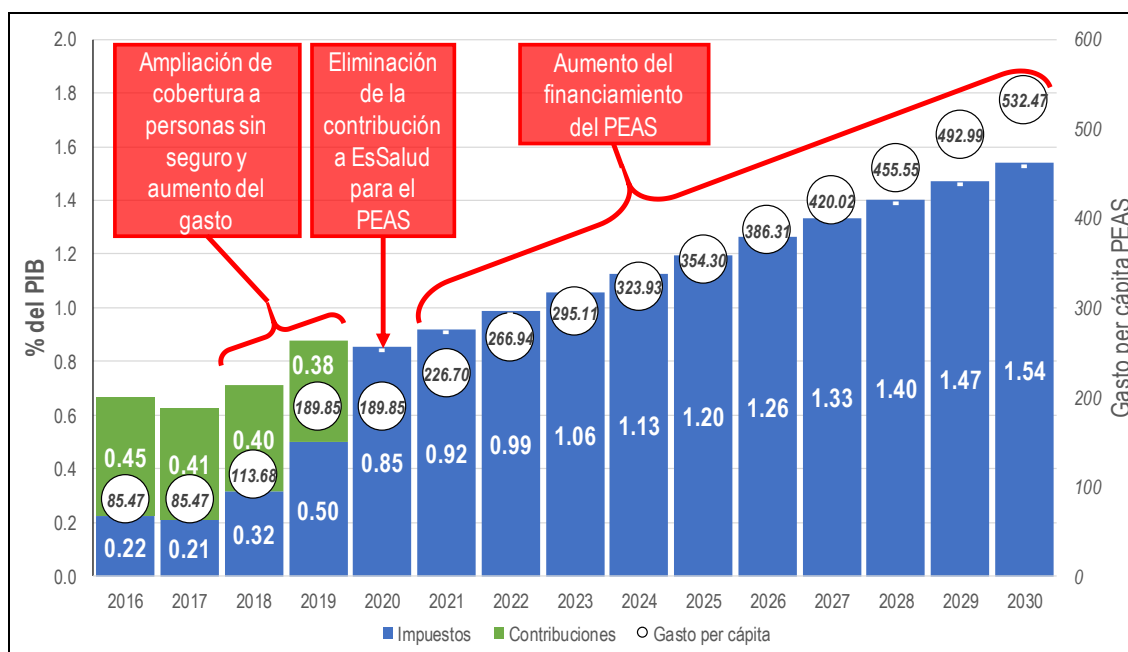
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035-
Creación del fondo Único y desarrollo interno		Inicio de aseguramiento del Fondo Único															
		Cierre del SIS y EsSalud IAFAS															
		Cobertura de afiliados EsSalud y eliminación de las contribuciones para financiar el PEAS	Aumento del financiamiento hasta llegar al gasto per cápita de EsSalud (269)			Mancomunación completa de fondos para PEAS (per cápita único) Aumento del financiamiento del PEAS (hasta llegar a 532.24 per cápita en el 2030)						Ampliación de la cobertura PEAS y reducción de los Planes B y C, sujeto al compromiso de financiamiento					

Elaboración: Comisión de Protección Social

El **Gráfico D.2.19** muestra el requerimiento fiscal anual. Este escenario implica un aumento importante en el financiamiento cuando se incorpora a los asegurados en EsSalud. Si bien este hito podría ser restrictivo fiscalmente, sin embargo, limita la incertidumbre para los empleadores sobre los cambios en las contribuciones a futuro.

Gráfico D.2.19.

Escenario 2: Requerimiento fiscal anual de la ampliación de la cobertura poblacional, aumento del financiamiento y eliminación de las contribuciones para financiar el PEAS



Elaboración: Comisión de Protección Social

Estas estimaciones se realizaron con los datos disponibles. Sin embargo, cabe resaltar que se requieren estudios específicos para identificar los gastos del PEAS tanto para los asegurados en el SIS como en EsSalud, así como una revisión y actualización del estudio actuarial del PEAS.

D.3. SEGURO DE DESEMPLEO

D.3.1. Marco Conceptual

El objetivo de un seguro de desempleo es proteger a los trabajadores ante un siniestro: la pérdida del empleo. El seguro ofrece un beneficio, en la forma de salario de reemplazo o de pago único, a aquellas personas que han perdido su empleo para que puedan dedicarse a la búsqueda de uno nuevo. En este sentido, el riesgo moral de ofrecer un seguro de desempleo es evidente: recibir un ingreso por no trabajar puede desincentivar el trabajo. Así, recibir un salario de reemplazo puede inducir a periodos de desempleo más largos o más frecuentes entre los beneficiarios que frente al resto de trabajadores o en comparación con la situación sin seguro. Entonces, ¿cómo asegurar que el beneficiario destine su tiempo a la búsqueda de empleo y no al ocio? ¿Cómo evitar que los desempleados incurran en periodos de desempleo más largos? ¿Cómo evitar que los trabajadores caigan de manera más frecuente en el desempleo? Los primeros estudios sobre diseños de protección ante el desempleo aparecieron para contestar a estas preguntas, siendo en su mayoría estudios teóricos que buscaron encontrar un modelo de seguro óptimo de desempleo que permitiera proteger a los trabajadores sin distorsionar su comportamiento ni el de los mercados laborales.

Shavell y Weiss (1979) fueron los pioneros del diseño de un seguro de desempleo óptimo. Ellos desarrollan un modelo de búsqueda de empleo que lidia con el riesgo moral de rechazar un empleo para seguir siendo beneficiario del seguro. Plantean una economía en la que todos los agentes son iguales y aversos al riesgo, y en la que el empleo es absorbente; es decir que una vez que el trabajador consigue un empleo se mantiene en éste para siempre. La probabilidad de encontrar un empleo, en este modelo, está sujeta al nivel de esfuerzo en la búsqueda y al salario de reserva. Finalmente, no hay mercado de capitales y los trabajadores no pueden endeudarse. Los primeros resultados de la versión más simple del modelo indican que un seguro de desempleo óptimo debería de mantener los beneficios constantes durante el periodo de desempleo. Sin embargo, al incluir riesgo moral en el comportamiento de los trabajadores los resultados cambian. Bajo este escenario, los beneficios deberían ser decrecientes a lo largo del periodo de desempleo, ya que monitorear el esfuerzo de cada beneficiario es demasiado costoso. Con beneficios decrecientes se presiona al trabajador a realizar una búsqueda más intensiva.

Hopenhayn y Nicolini (1997) proponen un diseño del seguro de desempleo en la misma línea que Shavell y Weiss (1979). En su modelo de búsqueda de empleo, los agentes también son iguales entre sí, aversos al riesgo, el empleo es absorbente y no hay mercado de capitales. Ante el riesgo moral, Hopenhayn y Nicolini incrementan el set de herramientas de política que pueden utilizarse. Incluyen además del beneficio de desempleo, un impuesto al salario percibido inmediatamente después del desempleo. Encuentran que para lograr un seguro de desempleo óptimo, los beneficios deben decrecer con el tiempo de desempleo y el impuesto debe incrementar según la duración del desempleo anterior. Utilizando ambos instrumentos se fomenta el esfuerzo de los trabajadores para conseguir un nuevo empleo, ya que ambos hacen que la búsqueda prolongada de empleo sea más costosa. Además, a mayor penalidad por periodos de desempleo mayores razones para evitar el desempleo. Estos incentivos pueden tener repercusiones no deseadas en las preferencias de los trabajadores sobre, por ejemplo, la industria en la que se busca el empleo. Estos efectos son ignorados por los autores.

Los trabajos seminales de Shavell y Weiss (1979) y Hopenhayn y Nicolini (1997) abrieron una discusión sobre el perfil que debería tener el pago de beneficios a lo largo del periodo de desempleo. Esto es, cómo se debería de comportar el pago de beneficios a lo largo del tiempo de desempleo. Si bien ambos trabajos concluyen que los beneficios deben ser decrecientes con el tiempo, la razón del comportamiento decreciente y el comportamiento en sí son desafiadas por la literatura posterior.

Un trabajo que discute el comportamiento decreciente de los beneficios es el de Wang y Williamson (1996). En su modelo, ellos consideran un riesgo moral adicional al de los modelos anteriores: la destrucción del empleo. Argumentan que un seguro de desempleo puede fomentar el desempleo. Al hacer más atractivo el desempleo, los trabajadores se esfuerzan menos en mantener su trabajo. Así, en el modelo que proponen, tanto la probabilidad de encontrar un empleo como la de perder un empleo dependen del esfuerzo del trabajador. Los parámetros son calibrados de tal forma que los flujos al desempleo, el ratio de desempleo y la tasa de cobertura coincidan con las del sistema de seguro de desempleo de Estados Unidos de esa época. Para prevenir la destrucción del empleo, los autores presentan un sistema de pago de beneficios bajo al inicio del periodo de desempleo, pero que se incrementa con el tiempo hasta cierto punto para luego volver a caer. De esta manera, se desincentiva la entrada al desempleo y los empleos que suponen *temporary layoffs*.

Hasta ahora se han visto modelos de desempleo que reducen las distorsiones del mercado laboral a problemas de riesgo moral. Sin embargo, hay estudios que consideran que parte de la distorsión en el mercado se debe a la incapacidad del Estado de observar el perfil y las preferencias que tienen los beneficiarios. Al no poder observarlo, el Estado ofrece beneficios tanto al trabajador que efectivamente busca un nuevo empleo, como al trabajador que prefiere ser desempleado para siempre. Así, las distorsiones de mercado también se dan por un problema de selección adversa. En esta línea, Cremer, Marchand y Pestieau (1996) argumentan que los problemas que supone un seguro de desempleo no son solo de riesgo moral, sino también de selección adversa. En su modelo de búsqueda de empleo identifican una discrepancia entre el empleo que los desempleados prefieren y el empleo que se les ofrece. Un seguro de desempleo les permite a estos individuos esperar a que llegue un trabajo que consideren adecuado para ellos. Sin embargo, hay un segundo tipo de individuos cuya habilidad en actividades informales es más valiosa y que preferirán quedarse en el sector informal. Que este segundo grupo reciba beneficios de desempleo puede empujarlos a quedarse desempleados para siempre. En el modelo planteado existe asimetría de información entre el Estado y los individuos. El Estado no puede observar las preferencias de los trabajadores, el esfuerzo de búsqueda de empleo ni la habilidad en el sector informal, de modo que ante este problema de selección adversa, el modelo de seguro que predomina es aquel en dos etapas que tiene beneficios decrecientes a lo largo del periodo de desempleo.

Un análisis más complejo de la economía laboral considera a los salarios (y no solo al esfuerzo) como una variable endógena. Todos los modelos presentados hasta ahora asumen que la distribución de los salarios está dada y que los únicos factores que cambian con los trabajadores son el nivel de esfuerzo en la búsqueda del empleo, el tiempo que se mantienen desempleados y en algunos casos el esfuerzo para mantener el empleo. Sin embargo, en la práctica la negociación entre trabajador y empleador define en cierta medida los salarios. Los siguientes modelos incluyen los salarios como una variable endógena.

El primero de ellos es el de Cahuc y Lehmann (1999). Ellos argumentan que el nivel de desempleo influye en los salarios, en la demanda por empleo y en la intensidad de la búsqueda

de empleo. Por lo tanto, un estudio sobre los efectos del seguro de desempleo no puede asumir salarios exógenos, como han estado haciendo los autores anteriores. Cahuc y Lehmann se cuestionan si el pago de beneficios debe decrecer con el tiempo de desempleo al considerar salarios endógenos. En el modelo, de salarios y esfuerzo endógeno, se asume que los trabajadores pueden estar en alguna de las tres condiciones: empleado, desempleado en el corto plazo y desempleado en el largo plazo. Los salarios se determinan por una negociación colectiva dentro de la empresa (acuerdos colectivos), de manera que la negociación de un trabajador determina el salario de toda la empresa. Si el contrato se rompe, el trabajador que negoció el salario cae al desempleo de corto plazo. Ante la pregunta que se plantean, los autores encuentran que con beneficios decrecientes a lo largo del período de desempleo no sólo se induce a los trabajadores a buscar un trabajo con mayor intensidad sino que los beneficios decrecientes también conducen a un incremento en los salarios. El alza de los salarios implica un incremento en la tasa de desempleo que puede contrarrestar el efecto del mayor esfuerzo de búsqueda. De esta manera, la pregunta de investigación se vuelve incluso más cuestionable.

Fredriksson y Holmlund (2001) también consideran los salarios, además del esfuerzo, como endógenos e incorporan libre entrada de nuevos empleos. Tanto el nivel de esfuerzo como los salarios se ven afectados por las características del seguro de desempleo. Los autores se centran en un modelo de seguro con dos niveles de beneficios. En un primer momento, los desempleados acceden a beneficios. Una vez agotados los beneficios a los que accedieron, se les otorga una especie de asistencia social, que es mucho menor que el beneficio anterior. Ellos encuentran que para un seguro óptimo los pagos de beneficio deben ser decrecientes con el tiempo de desempleo.

En el marco de la literatura internacional, los países en desarrollo han levantado un interés especial por las características de sus mercados laborales. Una característica en especial ha sido origen de muchos estudios: la informalidad ¿Qué sucede si los desempleados pueden optar por una opción adicional, esto es la de trabajar en un empleo informal? ¿Qué papel juega el seguro de desempleo en la decisión de mantener un empleo formal? Como se verá a continuación, las consecuencias de un mercado laboral informal no son triviales. Es necesario incluir la existencia de este mercado paralelo en el análisis de un seguro de desempleo.

Bardey y Jaramillo (2011) analizan el efecto de un incremento en los beneficios del seguro de desempleo sobre el esfuerzo por conseguir un empleo en el sector formal para países en desarrollo, en los cuales existe un amplio mercado de trabajo informal. Su análisis se limita a un único periodo de desempleo. No observan el efecto en futuros periodos de desempleo ni el riesgo moral que éstos traen consigo. En su modelo, un trabajador desempleado puede destinar su tiempo a tres actividades: (i) buscar un empleo en el sector formal de la economía, (ii) ganar dinero en alguna actividad informal, o (iii) al ocio. En una economía con un sector informal, el incremento de los beneficios de un seguro de desempleo incrementa el esfuerzo realizado para asegurar un empleo en el sector formal. Esto se debe al hecho de que los beneficios disminuyen el costo de oportunidad marginal generado por el esfuerzo.

De manera complementaria, Bosch (2016) explica los posibles beneficios y retos de un seguro de desempleo en el contexto de una economía altamente informal. Como explica Bosch, un seguro correctamente implementado puede favorecer el trabajo formal al hacerlo más valioso que el empleo informal. Además, la evidencia en países en desarrollo demuestra que un salario de reemplazo es una mejor herramienta para proveer un ingreso seguro en caso de pérdida de empleo. Sin embargo, en una economía altamente informal, la cobertura de dicho sistema

sería baja. Además los problemas morales usuales que enfrenta un seguro de desempleo se intensificarían, ya que los trabajadores podrían reclamar un seguro de desempleo mientras trabajan en un empleo informal.

Otros autores también aportan a la literatura del seguro de desempleo en un mercado de alta informalidad desde una perspectiva más crítica, como las conclusiones recogidas en la publicación editada por Pagés, Rigolini y Robalino (2013). Uno de los argumentos más resaltantes es que bajo un modelo “bismarckiano” en el que las contribuciones son obligatorias para financiar los beneficios, economías en desarrollo sufrirán inevitablemente problemas de cobertura debido a que gran parte del mercado laboral es informal, auto-empleado o agrícola. Una solución a este problema es crear sistemas no contributivos que protejan a todos los trabajadores. Sin embargo, ello genera distorsiones que, como se menciona en el estudio, pueden provenir del lado de la oferta o del lado de la demanda. Sobre el lado de la oferta, se generan incentivos a tomar empleos informales si el seguro se expande a todos los trabajadores, y si los beneficios son suficientemente grandes se incrementa la duración del desempleo. Por el lado de la demanda, las contribuciones obligatorias pueden generar incentivos para contratar de manera informal, sobre todo en el caso de baja productividad de los trabajadores. Algunas de las recomendaciones para expandir la cobertura de aseguramiento social sin distorsionar son las siguientes: (i) dar más flexibilidad para escoger los programas a los que se afilia, proveyendo de mejor información e incentivos para afiliarse; (ii) recurrir a acuerdos concretos redistributivos que ayuden a reducir la pobreza y la desigualdad; y (iii) reducir la carga impositiva, mejorando los vínculos entre las contribuciones y los beneficios.

Muchos de los trabajos que lidian con la informalidad en el contexto de un seguro de desempleo, lo hacen desde las propias experiencias de los países que lidian con ese problema. González-Rozada y Ruffo (2014) evalúan los efectos de proveer mayores beneficios, mayor cobertura y mayor duración del seguro de desempleo en Argentina, una economía con significativa informalidad, a partir del análisis de las variaciones de los beneficios originados por los cambios en la legislación argentina entre el 2006 y el 2007. Sus estimaciones se basan en datos administrativos de la seguridad social. Los autores encuentran que un incremento en la tasa de reemplazo del salario incrementa la duración del desempleo y genera salarios más altos en el siguiente empleo. Por otro lado, la extensión de los beneficios incrementa en mayor medida la duración del desempleo, pero en menor medida el salario futuro. Finalmente, sobre el efecto en el bienestar, incrementos en el beneficio traen mejores resultados que incrementos del mismo monto utilizados para alargar la provisión del seguro. Así, los autores concluyen que en Argentina un seguro de desempleo debe ser de duración corta y de beneficios generosos.

Espino y Sanchez (2015) se preguntan cómo la presencia de la informalidad afecta el desarrollo de un seguro de desempleo óptimo. Ellos desarrollan un modelo simple de un período con agentes aversos al riesgo que pueden decidir entre trabajar en un empleo formal o uno informal. Las empresas, por su parte, son neutrales al riesgo. Su modelo es una extensión del de Blanchard y Tirole (2008), que incluye al empleo informal, el cual no puede ser observado por el Estado. El estudio encuentra que en economías con alto riesgo de informalidad, se deberían pagar indemnizaciones altas por despido. En ese escenario, el gobierno debería de establecer un pago de castigo en vez de un beneficio de seguro de desempleo. Es decir, se debería establecer un impuesto a la informalidad, de tal manera que se incentive el trabajo formal

Finalmente, Álvarez-Parra y Sánchez (2009) desarrollan una extensión del modelo de Hopenhayn y Nicolini (1997), al incluir un mercado laboral informal en su marco de referencia. Su principal hallazgo es que los beneficios de un seguro óptimo deben caer abruptamente a cero después de algunos meses de cobertura y que los esfuerzos del trabajador por conseguir un empleo deben concentrarse en el primer mes de desempleo. Luego de esto, el riesgo de que el empleado reclame sus beneficios y opte por un trabajo informal es alto. Así, un modelo óptimo no debería incluir beneficios para los desempleados de largo plazo.

Un aspecto adicional de los sistemas de seguro de desempleo es que incorporan servicios para la reinserción del trabajador o de “activación”, que típicamente incluyen asesoría y apoyo para la búsqueda de empleo, pero también pueden incluir capacitaciones o entrenamiento que refuerce las habilidades en el trabajo.⁵⁴ Card, Kluve y Weber (2010) han hecho una revisión sistemática de la evidencia sobre la efectividad de estos servicios y concluyen que las intervenciones más efectivas son las de asistencia en la búsqueda de empleo (*job search assistance*). Así mismo, capacitaciones en aula o prácticas en empresas tienen impactos positivos en el mediano plazo. En cualquier caso, estos tipos de intervenciones constituyen elementos claves para un programa de seguro de desempleo en la medida en que pueden acelerar la reinserción laboral, así como mejorar la calidad del empleo para el trabajador.

En resumen, la revisión de la literatura permite observar el rol central que juega el tema de los incentivos para un seguro de desempleo y, en particular, el riesgo moral. El grueso de la literatura y particularmente aquélla que ha considerado las características de los mercados laborales en países en desarrollo sugiere un modelo de salarios de reemplazo decrecientes con el tiempo de desempleo. Modelos más complejos de seguros de desempleo incluyen penalidades a periodos de desempleo largos o consecutivos, incluyendo impuestos a los salarios una vez obtenido un empleo. En cualquier caso, la literatura más relevante enfocada en países de Latinoamérica, que al igual que Perú sufren de problemas como altas tasas de informalidad sugiere que un seguro de desempleo óptimo debería ser de duración corta y beneficios decrecientes. Así mismo, debería estar ligado a servicios que faciliten una buena y rápida reinserción de los trabajadores.

D.3.2. Diseño del Seguro de Desempleo

Con una idea más clara del mercado laboral en el que se instauraría el seguro de desempleo, se puede comenzar a pensar en las características que debería de tener su diseño. El panorama de nuestro mercado de trabajo descrito en la sección anterior plantea retos importantes para un seguro de desempleo. Cuatro características son particularmente condicionantes: alta informalidad, bajo uso de contratos por tiempo indefinido, alta rotación laboral y baja incidencia de despidos. El diseño que se plantee debe considerar estas características, ya sea para tener estimaciones realistas de la cobertura a alcanzar o para incorporar elementos que lidien con algunos de estos problemas. Dejarlas de lado, resultaría en un mecanismo poco efectivo que no cumpliría con el objetivo de aseguramiento ante un periodo de desempleo.

D.3.2.1. Componentes del seguro de desempleo

Los elementos centrales que definen un seguro de desempleo son: la cobertura y afiliación, que deben responder a la pregunta de cuál es la población a la que se orienta esta política; las

⁵⁴ Véase la reciente serie de publicaciones *Back to Work*, de la OECD, enfocada en las experiencias de países con programas orientados a apoyar la reinserción laboral.

condiciones de elegibilidad para acceder a los beneficios; la definición de los beneficios y el mecanismo de financiamiento.

D.3.2.1.1. Cobertura y Afiliación

La afiliación de un seguro de desempleo consiste en el grupo de personas que pueden acceder al sistema de aseguramiento. Por lo general, en la experiencia internacional, éste se hace disponible para los trabajadores asalariados y excepcionalmente a los independientes. Dadas las particularidades del mercado laboral peruano y sus consecuencias en términos de riesgo moral y observabilidad del status laboral, es necesario restringir esta definición. Por las razones que exponemos seguidamente, el seguro de desempleo en el Perú debería restringirse a los trabajadores asalariados formales del sector privado.

En el caso de los trabajadores independientes, por ejemplo, nos planteamos la siguiente pregunta: ¿qué indicadores evidencian el status laboral (empleado/desempleado) de un trabajador independiente? La respuesta es que no existen estos indicadores, más allá de la autodeclaración. En la misma dirección tampoco sería posible identificar si consiguieron un empleo. Esto nos lleva a descartar a este grupo como potenciales beneficiarios de esta política. El caso de los trabajadores informales no es diferente, por lo que su aseguramiento tampoco parece viable, debido a la falta de mecanismos para fiscalizar y monitorear su actividad laboral. Se debe tomar en cuenta también que un objetivo de la reforma de la protección social es fomentar la formalidad. Otorgarles aseguramiento a trabajadores no registrados no es congruente con este objetivo.

Una cuestión siguiente es si debería incorporarse también a los trabajadores del sector público. Aquí la respuesta también es no, pero por razones muy distintas. En general, en el Perú las normas laborales son muy distintas entre los sectores público y privado. Los trabajadores públicos tienen su propio régimen laboral, separado del régimen de la actividad privada. Más aún, en el sector público se garantiza la estabilidad laboral a través del nombramiento, por lo que las salidas del empleo público son por lo general voluntarias.

Dadas las múltiples modalidades contractuales del mercado laboral peruano, la definición anterior no es suficientemente exhaustiva. Queda aún la duda si entre los trabajadores asalariados del sector privado se incluirán todos los tipos de contrato, solo los de tiempo indefinido, el grupo de contratos a plazo fijo o los contratos a tiempo parcial. En principio, los únicos contratos que deberían de estar asegurados son los de tiempo indeterminado, ya que el seguro protege el desempleo producido por despido y la incidencia de despidos entre contratos a plazo fijo, como se ha visto en la sección anterior, es muy baja. Como se verá más adelante, esta propuesta podría modificarse para incluir contratos a plazo fijo para tratar de ampliar la cobertura del seguro. Sin embargo, como se mostrará, esto no parece posible bajo ningún parámetro razonable de elegibilidad para acceder a los beneficios.

D.3.2.1.2. Elegibilidad para acceder a los beneficios

Una característica de todos los seguros es que cubren contra contingencias que sustancialmente no están bajo control de los asegurados. Así, el evento ante el cual el seguro provee cobertura debe ser exógeno a la voluntad y acción del individuo asegurado. En el contexto de un seguro de desempleo esto significa que están cubiertas las salidas del empleo involuntarias, esto es, aquéllas que se derivan de un despido y no las que provienen de la decisión individual de dejar un trabajo. En nuestro caso, como vimos en la sección anterior (**Apartado E.3.**), la proporción de salidas del empleo debido a un despido es muy pequeña. En este contexto, exploramos luego la opción de incorporar a trabajadores que tienen un contrato a plazo fijo al concluir este contrato.

La segunda condición de elegibilidad es la de haber aportado al seguro durante un mínimo de tiempo determinado. Las contribuciones pueden haber sido continuas (por ejemplo, haber contribuido en 12 veces en los últimos 12 meses) o discontinuas en el tiempo (ej., haber contribuido en 12 de los últimos 24 meses). Se ha definido que los afiliados deberán aportar durante 12 meses al seguro para acceder a los beneficios, tal como se establece en otros países de Latinoamérica. Los aportes podrán ser esparcidos en el tiempo, hasta un máximo de 24 meses. Esta definición es consistente con la alta rotación observada en el mercado laboral peruano. Los trabajadores cambian de empleo con frecuencia y obligarlos a aportar 12 meses ininterrumpidos haría que solo un grupo muy pequeño de afiliados sean elegibles para recibir beneficios.

D.3.2.1.3. Beneficios

La generosidad de un seguro de desempleo, como se ha visto en la revisión de literatura, tiene que ser definida con mucha cautela. Tasas de reemplazo muy generosas pueden generar incentivos perversos en el mercado laboral. Respecto al salario de reemplazo, éste es usualmente una fracción del último salario del trabajador. Para el diseño, se debe escoger la fracción y su tendencia. La literatura especializada recomienda beneficios del seguro de desempleo decrecientes en el tiempo.

Asimismo, parte de la elección sobre el nivel de generosidad depende de la duración del beneficio. La alternativa más utilizada es otorgar los beneficios mientras dure el desempleo con un máximo de meses. Alternativamente, la duración puede depender del periodo de empleo anterior. Aquí se plantea un seguro de desempleo con una duración máxima del beneficio, para reducir los incentivos a prolongar el desempleo y evitar subsidiar a trabajadores formales que migran al sector informal. Adicionalmente, para limitar estos problemas de riesgo moral, siguiendo a la literatura especializada, se ha definido un esquema de salarios de reemplazo decrecientes. La duración máxima del salario de reemplazo sería de 4 meses y cubriría en promedio un 50% del último salario del trabajador. Para esto se comenzaría en un salario de reemplazo de 80% en el primer de desempleo e iría reduciéndose en 20 puntos porcentuales en cada uno de los meses subsiguientes.

Adicionalmente al salario de reemplazo, el diseño del seguro de desempleo contempla un conjunto de servicios para los desempleados. Estos servicios se orientan a mejorar la empleabilidad de los trabajadores y facilitar su reinserción laboral. La experiencia internacional, específicamente dentro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), muestra que se pueden considerar servicios de diferentes tipos, agrupables en dos grandes grupos: (i) Asesoramiento en la colocación de empleo y (ii) Capacitaciones y entrenamiento.

Sobre el primer grupo de servicios, el objetivo es ayudar al desempleado en la misma búsqueda de un empleo. Por ejemplo, en Australia, Finlandia y Nueva Zelanda, esta ayuda consiste en la elaboración del currículo. En otros países, la ayuda va por el lado de la instrucción sobre la situación del mercado laboral (i.e. Australia, Suecia). Encontramos también servicios como sesiones con un consejero, en Suecia, y acceso a información sobre empleos disponibles, en Australia.

Sobre el segundo grupo de servicios, el objetivo es orientar a mejorar el perfil del desempleado, aumentando sus probabilidades de encontrar un empleo. En Japón, Dinamarca y Finlandia, por ejemplo, se realizan capacitaciones ocupacionales. En algunos de estos países también se encuentran programas de rotación de empleo. En Dinamarca, se implementan adicionalmente esquemas de empleos por periodos y prácticas subsidiadas.

Los posibles servicios para el mercado peruano deberían seguir esta línea y definirse siguiendo una evaluación de la potencial efectividad y adecuación a la realidad local de cada uno de ellos. Si bien, el MTPE ya tiene una oferta de programas de apoyo a la búsqueda de empleo y capacitación, sería deseable evaluar su pertinencia a la luz de la evidencia internacional sobre las experiencias más efectivas.

D.3.2.1.4. *Financiamiento*

El financiamiento del seguro puede ser público o privado, a través de cuentas individuales o de un fondo común. Un seguro financiado desde el sector privado requiere que el trabajador o el empleador contribuyan una proporción del salario al seguro. En cambio, un seguro financiado por el Estado es no contributivo y se comporta como un subsidio. Además de la fuente de financiamiento está la administración de los aportes. Independientemente de su origen, estos pueden destinarse a un fondo común. Bajo esta estructura, los aportantes actuales financian los beneficios de los desempleados de este mismo periodo. A esta estructura de financiamiento se le conoce como mecanismo de reparto (*pay-as-you-go*). Otra forma de administración es con cuentas individuales. En este caso, las contribuciones de los trabajadores van a sus propias cuentas. Finalmente, algunos sistemas funcionan como una combinación de estas alternativas. Así, el seguro de desempleo chileno es contributivo y financiado parcialmente por el Estado. Los trabajadores tienen una cuenta individual para sus contribuciones, pero una pequeña porción va a un fondo común. El acceso a este fondo común permite suplementar montos muy pequeños en las cuentas individuales.

Esta propuesta contempla un seguro de desempleo contributivo y no financiado por el Estado. La modalidad de financiamiento más sencilla y recomendable para las características del mercado laboral peruano es el mecanismo de reparto (*pay-as-you-go*). En la medida en que el seguro de desempleo reemplazará a la CTS, el aporte permitirá un ahorro a los empleadores, siempre que sea una opción más barata en cuyo caso lejos de incrementar los costos no salariales permitiría reducirlos. En efecto, este esquema permitiría un agrupamiento de recursos, de tal manera que los trabajadores más estables o de mayores ingresos subvencionen a los que no acumularán, a través de la prima, aportes suficientes para cubrir un ingreso de reemplazo. Así, este esquema permite que la prima que deban pagar los empleadores sea efectivamente menor a la que se paga actualmente por la CTS. El agrupamiento de recursos no sería posible a través de un esquema de cuentas individuales.

D.3.2.1.5. *Implementación*

La idea es que el seguro de desempleo se implemente progresivamente, aplicándose no a los nuevos trabajadores, sino a los nuevos contratos. Ello implica que para los trabajadores actuales, después de culminar el vínculo laboral que tengan vigente, pasen a un contrato con seguro de desempleo, de modo que la Compensación por Tiempo de Servicios (CTS) se desmonte progresivamente conforme quienes la tienen cambien de empleo o salgan del mercado laboral. Actualmente, la CTS funciona como un seguro de desempleo, pero es imperfecto, ya que no necesariamente cubre todo el período de desempleo o el fin de la relación laboral puede haber sido generado por el propio trabajador al optar voluntariamente por salir de la empresa en que estaba. La CTS finalmente actúa más bien como un ingreso laboral diferido. La idea del seguro de desempleo es justamente focalizar los beneficios asociados entre los trabajadores que la requieran.

D.3.3. Institucionalidad para el seguro de desempleo

El éxito de un seguro de desempleo requiere además de una serie de características tanto a nivel organizacional como institucional. La gestión del seguro de desempleo puede descomponerse en dos funciones: recaudación y administración.

Para la gestión del seguro de desempleo, se está considerando la implementación de una agencia pública pequeña, pero con considerable autonomía. Parece conveniente que esté adscrita al Ministerio de Trabajo, siempre que goce de suficiente autonomía. La función central de esta agencia será recibir y calificar las solicitudes de beneficios por parte de las personas desempleadas, debiendo contar con un área de monitoreo de la situación del mercado laboral, igualmente pequeña pero muy calificada.

Los servicios para desempleados (apoyo a la búsqueda de empleo, capacitación, etc.) podrían ser provistos a través del Ministerio de Trabajo o sub-contratados a agencias privadas competentes y debidamente calificadas. Al momento del registro del beneficiario se pactarán las condiciones bajo las cuales se pierden los beneficios, como el número de faltas a sesiones de capacitación o el rechazo por parte del potencial beneficiario a cierto número de puestos de trabajo propuestos por la agencia. En la medida que el Ministerio de Trabajo sería la entidad que administre el paquete de beneficios, debe suministrar continuamente información a la agencia sobre el status de los trabajadores. En los cálculos que se presentan en la siguiente sección se ha supuesto un costo de administración del seguro de 15%. Es importante aclarar que todavía se requiere un cálculo detallado del costo de operación de la agencia, que provea un estimado más realista del costo de administración del seguro.

En cuanto a la provisión de coberturas, estaría a cargo del sector privado. Un tema también pendiente es definir cómo se van a asignar las coberturas entre las diferentes empresas interesadas en proveer las coberturas. El seguro de desempleo debería beneficiarse de la experiencia del sistema privado de pensiones para definir un mecanismo que provea la cobertura al menor costo.

Así mismo, el fondo administrador del seguro de desempleo debería contar con una unidad de gestión financiera. Debe considerarse que un fondo de administración estatal pudiera ser engorroso. Una posibilidad al respecto es que se establezca una entidad pública con reglas de comportamiento privado. También podría explorarse la implementación de algún tipo de organización privada o asociación público-privada creada ad hoc para este fin. Por supuesto, en la medida que se trata de recursos captados del público, el fondo debería quedar bajo la supervisión de una entidad reguladora, que sería la SBS. Como se observa, el esquema aquí propuesto requiere un importante esfuerzo de articulación (entre la agencia y el Ministerio de Trabajo) y supervisión (del ente regulador hacia la empresa privada). La unidad de gestión financiera debería también definir la mejor modalidad de recaudación de los aportes, lo que podría recaer en la SUNAT.

D.3.4. Simulación del funcionamiento del seguro de desempleo

En esta sección se realiza un ejercicio de simulación de un seguro de desempleo con las características expuestas en la sección anterior para determinar la viabilidad, tanto financiera como operativa, del diseño propuesto. En primer lugar, se presentan los supuestos que se asumirán en el ejercicio. Luego se explica la metodología adoptada y finalmente, se exponen los resultados de la simulación

D.3.4.1. Supuestos

- Se simula una situación en la que el seguro se implementa en enero del 2010 y se analiza el periodo de los siguientes 78 meses.
- Solo los nuevos contratos a partir de ese momento se afilian al seguro.
- El seguro se cubre mediante un sistema de reparto (*pay-as-you-go*), en el que los aportes de los ocupados cubren los beneficios de los desempleados elegibles del seguro.
- Los afiliados al seguro pertenecen al sector asalariado privado y formal de la economía.
- Los beneficiarios del seguro deben haber aportado doce meses al fondo en los últimos dos años para recibir el seguro.
- El salario de reemplazo que reciben decrece en 20% cada mes (tasa de reemplazo decreciente)
- El salario de reemplazo es otorgado por un máximo de 6 meses (seguro de beneficios fijo).
- Los gastos administrativos del seguro son 15% de la prima aportada.
- Una vez que se accede al seguro de desempleo, los meses de aporte acumulado se “gastan” y comienza un nuevo periodo de aporte desde 0.
- No se incluyen en el ejercicio aquellos trabajadores con más de un empleo a la vez.

D.3.4.2. Metodología

Para estimar la prima necesaria para el funcionamiento del seguro, se plantean las siguientes cuatro ecuaciones:

1. Ingreso por contribuciones (YC)

$$YC^T = PEA * w * t_c * prima$$

2. Gasto administrativo (GA)

$$GA^T = k + p_{GA} * YC^T$$

3. Gasto por siniestro (GS)

$$GS^T = PEA * w * t_s * r * D$$

4. Costo neto (CN)

$$CN^T = YC^T - GA^T - GS^T = 0$$

Donde YC^T es el ingreso por contribución durante el periodo T, GA^T y GS^T son los gastos administrativo y por siniestro en el mismo periodo de tiempo. Por el lado del ingreso, PEA es la población que contribuye al seguro de desempleo, w es el salario promedio, t_c es el tiempo de contribución al seguro, y $prima$ es el porcentaje del salario que los afiliados aportan al seguro mensualmente. Por el lado de los gastos administrativos, k es el componente fijo del gasto administrativo y p_{GA} es la proporción del ingreso destinado a gastos administrativos, que representa el componente variable del gasto. Finalmente, para el gasto en siniestro, t_s es el

tiempo de cobertura del seguro (en meses), r es la tasa de reemplazo y D es la tasa de desempleo.

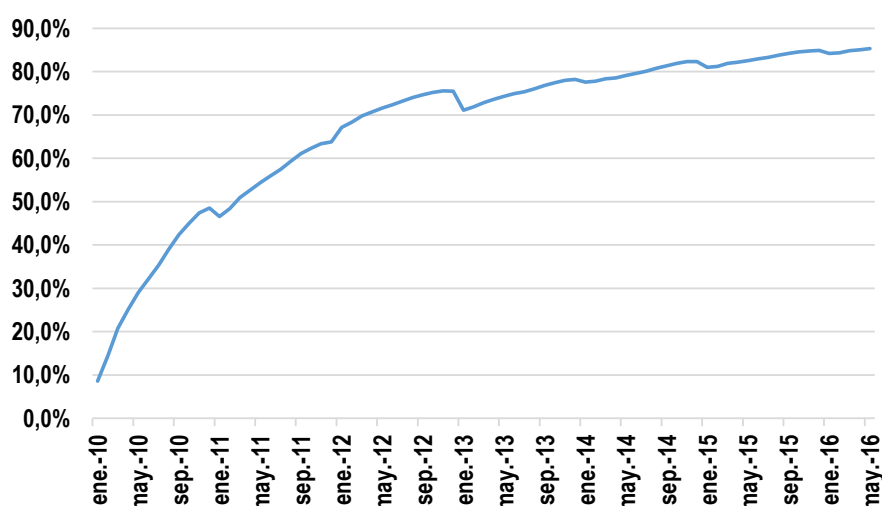
A partir de las cuatro ecuaciones⁵⁵ se despeja la prima óptima, que es la que hace que CN sea cero:

$$prima^{eq} = \frac{r * D * t_s}{t_c * (1 - p_{GA})}$$

D.3.4.3. Resultados de la Simulación

Suponiendo que el seguro de desempleo hubiera estado disponible desde enero de 2010 para todos los tipos de contrato, solo 8.6% de los trabajadores formales habría podido estar afiliado al seguro en ese momento. Sin embargo, considerando la alta rotación laboral ya descrita, después de los 6 años de análisis se tendría que ya el 85.3% de los trabajadores estaría afiliado al seguro de desempleo. Este porcentaje tiende a mostrar estabilidad en el sexto año de análisis. Asimismo, en la medida en que la estacionalidad de la entrada al desempleo es muy fuerte en diciembre de cada año, la serie muestra saltos acentuados solamente en dichos meses.

Gráfico D.3.1.
Proporción de Aportantes en la PEA Ocupada
(%)



Fuente: Planilla Electrónica

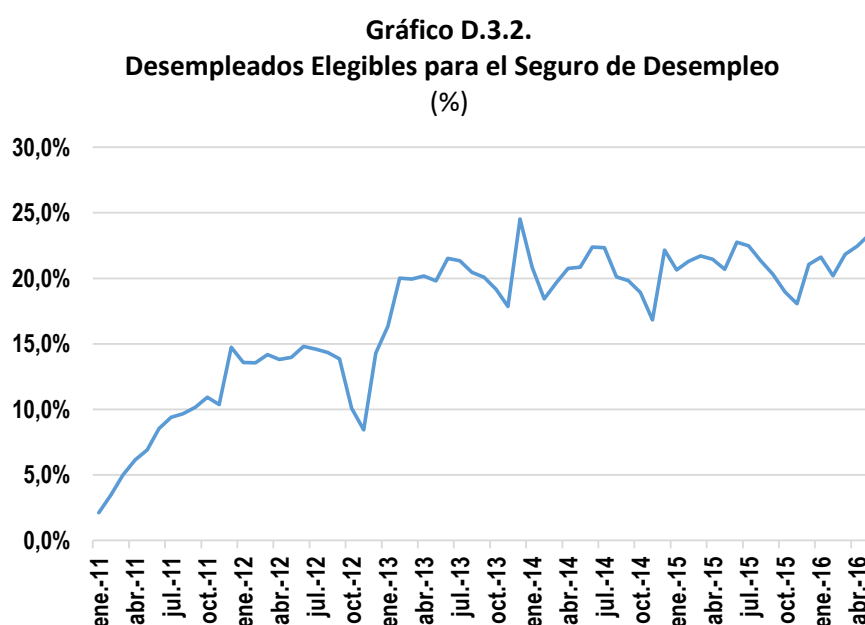
Elaboración: Comisión de Protección Social

Dada la regla de elegibilidad que se plantea (que los trabajadores hayan aportado 12 de los últimos 24 meses) y considerando los flujos hacia y desde el desempleo, hacia enero de 2011 (primer mes en el que algún trabajador hubiera podido acceder a los beneficios del seguro, es decir un año después de establecido) solo el 2% de los desempleados hubiese podido acceder a los beneficios del seguro. Aunque la elegibilidad crece en el tiempo, lo hace de manera muy volátil y al final del período solo el 23% de los desempleados habría resultado susceptible de acogerse a los beneficios del seguro. Aunque el ratio de elegibilidad parece ser bastante

⁵⁵ Las ecuaciones 2, 3 y 4 se reemplazan en 1 y se establece que CN sea 0. Al igualar a 0, se pueden dividir ambos lados de la ecuación entre PEA y w. Del resultado se despeja prima, que es la ecuación que se presenta.

volátil, se ubicaría ya cerca de dicho porcentaje a partir del tercer año de implementación del seguro.

Si en vez de considerar todos los tipos de contratación, solo pudieran afiliarse al seguro los empleados que hubiesen sido contratados a tiempo indeterminado, al final del período de análisis solo estaría afiliado al seguro el 26% de la PEA ocupada (ya no 85.3%, como era el resultado anterior). En este caso, al final del período solo el 0.3% de los eventos de desempleo resultaría cubierto por el seguro (y ya no 23% como originalmente). Este bajo alcance del seguro es resultado de la baja participación del empleo a tiempo indeterminado en el total del empleo formal. Más aún este tipo de empleo tiende a estar concentrado en los trabajadores más calificados, los cuales forman parte de la planilla gerencial o son altamente especializados, que son los que las empresas usualmente buscan retener pero representan una fracción pequeña del empleo total.



Fuente: Planilla Electrónica

Elaboración: Comisión de Protección Social

D.3.4.3.1. Estimaciones de la prima de equilibrio, cobertura de afiliación y de beneficiarios

A continuación, en la **Tabla D.3.1**, se presentan los resultados de las estimaciones de la prima de equilibrio para el seguro de desempleo en distintos escenarios. Para el escenario en el que todos los tipos de contratos aportan al seguro y en el que todas las transiciones fuera del empleo son elegibles, la prima de equilibrio es 3,23%. Ésta es la prima que hace que el resultado del ejercicio sea 0. Dicho de otra manera, es la que hace que los pagos de los trabajadores por el seguro, descontado el costo administrativo, iguallen a los beneficios recibidos por las personas en situación de desempleo. Como se mencionó anteriormente, la afiliación al final del periodo llega a 85,3% de la PEA ocupada y cubre al 23,3% de los desempleados.

Tabla D.3.1.
Primas de equilibrio según escenarios, 2010 – 2016

Aportantes	Elegibilidad	Afiliación promedio (% de la pea)	Afiliación al final del periodo (% de la pea)	Cobertura promedio (% de los desempleos)	Cobertura al final del periodo (% de los desempleos)	Prima de equilibrio
Todos los nuevos contratos	Todos los desempleos	67.71%	85.34%	16.94%	23.31%	3.23%
Nuevos contratos de plazo indet.	Solo despidos	19.80%	26.17%	0.14%	0.29%	0.17%
Nuevos contratos de plazo indet.	Despidos y desempleos sin motivo de despido	19.80%	26.17%	2.20%	5.07%	1.23%

Fuente: Estimaciones a partir de la Planilla Electrónica

Elaboración: Comisión de Protección Social

Para el escenario en que solo los contratos a plazo indeterminado aportan al seguro y sólo los despidos son elegibles para recibir los beneficios del seguro, la prima de equilibrio es de 0,17%. En este escenario, la afiliación llega a 26,2% y solo se cubre al 0,3% de los eventos de desempleo. Replicando las mismas condiciones del ejercicio anterior, pero incluyendo a las personas que no reportan el motivo de su desempleo como si hubiesen sido despedidos, la prima de equilibrio es de 1,2%. En este caso, incluir a los desempleados sin información de motivo de desempleo consigue cubrir la cobertura con beneficios al 5% de los desempleos.

D.3.4.3.2. Ampliando la cobertura: contratos a plazo fijo

Los siguientes escenarios, que se presentan en la **Tabla D.3.2.**, simulan un seguro de desempleo que estaría disponible para trabajadores con contrato a tiempo indeterminado y a plazo fijo. Los primeros dos escenarios mostrados (todos los nuevos contratos y nuevos contratos de plazo indeterminado) replican las condiciones del ejercicio con la planilla completa aplicadas a una muestra del 10%. Dado que las primas de equilibrio obtenidas son similares a las del ejercicio con la planilla completa, se concluye que trabajar con el 10% de la planilla es una buena aproximación al total.

Tabla D.3.2.
Prima de equilibrio según escenarios adicionales 2010-2016

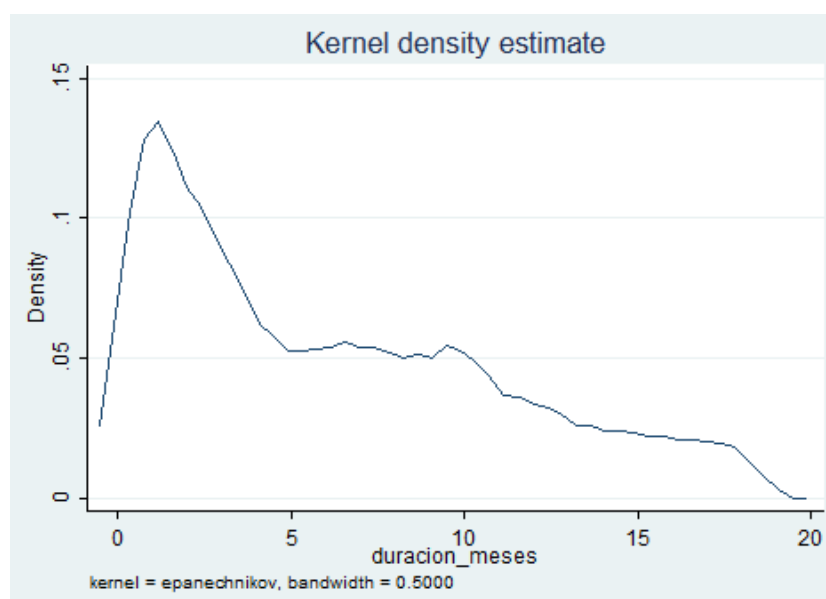
Aportantes	Elegibilidad	Afiliación promedio (% de la pea)	Afiliación al final del periodo (% de la pea)	Cobertura promedio (% de los desempleos)	Cobertura al final del periodo (% de los desempleos)	Prima de equilibrio
Todos los nuevos contratos	Todos los desempleos	67.34%	84.94%	16.89%	23.80%	2.88%
Nuevos contratos de plazo indet.	Solo despidos	19.75%	26.13%	0.14%	0.30%	0.12%
Nuevos contratos de plazo indet. y trabajos a tiempo parcial	Despidos con aportes en 12 de los últimos 24 meses y término de trabajo a tiempo parcial con aportes en los últimos 15 meses	54.59%	72.10%	0.67%	0.43%	0.20%
Nuevos contratos de plazo indet. y trabajos a tiempo parcial	Despidos con aportes en 12 de los últimos 24 meses y término de trabajo a tiempo parcial con aportes en los últimos 15 meses +45 días de desempleo	54.59%	72.10%	0.52%	0.40%	0.16%
Nuevos contratos de plazo indet. y trabajos a tiempo parcial	Despidos con aportes en 12 de los últimos 24 meses y término de trabajo a tiempo parcial con aportes en los últimos 12 de 15 meses	54.59%	72.10%	2.15%	2.70%	0.62%
Nuevos contratos de plazo indet. y trabajos a tiempo parcial	Despidos con aportes en 12 de los últimos 24 meses y término de trabajo a tiempo parcial con aportes en los últimos 12 de 24 meses	54.59%	72.10%	2.33%	2.90%	0.67%

Fuente: Estimaciones a partir de la Planilla Electrónica

Elaboración: Comisión de Protección Social

En todos los escenarios que incorporan contratos a plazo fijo la afiliación al final del periodo es bastante mayor (72%) a la que se estaba simulando únicamente con los contratos a plazo indeterminado. Vemos que incorporar a los contratos a plazo fijo no resuelve los problemas de baja cobertura de los eventos de desempleo. Esta está relacionada a los criterios de elegibilidad. Así, se tendría que contemplar condiciones de elegibilidad incluso más laxas (un menor tiempo de aportes dentro de los últimos 24 meses o un mismo tiempo de aportes en una ventana temporal más larga), ya que las simuladas hasta ahora aseguran una muy limitada cobertura, menor a 3%. La evidencia, sin embargo, sugiere que esta vía no es promisorio. En efecto, la duración de los contratos temporales se concentra en periodos bastantes inferiores al año, como se puede observar en el siguiente **Gráfico D.3.2**. El grueso de los contratos a plazo fijo tiene una duración no mayor a los 12 meses (85%), más de la mitad (55%) son por hasta 6 meses y 37% son por 3 meses o menos.

Gráfico D.3.3.
Distribución de la duración de los contratos a plazo fijo



Elaboración: Comisión de Protección Social

Finalmente, es importante considerar que estas estimaciones se basan en la experiencia reciente del mercado laboral peruano, en el cual el desempleo es fundamentalmente idiosincrático. Los cálculos deberían perfeccionarse teniendo en cuenta que el seguro es contracíclico y que podría necesitar recursos adicionales si es que enfrentara un incremento muy grande en la tasa de desempleo debido a un alza en el desempleo de tipo estructural. Así, es necesario realizar stress tests que simulen incrementos en las tasas de desempleo en un contexto de desaceleración económica severa, como antes hemos experimentado en nuestra historia.

D.3.5. Percepciones de los trabajadores sobre el seguro de desempleo

Para complementar el análisis presentado es importante considerar las percepciones de la población frente a un seguro de desempleo y particularmente de uno que reemplazaría a un beneficio ya existente, como es la compensación por tiempo de servicios (CTS).⁵⁶ En esta dirección, los objetivos de los grupos focales fueron los siguientes: (i) evaluar de manera general la propuesta de un seguro de desempleo, (ii) identificar los aspectos positivos y negativos, (iii) compararla con la CTS, (iv) identificar el nivel de atracción que genera la propuesta de un incentivo. A continuación, se detallan las características de los grupos focales, el perfil de los entrevistados y la metodología empleada para el recojo de información. Luego se presentan los principales hallazgos del trabajo realizado.

D.3.5.1. Características de los grupos focales

Los *focus groups* o grupos focales son una metodología cualitativa para estudiar las opiniones o actitudes de un grupo de personas. La implementación de esta actividad fue realizada por

⁵⁶ Miguel Jaramillo et al., “Diseño de un Seguro de Desempleo para el Perú: Análisis de Preferencias por Mecanismos de Protección”, Segundo Informe de consultoría contratada por Helvetas Swiss Intercooperation, contrato 34-2017.

una empresa especializada en investigación de mercados. En total se llevaron a cabo 12 grupos focales en tres ciudades: 8 en Lima, 2 en Arequipa, y 2 en Trujillo. Estos grupos fueron compuestos por hombres y mujeres trabajadores de empresas formales, de nivel socioeconómico B y C entre los 18 y los 40 años. La mayoría de sesiones se llevaron a cabo con personas del mismo nivel socioeconómico, experiencia laboral, y tamaño de la empresa donde laboran. Este trabajo de campo cualitativo duró dos semanas y se efectuó entre el 19 de julio y el 1ero de agosto del año en curso.

D.3.5.2. Resultados

Los resultados de los grupos focales revelan que los trabajadores tienen fuerte percepción de agencia sobre su permanencia laboral, alta valoración de la CTS, y percepción del seguro de desempleo como menos beneficioso. Estos hallazgos conllevan a la conclusión de que para los trabajadores el seguro no es conveniente y por lo tanto no es aceptado. Sobre el primer punto, la poca experiencia con el despido causa escepticismo en cuanto a cuándo y cuánto beneficiaría este seguro. No contemplan el despido como una situación cercana y reportan que el cambio de empleo sucede cuando el trabajador renuncia: la mayoría opina que el tiempo óptimo de permanencia en un trabajo es de 2-3 años. Dada la sensación colectiva de invulnerabilidad frente al despido, los trabajadores no suelen prepararse contra esta eventualidad.

Sobre los siguientes dos puntos, la CTS es percibida por los trabajadores como un derecho. Al ser un mecanismo de ahorro forzoso le atribuyen varias funciones: cubrir necesidades, realizar proyectos, y financiar actividades de ocio. La percepción de libertad (qué hacer con el dinero) y la habilidad de programar estos gastos hacen que este mecanismo sea altamente valorado. En el caso del seguro de desempleo, la percepción de seguridad ante la posible pérdida del empleo y la ayuda a buscar mejores trabajos es bien recibida. Sin embargo, la idea de reemplazar la CTS por el seguro de desempleo no tiene buena acogida, ya que el beneficio es condicional a la desvinculación. Siendo la renuncia lo más común, la sustitución de la CTS por el seguro de desempleo es percibida como una desprotección y un beneficio al 'mal trabajador'. Únicamente el grupo de jóvenes no trabajadores, al no tener tanto conocimiento de la CTS, cuentan con menor sesgo negativo al evaluar el nuevo seguro.

Frente al planteamiento de la sustitución hipotética de la CTS por el seguro de desempleo más un aumento permanente del 5% del salario, la propuesta sigue siendo vista desfavorablemente. La pérdida de los sueldos relacionados con la CTS, aunque matemáticamente equiparable al aumento, es percibida como inferior y por lo tanto no es aceptada. En conclusión, la opinión general es que remover la CTS quitaría beneficios al trabajador y por lo tanto su sustitución por un seguro de desempleo es percibida desfavorablemente.

Estos resultados plantean retos adicionales a la implementación de un seguro de desempleo. Así, dada la baja valoración del beneficio frente a la CTS, se refuerza la idea de que el seguro de desempleo debe ser obligatorio solamente para los nuevos contratos y totalmente voluntario para el resto de la fuerza laboral asalariada. En segundo lugar, de ser implementado el seguro de desempleo, debería elaborarse un plan de implementación con una estrategia de comunicaciones que transmita de manera diáctica en qué consiste el nuevo sistema y cuáles son sus ventajas para el trabajador. Tercero, dependiendo de los resultados de esta campaña, debería incluso considerarse la posibilidad de que se aplique exclusivamente para los nuevos trabajadores.

D.4. ANEXOS DE LA PROPUESTA

Anexo D.1. Sistema Privado de Pensiones y Efectos en la Economía

A inicios de la década de los 90, cuando se creó el SPP, las cifras de ahorro del sector privado alcanzaban solo el 8.3% del PBI. A 3T16, dicho ahorro alcanza 18.5% del PBI, cifra que corresponde con el crecimiento del fondo de pensiones, el cual representa 21.3% del PBI a noviembre de 2016. **El crecimiento del fondo de pensiones ha ayudado a impulsar el crecimiento del ahorro privado y del capital disponible para la inversión.** En efecto, a noviembre de 2016, el fondo de pensiones ha crecido en importancia en la economía peruana, representando más del 100% del ahorro y la inversión del sector privado y el 32% y 42% de la liquidez y del crédito que provee el sistema financiero al sector privado, respectivamente.

En el ámbito del mercado de capitales, el SPP ha permitido el crecimiento de los mercados de bonos y de acciones, así como al nacimiento de nuevos mercados financieros como los de instrumentos derivados y los alternativos. Asimismo, se ha dinamizado el mercado de deuda privada y pública de corto y largo plazo, lo que ha posibilitado la generación de curvas de rendimiento a nivel local, cuyos puntos sirven de referencia para la valoración de activos, entre otros aspectos.

Tabla Anexo D.1.1.
Fondo de Pensiones y su relación con agregados económicos
(%)

	1993	2000	2010	2016 1/
Ahorro S.Privado (% PBI) /2	8,3	14,5	16,2	18,5
Inversión S.Privado (% PBI) /2	12,9	14,3	19,0	16,9
Fondo de Pensiones (% PBI) /2	0,1	5,2	19,9	21,3
Fondo de Pensiones (% Ahorro S.Privado) /2	1,1	35,5	122,5	114,6
Fondo de Pensiones (% Inversión S.Privado) /2	0,7	36,2	104,7	125,8
Fondo de Pensiones (% Liquidez del Sistema Financiero)	0,5	17,3	36,0	32,1
Fondo de Pensiones (% Crédito del Sistema Financiero al Sector Privado)	0,6	16,1	51,7	42,3

1/ A noviembre de 2016

2/ Cifras macroeconómicas al tercer trimestre de 2016

Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

Para poder cuantificar el efecto macroeconómico de la creación de los sistemas de capitalización individual, Corbo y Schmidt-Hebbel (2003) propusieron una metodología que consiste en medir el impacto a través de tres canales: impacto sobre el ahorro y la inversión, impacto sobre el trabajo y el mercado de capitales y, a través de estos dos últimos, sobre la productividad de los factores.

El impacto sobre el ahorro opera a su vez por varias vías: un efecto en el ahorro público (el costo de la transición del sistema público al privado), la generación de un nuevo ahorro obligatorio (las cuentas individuales), el cambio en el ahorro privado como respuesta al cambio en el ahorro público (efecto que puede ir en el mismo sentido o en sentido contrario al ahorro público), y la respuesta del ahorro voluntario de los hogares al mayor ahorro obligatorio (que podría ser negativa al ya estar obligados a ahorrar).

El impacto en el mercado de capitales obedece al flujo de recursos generado por la aportación al Fondo de Pensiones, el cual tiene que ser invertido en la compra de instrumentos financieros, incentivando la diversificación y profundización del mercado de capitales local.

Finalmente, el impacto en el mercado laboral vendría dado por los incentivos generados por los cambios en la tasa de aportes del sistema privado respecto al público. Para Chile este efecto implicó un aumento del salario disponible para el trabajador y una disminución de carga del empleador con el consiguiente efecto favorable en el empleo y formalidad.

Respecto a estos mecanismos de transmisión, en primer lugar, para el caso peruano, Acuña et al. (2013) encuentran que durante el periodo post-reforma (1993-2011) el ahorro agregado creció en 6,7 puntos porcentuales. De esa magnitud, la implementación del sistema de pensiones, mediante el nuevo flujo de aporte obligatorio generado, explicó entre el 2.8% y el 7.0% del aumento. Por su parte, en el mismo estudio se encuentra que durante el periodo 1994-2010, el aumento de la inversión fue de 3.0 puntos porcentuales del PBI y que, la reforma explicó entre el 3.3% y 8.2% de dicho incremento.

Por otro lado, en relación al impacto sobre el mercado de capitales, Acuña et al. (2013) encuentran que éste es el más grande. En particular, encuentra que el mayor impacto del SPP en el Perú corresponde al desarrollo de la profundidad financiera (medida como la suma de los pasivos líquidos del sistema y la capitalización del mercado de acciones y bonos, todo expresado en términos de porcentajes del PBI) y, a través de esta variable, en la Productividad Total de Factores (PTF). Así, se halló evidencia de que el ahorro obligatorio y la tasa de retorno del índice de la Bolsa de Valores de Lima influyen significativamente en la profundidad financiera. Esto a diferencia de otras variables como la liberalización financiera que no tienen impacto significativo. A su vez, el efecto de la profundidad financiera sobre la PTF fluctuó entre 0,27 y 0,37 entre los años 1994 y el 2011 y la implementación del SPP, a través del efecto sobre el nuevo ahorro (entre 0.19% y 0.47% del PBI), contribuyó a explicar entre 6.7% y 17.0% del aumento de la PTF.

Finalmente, mientras en Chile se encuentran impactos positivos de la reforma sobre el mercado laboral, el estudio de Acuña et al. (2013) no encuentra impactos relevantes en el Perú. La explicación que se presenta tiene que ver con los distintos caminos de la aportación seguidos en la reforma chilena y peruana. Mientras en Chile el cierre del sistema público y el traslado obligatorio al sistema privado significó una disminución de la tasa de aportes (que pasó del 26% al 11% del salario), en el Perú, la contribución del empleado en el SPP inició con una tasa superior a la del SNP (10% vs. 3%), el cual fue incrementando la tasa de aporte del empleado a 9% en 1995 hasta el 13% actualmente. Así, mientras que en Chile la implementación del sistema privado trajo consigo una reducción en el costo de aseguramiento previsional, lo que constituye un incentivo a la formalización, en el Perú la puesta en marcha del SPP prácticamente no tuvo ningún efecto en aumentar los incentivos a la formalización y no coadyuvó a mejorar la cobertura.

Cabe indicar que, como señalan los autores del estudio para el caso peruano, existen efectos del SPP que no son completamente capturados como las ganancias generadas por la creación del esquema Multifondos, la contribución de la creación y desarrollo de los fondos de pensiones en la mejora de la calidad de las instituciones⁵⁷ ni las potenciales

⁵⁷ Vía el perfeccionamiento de la legislación e institucionalidad del mercado financiero y de capitales, los incentivos a la mejora en la calidad de la información provista por las empresas y la instauración de los gobiernos corporativos al interior de éstas.

complementariedades y sinergias con otras reformas estructurales implementadas simultáneamente.

De lo observado en los estudios para Perú y otros países latinoamericanos, se puede decir que, desde el punto de vista macroeconómico, los sistemas de capitalización individual se constituyen como un elemento importante en el proceso de ahorro e inversión, lo que contribuye al crecimiento y desarrollo de los mercados de capitales, así como de la actividad económica en el país.

Anexo D.2. Metodología del Cálculo del BdR

Los actuales 4 millones de asegurados al SNP tienen la opción de permanecer en el SNP con sus reglas vigentes o de elegir la Propuesta de Pensiones y cambiarse al SPP. Aquellos que elijan la Propuesta tienen derecho a un BdR por todos los aportes que realizaron al SNP, el cual se redime a la edad de jubilación del asegurado. Este BdR es financiado con recursos del Tesoro Público.

El cálculo del Bono a la edad de jubilación (65 años) del asegurado que eligió la Propuesta, se define por la siguiente fórmula:

$$B = 0.1831 \cdot R \cdot M \cdot (1 + I)$$

Donde:

R: es el promedio de las 12 últimas remuneraciones asegurables, consecutivas o no, anteriores a la fecha de la elección por la Propuesta.

M: es la cantidad de meses de aportación con anterioridad a la fecha de la elección por la Propuesta.

I : es la inflación acumulada a la edad de jubilación (65 años) del asegurado. Para efectos de las estimaciones se asume que la inflación anual a largo plazo será de 2.5%, por tanto:

$$(1 + I) = (1 + 0.025)^{65-x}$$

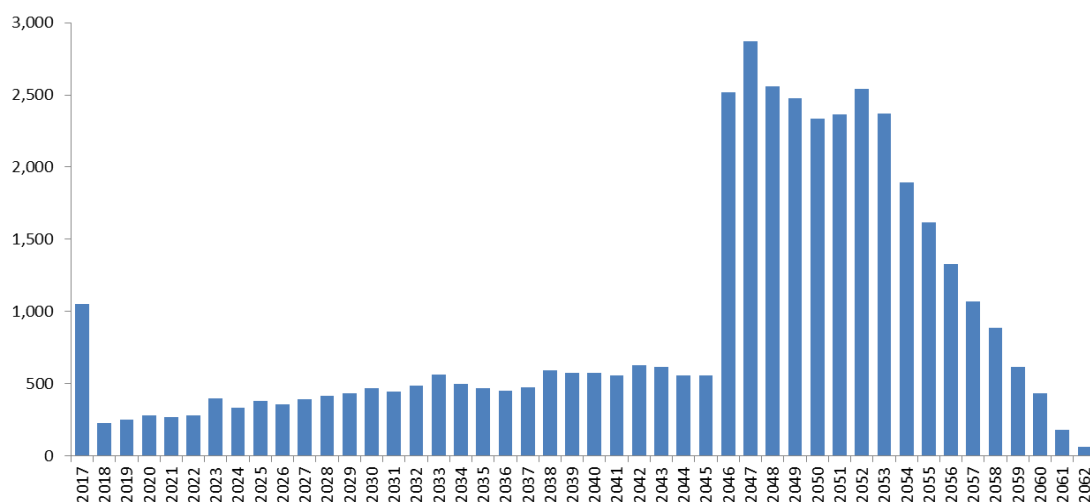
Donde x es la edad actual del asegurado

Por ejemplo, para un individuo de 30 años de edad cuyo promedio de las 12 últimas remuneraciones ha sido S/ 950 y que realizó 21 meses de aporte al SNP, el valor de su BdR a su edad de jubilación será:

$B = 0.1831 \times 950 \times 21 \times (1 + 2.5\%)^{(65-30)} = S/8,669$, monto que será incorporado a su cuenta de capitalización individual dado que ha elegido la Propuesta.

Las estimaciones para los actuales 4 millones de asegurados muestran que el 22.5% elegiría quedarse en el SNP y el 77.5% (3.1 millones) optaría por la Propuesta correspondiéndoles el BdR con los siguientes flujos de pagos con financiamiento de Tesoro Público.

Gráfico Anexo D.2.1.
Flujos de Pago de los Bonos de Reconocimiento



Elaboración: Comisión de Protección Social

El **Gráfico Anexo D.2.1.** muestra que el primer año el pago de BdR es significativamente mayor al pago anual en las siguientes 3 décadas, ello debido a que en el primer año se les pagaría el BdR a todos los individuos que actualmente están en el rango de edad de 65 o más años, en tanto que en el siguiente año solo se paga el BdR a los individuos que actualmente tienen 64 años, y así sucesivamente. Además, a partir de año 2046 en adelante se jubilan los asegurados que actualmente tienen 35 o menos años de edad, quienes son el grupo etario que en mayor proporción opta por la Propuesta y producto de este incremento en los beneficiarios, los montos a pagar por concepto de BdR se quintuplican en el 2046 respecto al año 2045.

Anexo D.3. Experiencias internacionales de rediseño de la organización industrial del pilar pensional de ahorro (fase de acumulación)⁵⁸

Varios países de la OCDE han implementado recientemente medidas para mejorar el diseño institucional de los sistemas de pensiones basados en el ahorro (OCDE, 2014). Por ejemplo, en Austria, la estandarización de cuentas de jubilación busca aumentar tanto la transparencia como la comprensión por los pensionistas de su ingreso esperado en la vejez. En Nueva Zelanda los proveedores del plan voluntario de ahorro voluntario de jubilación ("Kiwisaver") están obligados a publicar en sus sitios web información trimestral sobre el rendimiento del fondo, los honorarios, las devoluciones, las carteras y la información clave del personal. En Dinamarca, en 2012, se creó una institución centralizada que gestiona varias prestaciones de seguridad social para generar economías de escala. En Italia se fusionaron tres agencias que gestionan pensiones públicas. Los sistemas de pensiones para los funcionarios públicos y los empleados de escuelas privadas se están fusionando en la pensión de los empleados en Japón. En Canadá, desde 2013, un régimen de inscripción automática para las prestaciones mínimas de pensión tiene por objeto reducir la carga administrativa de los ancianos y los costos administrativos de las pensiones y también aumentar la participación en el esquema.

Anexo D.3.1. Reducción de comisiones, competencia e integración de la etapa de acumulación

La revisión de prácticas internacionales en materia de reducción de comisiones y competencia en mercados privados de pensiones pone de relieve la complejidad del tema. En estas materias no hay un diseño universalmente válido, dada la presencia de *trade-offs*. Además, los efectos de las acciones que se han tomado en estos ámbitos dependen de contextos más amplios y capacidades institucionales subyacentes.

Es posible identificar tres elementos genéricos de diseño regulatorio, con distintas combinaciones y variantes:

- Centralización de actividades con altas economías de escala y descentralización de las actividades con menor grado de economías de escala⁵⁹.
- La presencia de agregadores de demanda, que toman decisiones a nombre de todos o de un grupo de afiliados y funcionan como un ente intermediario con las administradoras de activos.
- Mecanismos que buscan asegurar que el ahorro generado por la centralización de procesos se refleje en una reducción de comisiones para el afiliado.

A continuación, se revisa el caso del sistema de cuentas individuales de contribución definida en Suecia (PPM) y el Kiwisaver de Nueva Zelandia, así como los casos de Chile y México.

Anexo D.3.1.1. Centralización de procesos – los casos de Suecia y Nueva Zelandia

El caso del diseño institucional del PPM en Suecia se ha convertido en una referencia obligada, tanto por representar un grado muy amplio de centralización de procesos, por acompañar este

⁵⁸ Este anexo se basa en, y en muchos casos contiene selecciones extraídas literalmente de, Bernstein, Bosch y García Huitrón (2017).

⁵⁹ En la jerga de los responsables de política regulatoria este elemento se conoce como "desempaquetamiento."

diseño con la descentralización competitiva de las inversiones y por incorporar elementos regulatorios de intervención directa con miras a trasladar los ahorros generados por tal estructura institucional hacia menores comisiones para los afiliados.

En términos de centralización, la recaudación de cotizaciones es realizada por la autoridad de impuestos internos sueca, mientras que la Agencia Sueca de Pensiones (la “agencia” de aquí en adelante), funge como administrador único del sistema, encargándose la administración de la base de datos, de la administración de las cuentas individuales, del servicio al cliente y del pago de beneficios en la etapa de desacumulación. Ningún sistema pensional de LAC basado en cuentas de capitalización individual alcanza este grado de centralización. Por todos estos servicios, el afiliado sueco paga una comisión (que incluye el costo por la recaudación) que a finales de 2016 ascendió a 0.06% de los activos bajo administración.

La actividad de inversión de los ahorros previsionales (la gestión de activos) se encuentra descentralizada y la agencia es el único canal de comunicación entre los afiliados y los fondos de inversión que participan en el mercado. La agencia es la entidad responsable de llevar los registros y el mantenimiento de las cuentas individuales y el registro de todas las transacciones efectuadas por los administradores de cartera que manejan los recursos de participantes en el esquema. A través de la agencia se llevan a cabo, de manera conjunta, todas las compras y ventas de acciones de los fondos de inversión, y los respectivos recursos son transferidos por los bancos autorizados para esa finalidad hacia y desde los fondos. De esta manera, la agencia es el único cliente de los administradores de cartera, y no los afiliados en lo individual⁶⁰, lo que permite que los administradores de cartera se dediquen únicamente a la inversión de los recursos y, a su vez, permite la agencia fungir como un agregador de la demanda.

El amplio grado de centralización fue compatible con el objetivo de la Agencia Sueca de Pensiones de promover un mercado regulado con un número amplio de participantes en la función descentralizada, la de inversiones. En este ámbito, sin embargo, se ha producido una enorme proliferación de fondos y opciones. En la actualidad están registrados 107 gestores de carteras de inversión, que ofrecen en conjunto 850 fondos de inversión. Los afiliados pueden elegir hasta cinco fondos, cada uno en un distinto administrador de cartera. El costo promedio de administración de cartera—después de reembolsos a los afiliados—es de 23 puntos base (0.23%) del saldo. La agencia prevé que este costo siga disminuyendo a niveles inferiores a 20 puntos base hacia 2025 (Hinz y Rocha, 2008; Orange Report, 2016). De esta forma, a finales del 2016 el costo promedio para los afiliados fue de 0.29% del saldo (0.23% de gestión de cartera + 0.06% costos de transacción) de los activos en administración⁶¹.

Una opción intermedia es la experiencia del esquema Kiwisaver en Nueva Zelandia. En este esquema el grado de desempaquetamiento es menor al del PPM. Las funciones centralizadas son las administraciones de la base de datos y la recaudación, realizadas por agencias gubernamentales. Las funciones de servicio al cliente y el pago de beneficios no están centralizados. No hay datos de costos disponibles desagregados en el caso del Kiwisaver, aunque es un sistema más costoso que el sueco. En América Latina el segundo pilar mexicano exhibe un grado de centralización de procesos similar al del Kiwisaver. El grado de centralización de procesos en los casos de Chile y Perú es bastante inferior al mexicano, y

⁶⁰ Este esquema es llamado de “cuentas ciegas”.

⁶¹ Esa comisión del 0.29 es un promedio de los diferentes tipos de fondo de todos los proveedores en el PPM. Para el fondo más agresivo, que es más caro ya que implica gestión activa, la comisión es de 0.50% (comparable con el 0.23%, mencionado arriba). Según la Agencia, el mismo tipo de fondos fuera del esquema PPM cobra 1.51% del AUM anual.

como muestran las cuentas de resultados de las AFP's revisadas en la sección de diagnóstico, cualquier eficiencia generada por esta centralización privada (propia de las AFP's) ha repercutido sobre el incremento de los márgenes operativos de estas empresas y no en una reducción relevante de las comisiones.

Anexo D.3.1.2. Agregadores de demanda y transferencia de economías a los participantes

Los mecanismos utilizados para lograr que los ahorros generados por la centralización de procesos se trasladen al afiliado (en forma de menores comisiones) son de mercado, mediante el establecimiento de esquemas de incentivos (por ejemplo, mediante licitaciones/asignaciones ejecutadas por "agregadores de demanda"), o de intervención directa, tales como un esquema de control de precios u otros instrumentos regulatorios complementarios.

La presencia de "agregadores de demanda" se observa principalmente en países en los que el origen de los fondos de pensiones es primordialmente ocupacional y sin fines de lucro. Dinamarca, Suecia, Suiza, Países Bajos y algunos países nórdicos son ejemplos⁶². En esos países las decisiones individuales son delegadas a nivel institucional hacia los sindicatos y los empleadores, conocidos comúnmente como los "interlocutores sociales" (*social partners*). En esos países, representantes de los afiliados, normalmente elegidos a través del sindicato principal de la empresa o industria, "agregan las preferencias" de los mandantes principales (los afiliados) y, a su vez, negocian un "contrato de pensión" con el gobierno y los empleadores, que refleje tales preferencias. Más aún, a estos representantes de los afiliados también se les encomienda la tarea de garantizar la correcta ejecución de dicho contrato y, cuando las circunstancias lo requieren, revisar y renegociarlo. Para ello, estos agentes normalmente licitan los servicios de gestión de carteras de inversión. Como se mencionó antes, el PPM funciona bajo un esquema de cuentas ciegas, en el que la Agencia Sueca de Pensiones es el único cliente de los administradores de cartera, y no los afiliados en lo individual, lo que le permite fungir como un agregador de demanda.

La figura de licitación de carteras de inversión por parte del agregador de la demanda es una figura que se encuentra ausente en los segundos pilares latinoamericanos, en donde el mecanismo preferido ha sido el de las subastas de nuevos afiliados (casos de Chile y Perú) y el de las asignaciones recurrentes de afiliados indecisos a las AFP que cobren menores comisiones (el caso de México). Ello sugiere, sin embargo, que en América Latina también el regulador está jugando el rol parcial de agregador de la demanda (García-Huitron, De Haan, Montemayor, Ponds, 2017). Las estructuras de organización industrial que surgen cuando es el regulador quien actúa como agregador de demanda son conocidas como híbridas (Impavido, Lasagabaster, García-Huitron, 2010).

Intervención directa. La Agencia Sueca de Pensiones establece (i) topes a las comisiones sobre el fondo administrado que pueden cobrar los administradores de cartera; los topes varían dependiendo del tipo de fondo: 0.42% renta fija, 0.89% renta variable, 0.62% balanceado; (ii) y negocia una tendencia decreciente de las comisiones efectivamente cobradas, denominada "reembolso", mediante la que 2/3 partes de las comisiones ya cobradas son devueltas a los participantes conforme crecen los fondos. La comisión promedio en el sistema PPM a finales de 2016 fue 0.23% de los activos bajo administración.

⁶² En Australia y Nueva Zelanda también se encuentran este tipo de agregadores de demanda, pero en estos países hay un mix más variado entre fondos ocupacionales con y sin fines de lucro, mientras que en los casos mencionados en el texto la figura legal dominante es sin fines de lucro.

Mecanismos de mercado. El esquema Kiwisaver ofrece una referencia de la utilización de mecanismos de mercado, al establecer un esquema de licitaciones ejecutado por el Servicio de Impuestos Internos. El Kiwisaver escoge gestores de activos por vía de licitación. Mediante este proceso el gobierno se ha asegurado de que estas empresas operen bajo comisiones que son más bajas que en el resto del mercado. La comisión mediana en el mercado amplio de administradores de fondos de pensiones en Nueva Zelanda es relativamente alta: 1.95% a finales de 2014, aunque ha venido disminuyendo (2.2% en 2009). En cambio, la comisión mediana entre los administradores que pertenecen al esquema Kiwisaver es de 0.80%, también a finales de 2014.

En el diseño del Kiwisaver, la tarifa tiene dos partes: una comisión fija y una comisión variable. Las empresas cobran comisiones fijas, pero se otorga un subsidio fijo equivalente a los afiliados, que se paga tanto en el mercado abierto como en el segmento licitado. Se estima que esta subvención asciende a casi la mitad de los ingresos de los administradores del Kiwisaver. El objetivo de la tarifa en dos partes es permitir que las empresas puedan cobrar precios que se aproximan a sus costos marginales. Ambos componentes son revelados por el poder de la subasta; no hay una intervención directa por parte del gobierno para determinarlos o controlarlos.

En América Latina existen tipos de intervención basada en incentivos de mercado (Chile y Perú) así como esquemas que contienen también elementos de intervención directa (México). Los incentivos de mercado varían dependiendo de si la subasta concierne al stock (o un segmento importante) de afiliados o solo al flujo de nuevos entrantes al sistema. El Kiwisaver es un ejemplo de subasta de stocks. Desde el 2012 el regulador mexicano incorporó algunos elementos del diseño de stock en su política de asignaciones (García-Huitron y Seira, 2015). En cambio, con el diseño de flujo, los proveedores en el segmento adquirido sirven solo a una fracción de participantes. Además, por definición, el participante no vuelve a participar en una subasta futura. Las subastas que se llevan a cabo en Chile y en Perú actualmente son ejemplos del diseño de flujo. Generalmente, el diseño del stock incorpora a todos (o a segmentos importantes de) los participantes indecisos y les protege de las estrategias de mercadeo agresivo y precios predatorios. Sin embargo, puede inducir a los postores a subir sus precios si temen que su clientela se pierda en una futura subasta. La frecuencia de la licitación—de 7 años en el caso del Kiwisaver—también juega un rol importante en la determinación de los precios de los postulantes.

Si bien ambos esquemas, el PPM sueco y el Kiwisaver neozelandés son referencias importantes, no son perfectos. El **Recuadro Anexo D.3.1.** revisa algunos temas que son objeto de debate en el PPM.

Recuadro Anexo D.3.1.
Algunas advertencias sobre el sistema de organización industrial sueco (PPM)

En el caso de PPM, la crítica más notable tiene su raíz en que la descentralización de la función de gestión de carteras de inversión ha sido tan “potente” que, a finales de 2015, los afiliados podían elegir entre 830 fondos ofrecidos por 107 Administradoras de Fondos de Pensiones.

Considerando que los afiliados pueden elegir hasta cinco fondos de distintas administradoras de cartera y se pueden mover de fondos sin restricciones (a través de las órdenes emitidas por la Agencia Sueca de Pensiones en su nombre, ya que existe un sistema de “cuentas ciegas”) no es sorprendente que el esquema haya generado inercia y parálisis en la toma de decisiones. Los individuos indecisos son asignados por defecto a una administradora de cartera predeterminada que es de propiedad del gobierno. Inicialmente, aproximadamente el 75% de los afiliados eligieron un fondo distinto del predeterminado. Sin embargo, desde el año 2000 más del 90% del flujo de entrantes al mercado son asignados por defecto (Orange Report, varios años). Del total de afiliados, el 40% se encuentra en la opción por defecto (*default option*). Es interesante notar que los rendimientos del *default option* han sido iguales o superiores (dependiendo del fondo) a los del resto de los administradores de cartera en el cuasi-mercado (Cronqvist y Thaler, 2004; Thaler y Sunstein, 2009).

El que los 107 administradores de cartera no hayan generado rendimientos superiores a la opción por defecto ha sido motivo de preocupación para los diseñadores del esquema. Si bien originalmente la opción por defecto estuvo diseñada para replicar la asignación de activos promedio, en parte como respuesta a la preocupación anterior, en 2010 fue reestructurada para ser una opción competitiva, con similares capacidades de inversión que el resto de sus competidores.

Un segundo problema la excesiva proliferación de opciones para el afiliado ha ido acompañada de la proliferación paralela de asesores financieros, pese a las cuentas ciegas. Estos asesores cobran una comisión por administrar las decisiones de los individuos respecto a con qué administradora de inversión trabajar y en qué fondo invertir. En el proceso, se ha agudizado la preocupación de que estos servicios de aparente asesoría tienen, más bien, mucho de manipulación y abuso. De acuerdo a Weaver y Willen (2013), en la actualidad hay más de 700,000 personas registradas como asesores o consultores financieros del PPM (Palm, 2012). Un informe reciente publicado por la Inspección de Seguros Sociales (Inspektionen för Socialförsäkringen, 2012) sugiere que estos servicios son más comúnmente utilizados por personas con bajos niveles de educación e ingresos.

Elaboración: Comisión de Protección Social

Anexo D.3.1.3. Optimización del régimen de inversiones y alineación de intereses

Se observa a nivel internacional que a medida que los fondos de pensiones crecen como proporción del PIB también aumenta la diversificación de las inversiones. Ello implica que los límites cuantitativos en los regímenes de inversión del ahorro previsional se van relajando y con el tiempo inclusive eliminando. En lugar de límites cuantitativos a diferentes clases de activos en las carteras de inversión, la tendencia internacional ha sido moverse a un enfoque regulatorio de “persona prudente” y de mejoras de gobernanza corporativa y administración de riesgos, de modo que las responsabilidades en las decisiones de inversión queden bien definidas, y apoyen procesos idóneos de toma de decisión (OECD, 2008).⁶³

Hay dos tendencias que se visualizan en el mundo de las inversiones en esquemas pensionales de contribución definida. Una es el reemplazo de los índices de referencia de retornos

⁶³ El enfoque de “persona prudente” es en general más fácil implementar en sistemas legales anglosajones que en aquellos basados en el código napoleónico.

endógenos (por ejemplo, el retorno promedio del mercado), como es el caso del Perú, hacia índices de referencia de retornos exógenos. De igual manera, han surgido propuestas para establecer encajes legales diferenciales, conmensurables al nivel de riesgos financieros y operativos que cada AFP asume (Monterde y Valero, 2012). En otras jurisdicciones se están incorporando elementos de la economía del comportamiento en el diseño de los multifondos, incluyendo la introducción de opciones por defecto. Este es el caso de NEST en el Reino Unido, empresa que además adoptó un innovador diseño en sus fondos de ciclo de vida, mediante el cual la composición de activos en la cuenta de capitalización individual va variando apropiadamente con la edad del trabajador.

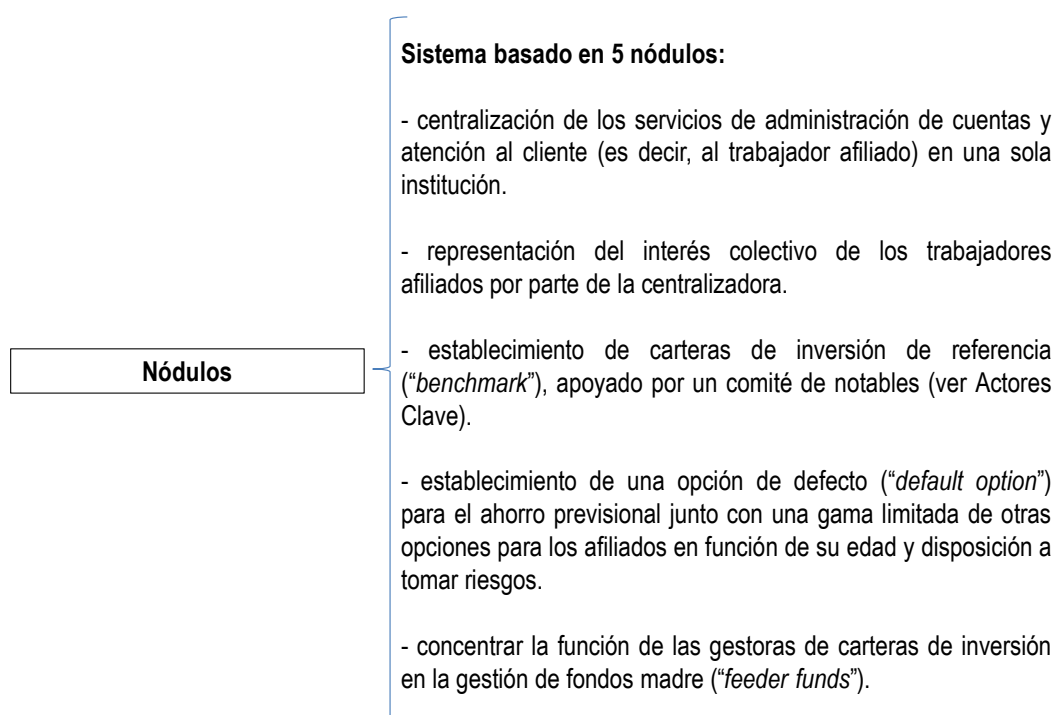
La segunda tendencia tiene que ver con estrategias para alinear la actuación de los fondos de pensiones con los intereses de largo plazo de los afiliados. El establecimiento de índices de referencia exógenos se puede entender como parte de un paquete de medidas más amplio para lograr este objetivo. Se requiere también alinear los indicadores de riesgo. A este respecto, si bien los reguladores normalmente usan el VaR relativo para monitorear el riesgo de mercado cuando establecen *benchmarks* exógenos, es bien sabido que la familia de medidas asociadas al Var (VaR, VaR relativo, CVaR) son medidas de riesgo de corto plazo (Randle y Rudolph, 2015; Bernstein y Chumacero, 2012). Existe un riesgo aún más importante desde el punto de vista del afiliado que debe medirse y al que las estrategias de inversión y de administración de riesgos deberían alinearse: el riesgo de no obtener una pensión adecuada (Estrada, 2014a y 2014b).

El énfasis en una "pensión objetivo" facilita la integración de las fases de acumulación y de desacumulación. Un indicador natural estaría basado en una "tasa de reemplazo objetivo" (Bernstein et al., 2013). Diversos autores han mostrado teórica y empíricamente que cuando se incorpora este objetivo, que es presumiblemente el más importante en cualquier sistema de pensiones, las estrategias de inversión óptimas y los indicadores de riesgo y desempeño relevantes cambian (Merton, 2014; Martellini, 2015). Diversos autores han mostrado que en este contexto es óptimo seguir estrategias de inversión dinámicas que se adapten a los choques económico-financieros y re-balanceen la composición del portafolio con el fin de mantener el rumbo hacia la meta. Las estrategias de inversión dinámicas ajustan la exposición de la renta variable en función de los resultados de mercado idealmente de manera continua (o de manera discrecional cada cierto tiempo, por ejemplo, año por año). Aunque el ajuste de las inversiones a lo largo del tiempo puede traer consigo mayor volatilidad en el corto plazo, las estrategias dinámicas pueden generar mayor riqueza que las reglas determinísticas en el largo plazo, que es el plazo relevante para los afiliados (Basu, Byrne y Drew, 2011). Finalmente, para determinar si las inversiones van por un buen camino se utilizan las carteras de referencia mencionadas anteriormente. No existe ningún esquema en la región que haya implementado un diseño como el aquí mencionado (conocido en la literatura como "*Target Based Approach*"), pero el regulador mexicano está trabajando en un proyecto para su implementación. Australia, Estados Unidos, Reino Unido y Países Bajos se encuentran muy avanzados en esta materia.

Anexo D.4. La Nueva Organización Industrial del Pilar de Ahorro⁶⁴

La propuesta de la Comisión sobre la organización industrial del pilar de ahorro (fase de acumulación) busca que: (i) las comisiones que los trabajadores pagan por la administración e inversión de su ahorro previsional bajen sustancialmente; (ii) el interés de los trabajadores que ahorran para su vejez esté debidamente representado por una sola institución relevante, a la que denominaremos “Centralizadora” ; y (iii) tanto los trabajadores que ahorran cuanto las entidades que administran e invierten esos ahorros estén enfocados en la tasa de reemplazo. Teniendo presentes dichos objetivos, el texto principal de este reporte describe la propuesta de reforma a la organización industrial con base a los cinco núdulos listados a continuación. Este Anexo, en contraste, describe la misma reforma desde la perspectiva de los actores clave y sus funciones.

Gráfico Anexo D.4.1. Núdulos básicos de la nueva organización industrial propuesta



Elaboración: Comisión de Protección Social

Anexo D.4.1. Actores Clave y sus Funciones

Bajo la reforma propuesta, se separan las funciones de administración de cuentas, agrupándolas en la Centralizadora (el primer actor clave), de las funciones de gestión de inversión, asignándolas a las Gestoras de Carteras de Inversión, GCI (el segundo actor clave). Las funciones así separadas de ambos actores pasan a reemplazar al paquete híbrido de

⁶⁴ La Comisión tuvo en consideración varios modelos alternativos de organización industrial. Para una amplia discusión de los mismos, ver el **Anexo D.3.**

funciones que realizaban antes las AFP bajo la rúbrica general de “administración de fondos”. Un tercer actor clave es el Comité de Notables, un comité de expertos nacionales e internacionales de prestigio—que es seleccionado y convocado por el MEF—, necesario para despolitizar el proceso que adecúa las carteras de inversión a la edad de trabajador con base a horizontes de largo plazo. Las funciones básicas de estos tres actores se resumen en la **Tabla Anexo D.4.2.**

Tabla Anexo D.4.2.
Actores Clave del Pilar de Ahorro y sus Principales Funciones

ACTOR	RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES
Centralizadora	<ul style="list-style-type: none"> • Centraliza actividades de administración de cuentas, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Registro y mantenimiento de cuentas individuales ○ Atención al cliente ○ Emisión y entrega de estados de cuenta y otros documentos relevantes ○ Recolección de aportes ○ Pago de beneficios a pensionados • Selecciona, vía licitación, a las GCI • Actúa como Secretaría Técnica al trabajo del Comité de Notables • Transfiere <i>en forma agregada</i> los ahorros de los afiliados a las GCI • Mantiene el registro contable del Portafolio de Fecha Objetivo (<i>Target Date Fund</i>) correspondiente a cada afiliado • Promueve educación financiera y servicios de asesoría financiera para los afiliados • Realiza y promueve investigación sobre temas relacionados al ahorro y pensiones
Gestoras de Carteras de Inversión (GCI)	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionan carteras de activos con distintos estilos (más o menos proactivos) de inversión • Invierten el ahorro de los trabajadores en fondos madre (<i>feeder funds</i>) <ul style="list-style-type: none"> ○ de acuerdo con las proporciones que establece la Centralizadora ○ y en función de la Cartera <i>Benchmark</i> de Ciclo de Vida
Comité de Notables	<ul style="list-style-type: none"> • Define la Cartera <i>Benchmark</i> de Ciclo de Vida para cada generación de trabajadores • Es seleccionado y convocado por el MEF

Elaboración: Comisión de Protección Social

Dado que la Centralizadora orquesta el funcionamiento del pilar de ahorro como un todo, su eficiente desempeño es fundamental. Más allá de la centralización de actividades de administración de cuentas (que son estandarizables y pueden ser tercerizadas⁶⁵), la función más importante de la Centralizadora es representar el interés colectivo de los afiliados. Para ello, realiza y promueve la educación financiera y los servicios de asesoría financiera para y en favor de los afiliados⁶⁶. También realiza y promueve la investigación, con miras a profundizar el entendimiento del proceso de ahorro previsional, sus determinantes y consecuencias. Estas tareas las lleva a cabo en coordinación con las autoridades pertinentes (MEF, SBS), la industria de servicios financieros y las universidades. Por su parte, la SBS establece las normas de protección al ahorrista previsional apropiadas, para evitar conflictos de interés y abusos. La trascendencia social de las funciones de la Centralizadora es tal que la integridad y eficiencia de sus funciones debe protegerse a través de altos estándares de gobierno corporativo, transparencia, desarrollo tecnológico y rendición de cuentas, así como de adecuada independencia técnica y presupuestaria y altos niveles de profesionalismo.

La Centralizadora juega un papel clave en la reducción de las comisiones que los trabajadores pagan por la administración de sus ahorros. Dicha reducción se materializa por dos vías. Primero, por vía de la reducción de costos, la cual proviene tanto de la centralización de actividades sujetas a economías de escala (i.e., la captura de economías de escala en beneficio de los afiliados) como de la reducción de costos innecesarios (racionalización y eliminación de duplicaciones en los puntos de atención al cliente, desaparición de fuerzas de venta, etc.). Segundo, por vía del afinamiento de los márgenes de ganancia resultante de la competencia que ahora se enfoca solo en la gestión de las carteras de inversión.

La Centralizadora selecciona a las GCI, a través de la subasta de los saldos de los ahorros en las cuentas de ahorro individual (Pilar 2) del sistema pensional en una licitación internacional abierta. La Centralizadora firma un contrato de mandato con aquellas GCI que ganen la licitación. El contrato de mandato tiene una vigencia de 5-7 años, después de los cuales la Centralizadora puede renovarlos o re-licitar los saldos⁶⁷. Se selecciona un número limitado de GCI (4-5 bastarían, por ejemplo, para el tamaño actual del mercado peruano, lo que implicaría que, en promedio, cada GCI gestionaría el equivalente a alrededor de 8-10 mil millones de dólares). Se realizan diferentes licitaciones para seleccionar las GCI, cada una encargándose de distintos estilos de inversión—estilos más pasivos versus estilos más proactivos de inversión, como se discute con detalle más adelante.

Nótese que las comisiones asociadas a la gestión de carteras de inversión se acuerdan al momento de adjudicar la licitación y se definen como porcentaje del saldo de ahorros bajo gestión. Además de las comisiones que cobran las GCI (que se espera que, en promedio, no superen los 60 puntos básicos del saldo total de ahorros, es decir, 0.6%), la Centralizadora cobra una muy baja comisión, la cual no debería añadir más de 7 puntos básicos (0.07%) a las comisiones cobradas por las GCI. A diferencia de estas últimas, la comisión cobrada por la

⁶⁵ Los procesos informáticos y operativos de la Centralizadora deberían estar sujetos a auditorías técnicas.

⁶⁶ A este respecto, la Centralizadora informa de manera periódica al afiliado no solo sobre su fondo acumulado de ahorros, y las comisiones y rentabilidades percibidas, sino también le ofrece proyecciones personalizadas de la pensión futura esperada. Esta información no se encuentra contaminada por acciones de marketing. Así mismo, el afiliado está debidamente informado respecto a desvíos que pueda experimentar la trayectoria de sus ahorros en relación con la pensión esperada, así como a acciones que pueda realizar para mejorar su pensión al momento de retirarse.

⁶⁷ Re-licitaciones y cambios de GCI se podrían implementar con más facilidad bajo la nueva organización industrial, dado que los fondos de inversión que las GCI gestionan ya no estarían asociados a cuentas y personas individuales.

Centralizadora se fija no como porcentaje del saldo de ahorros sino en monto absoluto (un determinado número de soles mensuales por cada cuenta individual). Será importante que se exima del pago de esta última comisión a las cuentas individuales cuyos saldos de ahorro acumulado estén por debajo de un cierto umbral.

El Comité de Notables es seleccionado y convocado por el MEF y su trabajo es apoyado por la Centralizadora que actúa como Secretaría Técnica. El Comité está conformado por expertos nacionales e internacionales de alto nivel y reconocido prestigio. El Comité de Notables establece una Cartera *Benchmark* de Ciclo de Vida para cada generación de trabajadores (cada 5 o 10 años). Así, por ejemplo, se establece una Cartera *Benchmark* para los trabajadores nacidos entre 1960 y 1964; otra Cartera *Benchmark* para los trabajadores nacidos entre 1965 y 1970, y así sucesivamente.

La Cartera *Benchmark* de Ciclo de Vida se define por un número limitado de clases de activos (*asset classes*) y por una trayectoria (*glide path*) que va adecuando automáticamente la composición de la cartera (esto es, el porcentaje de cada clase de activos en el total) a lo largo del tiempo, conforme el trabajador va envejeciendo. Así, la Cartera *Benchmark* sigue un esquema de ciclo de vida: cuando los afiliados son más jóvenes, la proporción de acciones (títulos de renta variable) es más alta; luego, esta proporción va disminuyendo mientras que la proporción de títulos de renta fija de largo plazo e indexados a la inflación va aumentando en la medida que el trabajador se aproxima a la edad de retiro.

El número de clases de activos (*asset classes*) debe ser limitado, a 8-10 clases por ejemplo:

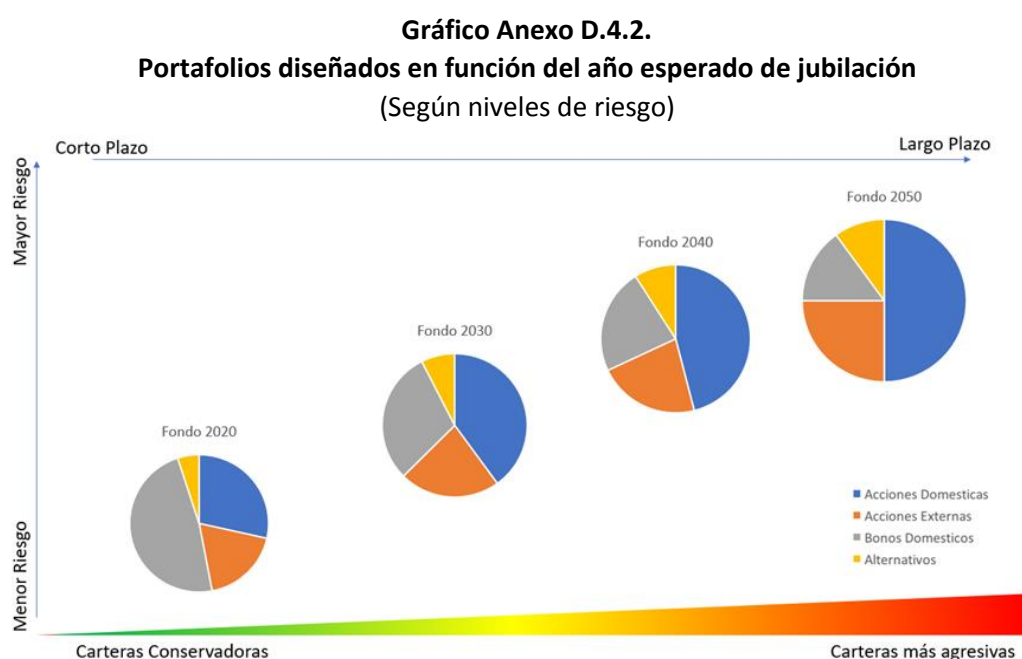
Tabla Anexo D.4.3.
Categorías de Activos (*asset classes*) en la nueva organización industrial

Asset Classes	<p>Número limitado de <i>asset classes</i>.</p> <p>Se propone (como ejemplo):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renta fija local soberana - Renta fija local corporativa - Renta variable local - Renta fija extranjera soberana - Renta fija extranjera corporativa - Renta variable extranjera: mercados desarrollados - Renta variable extranjera: mercados emergentes - Activos alternativos
----------------------	---

Elaboración: Comisión de Protección Social

Con base a la Cartera *Benchmark*, la Centralizadora conforma contablemente los Portafolios de Fecha Objetivo (*Target Date Funds*) para los afiliados. Hay un Portafolio de Fecha Objetivo por cada Cartera *Benchmark* de Ciclo de Vida y, por ende, por cada generación de trabajadores. El Portafolio 2030, por ejemplo, es la más adecuado para los trabajadores que planean jubilarse en torno al 2030, el Portafolio 2040 para los trabajadores que se jubilarían en torno al 2040, y así sucesivamente.

Los afiliados son libres de seleccionar portafolios que no corresponden a su generación⁶⁸ y escoger la GCI de su preferencia. Sin embargo, en ausencia de una decisión explícita por parte del trabajador, se aplica la opción por defecto (*default option*). Los ahorros del trabajador que no quiere tomarse el tiempo o la molestia de decidir entre Portafolios de Fecha Objetivo y entre GCI son asignados por la Centralizadora al Portafolio de Fecha Objetivo correspondiente a la edad (a la generación) del trabajador y distribuidos en partes iguales entre las GCI existentes. No hay otras opciones de portafolios de inversión para los ahorros previsionales que no sean los Portafolios de Fecha Objetivo. El **Gráfico Anexo D.4.2.** ilustra cómo estos portafolios van configurando un perfil de inversión distinto en función a la fecha objetivo de jubilación. Así, alguien que se jubile de acá a 3 años (2020), tiene un portafolio con una alta concentración en bonos domésticos (preferiblemente de largo plazo e indexados al IPC), mientras que alguien que estará por jubilarse de acá a dentro de 33 años (2050), tendrá hoy un portafolio con un mayor porcentaje en acciones.



Elaboración: Comisión de Protección Social

Las GCI se especializan en la administración de activos. Si bien son seleccionadas por vía de licitación por la Centralizadora, las GCI son autorizadas para operar y son supervisadas por la SBS. Las GCI no se relacionan directamente con los afiliados sino solo con la Centralizadora.

⁶⁸ Un trabajador que al momento tiene 50 años de edad y que, por tanto, sus ahorros estarían ubicados por defecto en el Portafolio 2035, podría decidir invertirlos en un portafolio de mayor riesgo escogiendo, por ejemplo, el Portafolio 2050.

Reciben los ahorros previsionales de los trabajadores no en forma individual sino agregada y, por tanto, no conocen la identidad de los trabajadores cuyos ahorros reciben.

Las GCI gestionan fondos madre (*feeder funds*)⁶⁹. Cada fondo madre corresponde a una de las clases de activos en la Cartera *Benchmark*. En consecuencia, cada GCI administra tantos fondos madre cuantas clases de activos contenga la Cartera *Benchmark*. El rendimiento de cada fondo madre gestionado por cada GCI se mide y compara con el rendimiento del *índice* de referencia (*benchmark index*) de la clase de activos correspondiente, el cual es de conocimiento público.

Si bien siguen a los mismos *índices* que componen el *benchmark*, las GCI se diferencian por su estilo de inversión, es decir, por qué tan pasivas o proactivas sean en sus estrategias de inversión. Una GCI con estilo de inversión más proactivo puede cobrar una comisión más alta y el retorno que genere en su gestión de inversión puede desviarse (es decir, puede estar por arriba o por debajo) del retorno del índice de la clase de activos correspondiente. Dicho desvío, sin embargo, está limitado a un cierto rango definido al momento de la licitación por las autoridades pertinentes (esto es, limitado por un cierto *tracking error*). Una GCI con estilo de inversión más pasivo puede cobrar una comisión más baja y el retorno que su gestión de inversión genera es casi el mismo que el del índice de la clase de activos correspondiente. La competencia entre las GCI se centra, por tanto, más en el estilo de inversión que en el riesgo que toman. De hecho, ese riesgo se fija en términos generales al definir la Cartera *Benchmark*⁷⁰ y el desvío con respecto a ese riesgo de los Fondos de Fecha Objetivo está limitado por el *tracking error*.

Como las GCI solo gestionan fondos madre, es la Centralizadora quien en la práctica configura la composición del Portafolio de Fecha Objetivo para cada trabajador. Para el efecto, la Centralizadora, por un lado, mantiene el récord de la composición de la cartera de fecha objetivo correspondiente a cada trabajador y, por otro lado, asigna los ahorros de los trabajadores a los diferentes fondos madre en las proporciones apropiadas.

Aparte de entregar, mensualmente, los flujos de ahorro previsional en forma agregada a las GCI, la Centralizadora también entrega a las GCI una estimación de flujos (agregados) de ahorros futuros. Esta última información es especialmente relevante cuando un flujo significativo de personas comienza a entrar en la etapa de jubilación.

Bajo la nueva organización industrial, las actuales AFP son reemplazadas por las GCI. Sin embargo, las actuales AFP pueden concursar en la licitación y, en principio, lo harían con la ventaja de conocer bien el mercado de ahorro previsional del Perú. Esto último es un elemento que las autoridades pertinentes pueden tomar en consideración, como un factor favorable durante el proceso de licitación.

⁶⁹ El sistema de gestión de fondos madre aquí propuesto es análogo al administrado por el NEST en Inglaterra.

⁷⁰ Como se ilustra en el **Gráfico Anexo D.4.1.**, una GCI con un estilo de inversión más proactivo (más agresivo) toma un poco más de riesgo que la GCI con un estilo de inversión más pasivo (más conservador) pero, como se explicó anteriormente, esa toma de riesgo está estrechamente acotada por el *tracking error*.

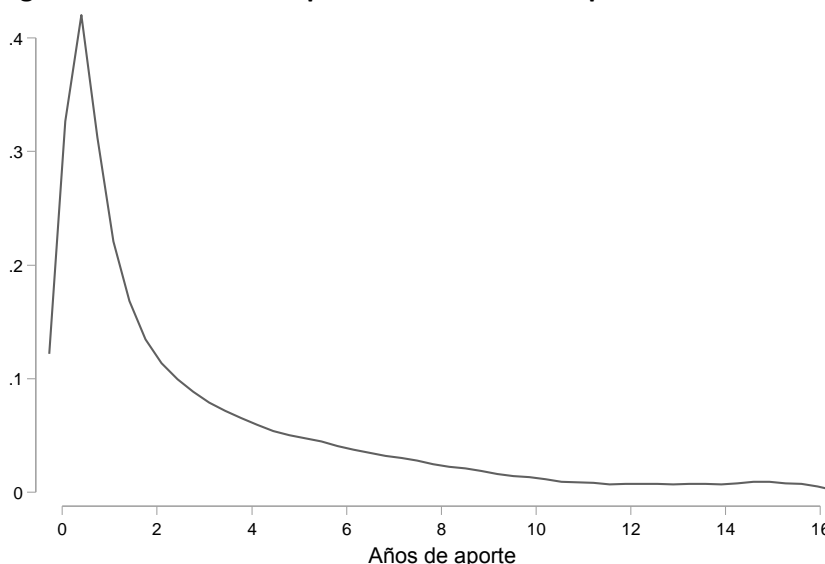
Anexo D.5. Porcentaje de Asegurados con Pensión en el SNP

El Sistema Nacional de Pensiones cuenta con 4 millones de asegurados, el 94% de ellos tiene entre 18 y 64 años de edad. Ellos se encuentran en su etapa laboral activa en la cual pueden realizar aportes al SNP con el fin de acumular al menos 20 años de aporte y acceder a la pensión de jubilación. Sin embargo, no todos los asegurados alcanzan a acumular al menos 20 años de aporte en el SNP.

Con el fin de estimar los años de aporte que acumularán los afiliados al SNP y cuantificar la cantidad de afiliados que acumularán al menos 20 años de aportes, se dispone de los registros administrativos de SUNAT que presentan información de la cantidad y el monto de las contribuciones de los afiliados desde junio 1999 a la actualidad⁷¹.

En la ventana de 16 años (enero 2000 – diciembre 2015) se observa la acumulación de años de aporte de los 4 millones de asegurados es relativamente baja pues el 56% de ellos acumula menos de 24 meses de aporte (**Gráfico Anexo D.5.1.**).

Gráfico Anexo D.5.1.
Asegurados SNP: Años de aporte acumulado en el periodo 2000-2015

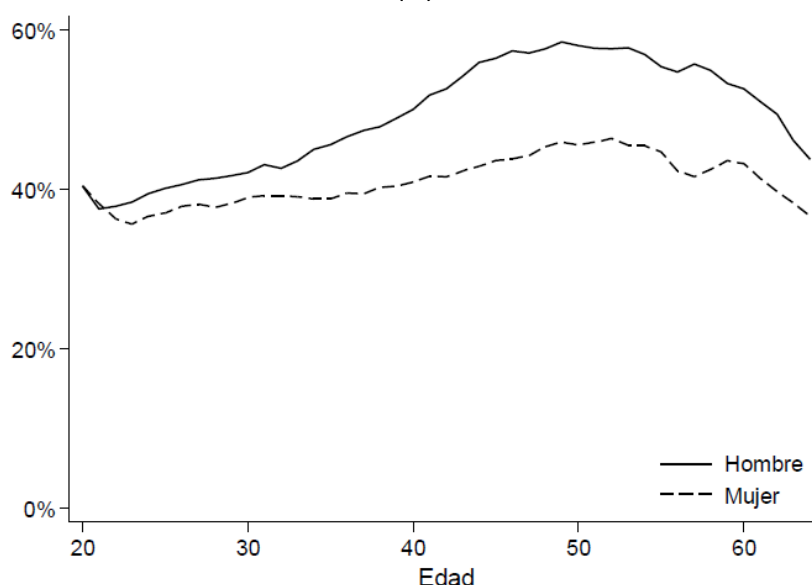


Elaboración: Comisión de Protección Social

En adición a los años de aporte acumulados por los asegurados, la información de los 16 años de registros administrativos ha sido utilizada para modelar el comportamiento de la frecuencia (densidad) de aportes de los afiliados respecto a sus características demográficas: edad y sexo. Como resultado se muestra en el **Gráfico Anexo D.5.2** que la densidad de aportes es cóncava respecto a la edad. En promedio, las mujeres reportan una mayor frecuencia de aportes que los hombres en el SNP.

⁷¹ Para los cálculos realizados se ha considerado la información de enero 2000 a diciembre 2015.

Gráfico Anexo D.5.2.
Densidad de aportes de los afiliados por edad y sexo
 (%)



Elaboración: Comisión de Protección Social

En función de las densidades de aporte por edad y sexo del **Gráfico Anexo D.5.2.** se calcula los años de aporte que los 4 millones de afiliados acumulan en el periodo fuera del historial registrado (2000-2015). Es decir, dado que se tiene la cantidad de aportes efectivamente realizados por los asegurados en el periodo 2000-2015, se calcula los años de aporte acumulados en el periodo anterior a enero 2000 y también se estima los años de aporte que acumularán posterior al 2015 (hasta la edad de jubilación⁷²), de manera que agregando los tres tramos (anterior a 2000, durante 2000-2015, y posterior a 2015) se dispondrá de los años de aporte que cada individuo habrá acumulado durante su etapa activa hasta cumplir la edad de jubilación.

Por ejemplo, una persona que en el 2015 tiene 40 años tiene un historial observado para los años 2000 a 2015, es decir, desde los 25 a los 40 años de edad. Por tanto, para la edad no observada de 20 años se asume que dicho individuo tendrá una densidad de 40% (ver **Gráfico Anexo D.5.3.**), es decir a los 20 años habrá realizado aportes en 4.8 meses⁷³ o en 0.4 años. Este mismo cálculo se realiza para cada periodo fuera del periodo (2000-2015), es decir, se hace este cálculo para las edades de 20 a 25 años, y para las edades de 41 a 64 años. Este ejercicio es replicado para cada asegurado del SNP.

Finalmente, las estimaciones de los aportes realizados en los periodos no observados para cada individuo se ajustan proporcionalmente con la historia observada en el periodo 2000-2015 de manera que cada individuo tiene patrones distintos de contribución asociados a su historial contributivo observado. Esto garantiza que dos individuos, con la misma edad y sexo, tengan distinta acumulación de aportes, si uno de ellos tuvo un mejor desempeño de

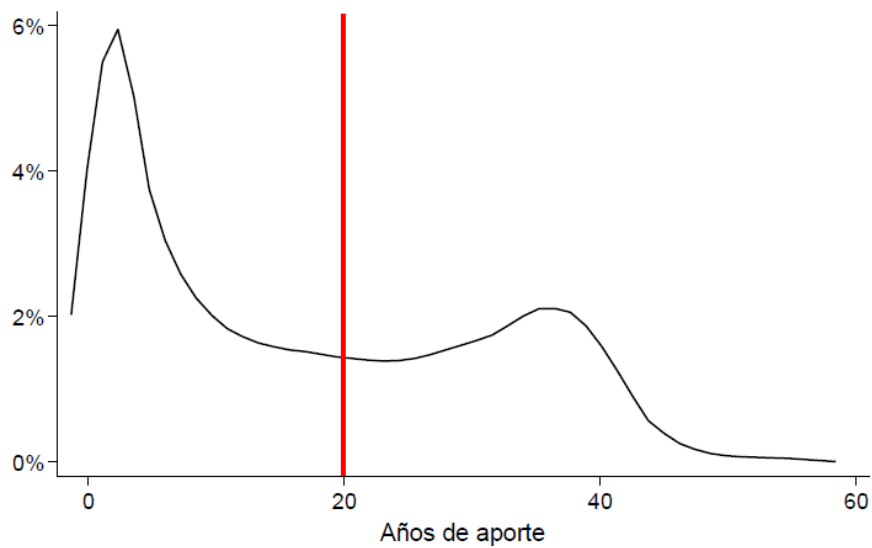
⁷² La edad de jubilación se fija en 65 años de edad.

⁷³ Se tiene que 4.8 meses = 12 meses x 40%.

contribuciones en su historia observada entonces también tendrá un mejor resultado en sus periodos no observados.

En función de la densidad de aporte estimada y la historia de contribuciones observadas, se estima que el 40% de los afiliados acumulará al menos 20 años de aporte y podrá acceder a la pensión de jubilación del SNP.

Gráfico Anexo D.5.3.
Asegurados SNP: Años de aporte acumulados en la etapa activa

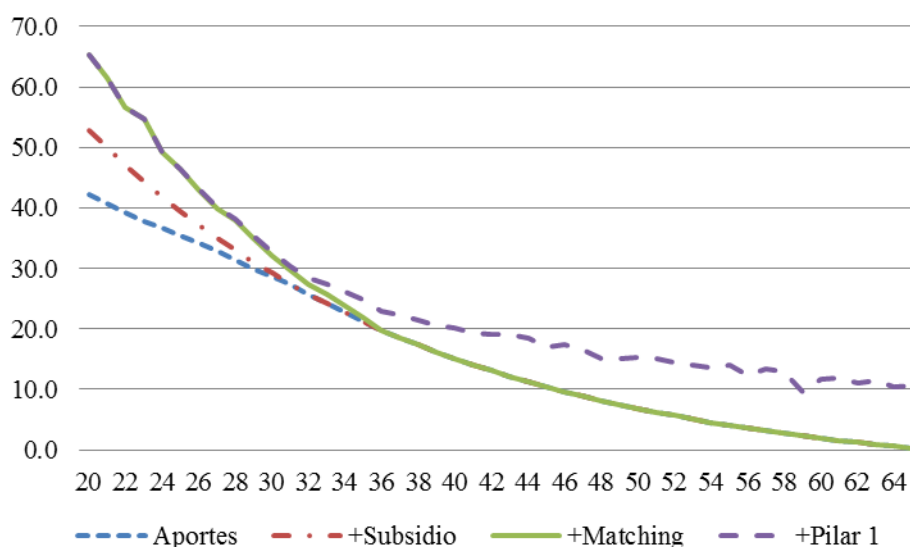


Elaboración: Comisión de Protección Social

Anexo D.6. Efectos estimados de la reforma propuesta sobre la tasa de reemplazo

Los efectos del sistema reformado serán mucho más visibles luego de que la primera cohorte se empiece a jubilar. En el caso de los trabajadores dependientes, es clara la relación que existe entre la edad del primer aporte y la tasa de reemplazo. Si la edad de inicio son los 20 años, la tasa de reemplazo se estima en 42%. Con el subsidio al aporte obligatorio de los jóvenes, la tasa de reemplazo se eleva a 53% y con el *matching* (aportes complementarios del Estado al esfuerzo de ahorro de las personas de bajos ingresos) pasa a ser 65%. El Pilar 1 no influye en este estimado por cuanto en edades tempranas y después de los subsidios no es necesario el subsidio público para asegurar la pensión básica (mínima). Así, la relevancia de la pensión básica (Pilar 1) se manifiesta a partir de los 30 años de edad. De esta edad en adelante, las mejoras se explican principalmente por el Pilar 1. Por ejemplo, si una persona empieza a aportar a los 60 años, su tasa de reemplazo sin intervención se estima en 2%. Sin embargo, luego del Pilar 1 ésta pasa a ser 12%. Los resultados antes descritos pueden observarse en el **Gráfico Anexo D.6.1.**

Gráfico Anexo D.6.1.
Impacto de la reforma previsional sobre tasas de reemplazo, según edad de afiliación
(en %, simulación para trabajadores dependientes)



Elaboración: Comisión de Protección Social

En el caso de los trabajadores independientes, al no estar obligados (bajo las reglas actuales) a realizar ahorro previsional, y habiendo asumido que solo un 5% de ellos se afilia al nuevo sistema (a través de las vías de ahorro propuestas de tipo voluntaria), el efecto sobre sus pensiones es básicamente determinado por lo que dictamine el Pilar 1. De este modo, la tasa de reemplazo para este tipo de trabajadores pasaría de 0% a 269% en promedio. Sin embargo, si se acoge la recomendación de la Comisión de obligar a aportar a los trabajadores formales independientes, estos cálculos deberán rehacerse.

En todo caso, para analizar el efecto de la reforma respecto de la situación sin ella, se asume que los trabajadores dependientes del sector privado tienen una tasa de aporte de solo el 10% y se encuentran afectos a las reglas determinadas por la capitalización individual. Para propósitos del cálculo, se asume de otro lado que el 95% de los trabajadores independientes no aporta y, por ende, su tasa de reemplazo depende básicamente del Pilar 1.

Los resultados revelan que, en el caso de los dependientes con aportes iniciales en edad temprana, las mejoras en términos de puntos adicionales en las tasas de reemplazo se explican principalmente por el *matching*. Por su parte, en el caso de los dependientes con aportes iniciales en edades adultas, las mejoras en las TDR se explican principalmente por el Pilar 1. Así, la TDR pasa de 53% a 66% cuando el individuo empieza a aportar a los 20 años y pasa de 21% a 25%, cuando el individuo hace lo propio recién a partir de los 35 años.

En el caso de los independientes, la mejora ocurre en todos los niveles de edad con dispersiones posiblemente provocadas por la heterogeneidad de los ingresos. Así, en el caso de las personas con aportes iniciales a los 20 años, la TDR pasaría de 0 a 164%, mientras que en el caso de aportes iniciales realizados a los 35 años ésta pasa a ser 299%. Esta diferencia más favorable en la tasa de reemplazo para aquéllos que aportan en edades más tardías se debe, fundamentalmente, al mayor subsidio que recibe este colectivo –en su mayoría de muy bajos ingresos- para que tenga una pensión.

Tabla Anexo D.6.1

Efectos de la intervención sobre la tasa de reemplazo según edad de primer aporte y relación laboral

EDAD DEL PRIMER APORTE	Sin intervención	Con intervención	
		<i>Matching</i>	Pilar 1
Trabajadores Dependientes			
20 años	53	66	66
25 años	39	47	47
30 años	29	33	33
35 años	21	22	25
Trabajadores Independientes			
20 años	0	3.7	164
25 años	0	2.2	215
30 años	0	0.8	384
35 años	0	0.2	299

Elaboración: Comisión de Protección Social

Anexo D.7. Definiciones de cobertura universal de salud

Anexo D.7.1. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (sf)

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

Anexo D.7.2. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016)

La Cobertura Sanitaria Universal (CSU) implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Abarca toda la gama de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

La CSU permite a todos acceder a servicios que atienden las causas más importantes de las enfermedades y la muerte, y asegura que la calidad de esos servicios sea suficientemente buena para mejorar la salud de las personas que los reciben.

Proteger a las personas de las consecuencias financieras que puede tener el pago de los servicios de salud reduce el riesgo de que se empobrezcan a resultas de una enfermedad inesperada que exija la utilización de los ahorros de toda una vida, la venta de bienes o el recurso a préstamos, que pueden destruir su futuro y a menudo el de sus hijos.

Anexo D.7.3. Según el Banco Mundial (BM) (2017)

La Cobertura Universal de Salud implicar asegurar que las personas tengan acceso a la atención de salud que necesitan sin sufrir dificultades financieras. También ayuda a impulsar mejores resultados de salud y desarrollo.

Anexo D.8. Resumen de experiencias internacionales en Fondos de Alto costo

PAÍS	NOMBRE	TIPO	COBERTURA	BENEFICIARIOS	FINANCIAMIENTO	INSTITUCIONALIDAD
México	Fondo de protección contra gastos catastróficos (FPGC) -2004	Fondo	61 intervenciones agrupadas en 9 grupos	Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) a través del Seguro Popular (población no afiliada a la seguridad social)	Se destina 8% de los recursos del SPSS al FPGC. Estos recursos provienen de aportes tripartitos del gobierno federal, entidades federativas y contribuciones de los afiliados según su capacidad de pago.	La gestión del fondo se hace mediante un fideicomiso público que lo convoca la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Actualmente, la fiduciaria es el Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, S.N.C.
Colombia	Cuenta de Alto Costo (CAC) - 2007	Fondo	Enfermedad Renal Crónica y sus precursoras; VIH/SIDA; Cáncer (8 tipos); Hemofilia; Artritis reumatoide; Enfermedades huérfanas.	Beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): todos los ciudadanos colombianos asegurados con empresas promotoras privadas (EPS) o públicas (EPS-S).	Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) giran un monto mensual a la CAC, de acuerdo a su población, tasas de prevalencia, incidencia y costo de atención de alto costo.	La gestión del fondo se realiza mediante un fideicomiso que se establece con una licitación que se gana por concurso. Actualmente, existe un convenio entre la CAC y la Fiduciaria de Occidente S.A.

PAÍS	NOMBRE	TIPO	COBERTURA	BENEFICIARIOS	FINANCIAMIENTO	INSTITUCIONALIDAD
Uruguay	Fondo Nacional de Recursos (FNR) -1979	Fondo	22 intervenciones técnicas, así como el tratamiento con medicamentos de alto costo para otras 27 condiciones clínicas.	Universal. Todos los ciudadanos uruguayos que aportan al fondo a través de la Seguridad Social (Fonasa); a la administración de servicios de salud del Estado (ASSE); las Instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) y los seguros integrales privados.	<ul style="list-style-type: none"> • La Comisión Honoraria Administradora establece una cuota IMAE que pagan tanto el Fonasa (7.2% de sus gastos en 2014), las IAMC y los seguros privados integrales por sus afiliados individuales. • La ASSE, Sanidad Militar y BPS realizan pagos a través del reintegro de actos médicos realizados. • Ingresos por impuestos a la lotería denominada "5 de oro", los cuales tienen una tasa del 20% de sus ingresos. 	El FNR es un organismo público no estatal que se encarga de la administración de los fondos. Tiene una Comisión Honoraria con 3 representantes del MSP, 1 representante del MEF, 1 del BPS, 3 de IAMC y 1 de IMAE.

PAÍS	NOMBRE	TIPO	COBERTURA	BENEFICIARIOS	FINANCIAMIENTO	INSTITUCIONALIDAD
Paraguay	Fondo Nacional de Recursos Solidarios para la Salud (FONARESS) - 2011, Ley sin implementación	Fondo	Insuficiencia renal (aguda y crónica); trasplante de órganos y tejidos; cardiopatías y cáncer.	Población que no posee seguridad social ni otro tipo de seguros privados.	<ul style="list-style-type: none"> • La ley establece que las empresas hidroeléctricas binacionales de Itaipú y Yacretá deben aportar un monto equivalente de al menos 39,801 salarios mínimos, lo cual proviene de sus Fondos Sociales. • Aportes del Tesoro Nacional equivalente a 19.901 salarios mínimos. • 5% del Impuesto Selectivo al Consumo de cigarrillos y bebidas alcohólicas. • 50% de premios de juegos de azar no entregados. • Legados, aportes, créditos y donaciones en general. 	FONARESS sería dirigido por un Consejo Ejecutivo, integrado por un titular y suplente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Facultades de Ciencias Médicas de las Universidades Públicas del Paraguay, Círculo Paraguayo de Médicos, médico de la Asociación de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud.

PAÍS	NOMBRE	TIPO	COBERTURA	BENEFICIARIOS	FINANCIAMIENTO	INSTITUCIONALIDAD
Chile	Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo (Ley Ricarte Soto) -2015	Fondo	11 condiciones (cubren diagnósticos, tratamientos basados en medicamentos, dispositivos médicos y alimentos de alto costo)	Beneficiarios de todos los sistemas previsionales de salud: <ul style="list-style-type: none"> • FONASA • ISAPRES • DIPRECA • CAPREDENA 	Los montos de financiamiento son determinados por un cronograma del gobierno para cada año. Los fondos vienen vía aportes fiscales, donaciones y herencias, cooperación internacional y rentabilidad generada por inversión de los recursos del propio fondo.	FONASA se encarga de la administración del fondo.
	Cobertura Adicional para Enfermedades de Alto Costo (CAEC) -2000	Reaseguro	Cobertura financiera total (100%) de todas las condiciones que impliquen un gasto catastrófico cuando se supera el deducible.	Afiliados al régimen de salud de las ISAPRES.	Aportes del asegurado (7% de la nómina como aporte legal mínimo obligatorio). El deducible anual está incluido en la prima pactada con el afiliado. Este es 30 veces la cotización pactada en el plan de salud por beneficiario y condición, que varía entre 60 y 126 Unidades de Fomento (\$ 26.458,29).	El CAEC define la cobertura del fondo. Las ISAPRES derivan a los beneficiarios a cualquiera de los prestadores de la Red CAEC.

PAÍS	NOMBRE	TIPO	COBERTURA	BENEFICIARIOS	FINANCIAMIENTO	INSTITUCIONALIDAD
	Política de priorización de patologías seleccionadas en el AUGE	Cobertura dentro del seguro	Existe un seguro catastrófico para los asegurados a Fonasa, el cual incluye 12 condiciones ⁷⁴ . Asimismo, existe un Programa de Medicamentos de Alto Costo en el FONASA que cubre 8 condiciones (100%) ⁷⁵ .	Afiliados al régimen de salud del FONASA, que se atiendan en los establecimientos públicos de salud de FONASA.	Aportes del asegurado de FONASA (7% de su salario).	FONASA se encarga de la administración del fondo.

⁷⁴ Condiciones catastróficas incluidas en Fonasa: Hemodiálisis, peritoneodiálisis, prestaciones cardioquirúrgicas, prestaciones neuroquirúrgicas, escoliosis, trasplante renal, trasplante hepático, atención integral al paciente fisurado, atención de urgencia al paciente quemado, atención de urgencia al paciente con trauma complejo, prestaciones del grupo quimioterapia, prestaciones del grupo radioterapia, tratamiento farmacológico del VIH.

⁷⁵ Condiciones cubiertas por el programa de medicamentos de alto costo: Distonía (fármaco toxina botulínica); Enanismo Severo (fármaco hormona del crecimiento somatotropina); Guillain Barré (fármaco inmunoglobulina); Inmunodeficiencia Primaria (fármaco inmunoglobulina); Gaucher (tratamiento con imiglucerasa); Artritis Reumatoidea del Adulto (tratamiento con fármacos biológicos); Cáncer de mama (Tratamiento con Trastuzumab); Profilaxis para Prevención del Virus Respiratorio Sincial (Palivizumab).

PAÍS	NOMBRE	TIPO	COBERTURA	BENEFICIARIOS	FINANCIAMIENTO	INSTITUCIONALIDAD
Canadá	Programas de medicinas de gasto catastrófico	Reaseguro	<ul style="list-style-type: none"> • Planes privados: Cobertura 100% o hasta determinado tope (80% después de alcanzado el deducible). • Planes del Gobierno Federal: Cobertura del 100% a partir de un gasto de bolsillo de \$3,000 anual. • Planes de gobierno provinciales: Cobertura del 100% a partir de un tope del gasto total o por medicamento. 	Toda la población canadiense se encuentra cubierta en alguno de los distintos programas existentes.	Varía de acuerdo a los planes. Los Planes Federales y Provinciales se financian principalmente por impuestos.	<p>Cada uno de los planes federales cubre a grupos específicos poblacionales, por lo que la administración del plan varía. Los administradores son los siguientes: Departamento de Salud (para el plan de pueblos aborígenes), Departamento de Asuntos Veteranos (para el plan que cubre a los veteranos), Servicio Correccional (plan para los presos), Departamento de Inmigraciones, Refugiados y Ciudadanos (plan para los refugiados), Departamento de Defensa (plan para las Fuerzas armadas Canadienses) y la Secretaría de Tesorería de Canadá (plan para los empleados del Estado).</p> <p>Los Planes Provinciales difieren en cada provincia.</p>

PAÍS	NOMBRE	TIPO	COBERTURA	BENEFICIARIOS	FINANCIAMIENTO	INSTITUCIONALIDAD
Tailandia	<i>Universal Coverage Scheme</i> (UCS), Seguro Social de Salud (SHI) y <i>Civil Servant Medical Benefit Scheme</i> (CSMBS)	Cobertura dentro del seguro	<ul style="list-style-type: none"> • UCS y SHI incluye la terapia retroviral para VIH/SIDA (100%). El reemplazo renal, los trasplantes de órganos y el cáncer se cubren con topes de financiamiento. • CSMBS incluye la terapia retroviral para VIH/SIDA y los trasplante de órganos (100%). Se cubre limitadamente por topes financieros el reemplazo renal y cáncer. 	<ul style="list-style-type: none"> • SHI: Trabajadores del sector formal (no dependientes). • CSMBS: Funcionarios públicos y sus dependientes. • UCS: Ciudadanos tailandeses que no poseen otro seguro de salud. 	-SHI: Tripartito (empleados, empleadores y gobierno) Cada uno aporta 1.5% de la nómina. -CSMBS: Impuestos generales. -UCS: Impuestos generales.	-SHI: administrado por la Oficina de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo. -CSMBS: administrado por el Departamento General de Contraloría del Ministerio de Finanzas. -UCS: Administrado por la <i>National Health Security Office</i> (NHSO).
	High-cost medicine E2-access program - 2008	Cobertura dentro del seguro	16 medicamentos para 27 condiciones médicas (4 oncológicas y 12 de otras especialidades).	Afiliados a los 3 esquemas de aseguramiento público existentes (UCS, SHI y CSMBS). En estos se cubre a toda la población	Estrategias para reducir los costos de los medicamentos: - UCS: Centralizar las compras para todos los pacientes bajo el UCS. - SHI: Hospitales compran directamente de las empresas farmacéuticas a precios negociados centralmente.	La institucionalidad de los tres seguros públicos tailandeses (SHI, UCS, CSMBS) se mantiene.

PAÍS	NOMBRE	TIPO	COBERTURA	BENEFICIARIOS	FINANCIAMIENTO	INSTITUCIONALIDAD
Alemania	<i>Statutory Health Insurance (SHI)</i>	Cobertura dentro del seguro	Amplia cobertura desde prevención hasta tratamiento. Programas de gestión de enfermedad: 7 condiciones (prioriza diabetes mellitus tipo 2, cáncer de mama, asma y enfermedad pulmonar obstructiva).	Obligatorio para empleados que ganen menos EUR 54,900 (USD 69,760) por año y sus dependientes.	14.6% del salario bruto (7.3% la paga el empleador). Además, contribución complementaria por parte de los asegurados (en promedio 0.9% de los ingresos) y recursos adicionales del <i>Central Reallocation Fund</i> .	Las <i>sick funds</i> (aseguradoras) recolectan las contribuciones y se transfiere al <i>Central Reallocation Fund</i> . Esta se encarga de redistribuirlos usando una capitación ajustada a riesgo por edad, sexo y riesgos de morbilidad (80 grupos de enfermedad).

Fuente: Aracena-Genao et al. (2011); Buchner, Goepffarth y Wasem (2013); Castillo-Riquelme (2016); Celis Guerrero (2015); Chicaiza (2002); Cid Pedraza et al. (2014); Comisión Honoraria Administradora (2012); Cuenta de Alto Costo (sf); Giedion et al. (2014); Giménez Caballero (2012); Göppfarth y Henke (2013); Greß et al. (2002); Guillén (2011); Jongudomsuk et al. (2015); JUNASA (2014); Lozano et al. (2014); MINSAL (2016); Phillips (2016); Riascos Villegas (2013); Secretaría de Salud (2016).

Elaboración: Comisión de Protección Social

Anexo D.9. Supuestos para el cálculo del requerimiento fiscal del Alto Costo

A continuación, se presentan los principales supuestos para la estimación de cada una de las condiciones clínicas que cubre actualmente el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) y que será la base del fondo de alto costo. El requerimiento fiscal de cada una de las condiciones y procedimientos que cubre el FISSAL se ha determinado con información sobre la prevalencia de cada enfermedad –obtenida de diferentes fuentes que se describe a continuación– y los costos provistos por el FISSAL de acuerdo a los contratos que posee con diversos prestadores de salud.

La estimación calcula el costo de incrementar la cobertura de un fondo como el FISSAL para toda la población de Perú en puntos del PBI. Se realiza en tres etapas, considerando, de forma agregada para cada una de ellas, diversas condiciones de las que cubre el FISSAL. La primera etapa considera todas las prestaciones de alto costo y los procedimientos de alto costo relacionados: oncológicas y trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) para leucemia y linfoma, así como insuficiencia renal crónica (IRC) y trasplante renal. La segunda etapa considera los tratamientos de enfermedades raras y huérfanas (se incluye la terapia de reemplazo enzimático, TRE) y el tratamiento TPH para algunas de ellas. Por último, se incluyen los procedimientos de alto costo no relacionados a condiciones oncológicas, IRC ni enfermedades raras y huérfanas: TPH para algunas condiciones que han sido cubiertas por el FISSAL y trasplante hepático.

Para cada una de las etapas de estimación se calcula la proyección de requerimiento fiscal hasta el año 2030. Los supuestos, metodología y resultados se describen a continuación.

Anexo D.9.1. Primera etapa: prestaciones oncológicas, IRC y procedimientos de alto costo relacionados

Anexo D.9.1.1. Enfermedades oncológicas

1. Sobre los costos

- a. Información de paquetes de costos por estadio para cinco tipos de cáncer de acuerdo a los convenios realizados con el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN): cuello uterino, colon, mama, estómago y próstata. Para linfoma y leucemia no se tienen los costos por estadio, por lo que se han considerado los costos promedio totales anuales dados por el FISSAL: 10,000 para linfoma y 15,000 para leucemia.
- b. Los costos paliativos se reciben en los estadios 3 y 4. Sin embargo, no se han tomado los costos considerados dentro de los paquetes, ya que la estimación de estos está sobreestimada al considerar los insumos más costosos a los existentes en el mercado (y no los más frecuentemente usados). Por ello, se ha utilizado el gasto paliativo efectivo.
 - i. La información provista por el FISSAL fue el gasto efectivo anual entre el periodo comprendido entre enero de 2012 y marzo de 2017, así como la cantidad de pacientes autorizados por estadio y diagnóstico oncológico para cuello uterino, colon, mama, estómago y próstata.

- ii. Se asume que todos los autorizados fueron, en efecto, atendidos y que el tratamiento paliativo dura únicamente un año porque el paciente se cura o fallece, dado los avanzados estadios de la enfermedad. Con esto se calculó el costo per cápita paliativo por estadio y diagnóstico oncológico.
- iii. Con la cantidad de autorizados para acceder a cuidados paliativos por estadio de diagnóstico oncológico se calculó, asumiendo que todos los autorizados se atendieron, el gasto paliativo efectivo para los cinco tipos de cáncer tarifados para 2016.
- iv. Se extrapoló el gasto para toda la población.
- v. Para leucemia y linfoma no se contó con información de los gastos paliativos, por tratarse de cánceres no tarifados. Sin embargo, estos se consideran que no afectarían la estimación significativamente pues solo se autorizaron 6 casos de linfoma para acceder a paliativos y ninguno para leucemia para el año 2016.
- c. Se consideró que los gastos de medicamentos de alto costo para cáncer (no incluidos en los paquetes de costos) pueden extrapolarse a todo el sistema.

2. Prevalencia

- a. Se tomó la prevalencia de Globocan a un año (OMS, 2017), ya que la mayoría de tratamiento que realiza el FISSAL son realizados a un año, al igual que la autorización de los controles. Se asume que esta es representativa, a pesar de tener sesgos conocidos. La prevalencia de Globocan únicamente considera a la población adulta. No se cuenta con data de prevalencia para el cáncer en menores de 15 años. Por ello, la corrección se ha realizado tomando en cuenta la relación de personas de 15 años a más por cada atendido menor de 15 años. Para leucemia esta relación fue de 1.9, mientras que para linfoma fue de 17.8.
- b. Se asume que el perfil epidemiológico de la población MINSA es el mismo que a nivel nacional, por lo que se toma la distribución de atendidos por estadio de cáncer del FISSAL del año 2016 para hallar la distribución de la prevalencia por estadio de cáncer.
- c. Las tarifas de los 5 tipos de cáncer (cuello uterino, mama, estómago, próstata y colon) están determinadas por fase (estadaje, tratamiento quirúrgico, tratamiento médico, radioterapia, quimioterapia, controles, hormonoterapia) dentro de cada estadio.
 - i. Se buscó extender la distribución antes calculada, que se encontraba únicamente por estadios.
 - ii. Dado que no se contaban con información sobre los atendidos por fase dentro de cada estadio, se usó el número de autorizados por fase en cada estadio para 2016.
 - iii. Se asumió que todos los autorizados se atendieron.
 - iv. La distribución por fases dentro para cada uno de los estadios por diagnóstico oncológico puede sumar más del 100%, ya que un paciente puede encontrarse en más de una fase.
- 3. Se considera que el costo de recursos humanos que no se encuentra incluido en el SIS no es significativo para la estimación final, por el alto costo que implican los insumos, medicamentos y equipos.

La **Tabla Anexo D.9.1.** muestra los costos estimados.

Tabla Anexo D.9.1.
Costos estimados por estadio y fase
(S/)

		Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	Total
Cuello uterino	Estadiaje	434 171.60	1 427 115.76	633 629.74	77 271.92	18 264 869.51
	Tratamiento quirúrgico	921 305.38	1 056 560.85	0.00	0.00	
	Tratamiento médico	644 574.23	3 293 239.51	3 036 872.29	796 136.11	
	Radioterapia	0.00	4 004 491.00	1 776 948.74	123 865.05	
	Controles	8889.00	17 980.02	9495.07	2323.26	
	Total	2 008 940.21	9 799 387.13	5 456 945.84	999 596.34	
Colon	Estadiaje	411 557.67	204 895.66	241 988.84	197 830.29	14 914 236.18
	Tratamiento quirúrgico	1 073 745.30	949 851.62	1 166 665.57	588 495.02	
	Tratamiento médico	160 105.16	1 551 788.51	4 803 110.75	3 379 061.33	
	Controles	18 748.40	82 024.25	65 619.40	18 748.40	
	Total	1 664 156.53	2 788 560.04	6 277 384.56	4 184 135.05	
Estómago	Estadiaje	189 012.36	79 195.12	475 637.95	564 673.63	30 128 382.30
	Tratamiento quirúrgico	2 433 756.57	1 684 908.39	2 699 858.77	0.00	
	Tratamiento médico	0.00	6 181 480.01	6 879 952.33	8 286 520.34	
	Radioterapia	0.00	133 354.63	147 032.03	0.00	
	Controles	54 020.72	146 627.66	113 186.26	59 165.55	
	Total	2 676 789.64	8 225 565.81	10 315 667.33	8 910 359.52	
Mama	Estadiaje	1 179 163.81	3 349 257.95	3 344 930.75	789 715.22	75 954 911.35
	Tratamiento quirúrgico	1 206 946.27	4 277 953.99	3 817 526.34	0.00	
	Tratamiento médico	3 193 550.94	19 132 663.91	21 273 236.98	7 029 981.10	
	Hormonoterapia	27 165.99	148 564.01	199 500.25	98 804.53	
	Radioterapia	454 982.89	2 609 238.90	2 790 226.57	253 480.09	
	Controles	66 445.88	300 818.62	297 194.30	113 562.05	
	Total	6 128 255.78	29 818 497.39	31 722 615.19	8 285 542.99	
Próstata	Estadiaje	412 310.94	262 953.41	1 066 539.01	1 091 782.54	15 751 117.57
	Tratamiento quirúrgico	405 436.14	766 803.13	0.00	3 042 314.69	
	Tratamiento médico	0.00	0.00	0.00	3 513 910.01	
	Hormonoterapia	0.00	0.00	2 588 758.67	0.00	
	Radioterapia	0.00	0.00	2 459 428.52	0.00	
	Controles	6004.00	12 341.56	60 785.06	61 749.90	
	Total	823 751.08	1 042 098.09	6 175 511.26	7 709 757.14	
Total, cánceres tarifados						155 013 516.91
Linfoma						14 454 018.51
Leucemia						13 844 317.83
TOTAL						183 311 853.26

Elaboración: Comisión de Protección Social.

Además, los costos para los medicamentos de alto costo de cáncer son:

Grupo	Monto	Población
SIS	22 361 655.68	16 297 043
Total	43 669 422.49	31 826 018

Elaboración: Comisión de Protección Social

Anexo D.9.1.2. Procedimientos de alto costo oncológicos: TPH

1. Se toman las prevalencias de Globocan de leucemia y linfoma, ajustadas con el cálculo de prevalencia para menores de 15 años. Se mantienen los mismos supuestos de la sección anterior.
2. Se asume que el 2.2% de la población que es atendida por leucemia reciben TPH; el 0.4% de la población que posee linfoma recibe TPH. Esto se obtiene de los datos de atendidos provistos por el FISSAL, por lo que se asume que el perfil epidemiológico de la población del SIS es representativo a nivel nacional.
3. Se supone que las atenciones son en establecimientos nacionales.
 - a. El trasplante que se realiza en Miami es de tipo alogénico no emparentado, oferta que actualmente no existe en Perú. Se prevé que ese servicio se desarrollará nacionalmente mediante la creación de un banco de trasplantes, por ejemplo. En la práctica cada vez se realizan menos intervenciones en el exterior: desde hace casi un año no se envía gente a Miami a realizarse TPH.
 - b. Se consideran los costos nacionales y se estima únicamente tratamientos para trasplantes autólogos (con la propia médula ósea del paciente) y alogénicos emparentado. De los casos de leucemia, el 100% fue emparentado, mientras que de linfoma el 11% fue emparentado y el 89% autólogo.
4. Para calcular los costos de TPH:
 - a. Se consideran los costos del INEN para el trasplante de médula ósea autólogo. El Instituto Nacional del Niño San Borja no ofrece el servicio. Este costo fue de 182,612.31 soles.
 - b. Para los costos de trasplante alogénico emparentado se ha tomado el promedio entre los costos de INEN y el Instituto Nacional del Niño San Borja. Este promedio fue de 260,299.17 soles.
5. Se considera que el costo de recursos humanos que no se encuentra incluido en el SIS no es significativo para la estimación final, por el alto costo que implican los insumos, medicamentos y equipos.

Los costos obtenidos son:

TIPO DE CÁNCER	COSTO TOTAL
Leucemia	5 466 282.52
Linfoma	1 173 360.72
Total	6 639 643.23

Elaboración: Comisión de Protección Social

Anexo D.9.1.3. Insuficiencia renal crónica y trasplante renal

1. Únicamente son relevantes los costos de la insuficiencia renal crónica que se encuentra en estadio V o terminal, ya que son los que reciben terapia de reemplazo renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal).
2. Hemodiálisis
 - a. Se consideran los costos de hemodiálisis para adultos tomadas del estudio de Loza Munarriz y Ramos Muñoz (2016). Se incluyen las prevalencias para hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal.
 - b. Se asume que, de las atenciones de hemodiálisis, el 77% se realiza en IPRESS privadas, proporción obtenida de las atenciones de los asegurados SIS.
3. Para las vías de acceso únicamente se consideran los incidentes (casos nuevos diagnosticados con IRC en estadio V).
 - a. Los accesos se realizan en hospitales públicos y luego los asegurados se transfieren a los privados cuando no hay oferta pública suficiente.
 - b. Se asume que los pacientes de hemodiálisis usan fístula y los de diálisis peritoneal usan catéter. Para separar la cantidad de incidentes que van a diálisis peritoneal y a hemodiálisis se consideran las proporciones de prevalencia total en estadio V que se atienden por cada tipo de diálisis.
 - c. No se consideran los catéteres temporales, ya que no se sabe la periodicidad con la cual se cambian.
4. Costos
 - a. Para costos de IPRESS públicas se toman los del Hospital Daniel Alcides Carrión y para los costos de acceso el del Hospital Dos Mayo.
 - b. Para trasplante renal se considera el promedio de los procedimientos diversos (donante vivo y donante cadavérico vivo) del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja y del Hospital Nacional Cayetano Heredia únicamente para adultos.
 - c. Se asume que se realizan todos los trasplantes renales necesarios.
 - d. No se consideraron los costos para los pacientes menores de 15 años por una muy baja prevalencia. Por ejemplo, para el año 2016, de todos los pacientes atendidos por hemodiálisis en el FISSAL, 6,694 fueron mayores de 15 años, mientras que 17 fueron menores.
 - e. Recursos humanos
 - i. Para los tipos de diálisis se requiere un recurso humano especializado, el cual representa el 44% del total (Eyzaguirre Valdivia, 2015).

Prestación	Costo	Costos unitarios
Hemodiálisis pública	102 231 542.25	38 497.00
Hemodiálisis privada	469 509 801.27	52 770.08
Díálisis peritoneal	100 220 523.42	61 745.34
Costos de acceso para hemodiálisis (solo incidentes)	637 014.73	743.49
Costo de acceso para díálisis peritoneal	216 537.9644	1798.86
TOTAL	672 815 419.62	

Elaboración: Comisión de Protección Social

5. Extrapolación para calcular el costo total:

Costo variable	672 815 419.62
Costo fijo (remuneraciones son del 44%) adicional)	529 507 924.66
TOTAL	1 202 323 344.29

6. El costo estimado sin restricciones de oferta, demanda y adherencia para trasplante renal fue de S/ 16 842 868.87.

Anexo D.9.2. Segunda etapa: enfermedades raras y huérfanas y procedimientos de alto costo relacionados

Anexo D.9.2.1. Tratamiento con terapia de reemplazo enzimático (TRE)

1. Se ha estimado únicamente los costos para las enfermedades que poseen pacientes ya en tratamiento (Gaucher y Mucopolisacaridosis tipo VI) y aquellos que se encontraban en listas de espera, con diagnósticos que se iban a aprobar durante el presente año 2017: Fabry y Mucopolisacaridosis tipo I y II.
2. Se usan los costos estimados del tratamiento anual estimado por el FISSAL, los cuales se ajustan por el número de dosis anuales y la cantidad de viales que deben tomarse por dosis según el peso de los pacientes.
3. No se cuenta con los costos de recursos humanos; sin embargo, se considera que no alteraría significativamente la estimación por el alto costo de los medicamentos.
4. La prevalencia para Gaucher y Fabry fue tomada de Connock *et al.* (2006) y Pinto Masís, Parra Ortega y Dennis Verano (2008).
5. Para Mucopolisacaridosis se ha tomado datos de prevalencia de Colombia, ya que no se encontró la prevalencia para el Perú. Se tomaron del estudio de Gómez, García-Robles y Suárez-Obando (2012).

Enfermedad	Monto (soles)
Gaucher	49 973 116.08
Mucopolisacaridosis VI	121 271 641.24
Fabry	62 983 536.86
Mucopolisacaridosis I	245 079 754.38
Mucopolisacaridosis II	250 452 302.57
Total	729 760 351.13

Elaboración: Comisión de Protección Social

Anexo D.9.2.2. Tratamiento no TRE para enfermedades raras y huérfanas que no incluye procedimientos de alto costo

1. Únicamente se consideran los diagnósticos que han sido tratados: Enfermedad de Von Willebrand, Fenilcetonuria, Síndrome de Kocher e Hipoadrenalismo congénito.
2. Se toma la mediana de costos en vez del promedio por ser más representativa y considerablemente más baja. No se encontraron prevalencias para Perú, por lo que se tomaron prevalencias mundiales tomadas principalmente del portal Orphanet (2017), especializado en este tipo de patologías.
3. Costo de recursos humanos se consideran despreciables por el alto costo de los tratamientos
4. No se encontró prevalencia del síndrome de Kocher. En el 2016, 1 persona se atendió.

Enfermedad	Requerimiento fiscal (soles)
Enfermedad de Von Willebrand	28 204.22
Fenilcetonuria	55 122.66
Hipoadrenalismo congénito	1 209 388.68
Total	1 292 715.56

Elaboración: Comisión de Protección Social

Anexo D.9.2.3. Trasplante hematopoyético (TPH)

1. Los casos que el FISSAL ha atendido de TPH para enfermedades raras y huérfanas han sido relacionados al diagnóstico de anemia de Fanconi y Neutropenia. Bajo el supuesto de que la población del SIS es epidemiológicamente similar a la nacional, se asume que los tratamientos que el FISSAL financiará de TPH de enfermedades raras y huérfanas será las de Anemia de Fanconi.
2. La prevalencia de la enfermedad fue tomada de un reporte del INS (Rodríguez, 2013) y de Orphanet respectivamente, los cuales consideran prevalencias mundiales.
3. Todos los casos que se tuvieron en el FISSAL de atención por TPH para anemia de Fanconi y neutropenia fueron de tipo alogénico emparentado. Los costos que se tomaron fueron el

promedio de costos de TPH emparentado para INEN y el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja.

4. El requerimiento fiscal estimado para TPH de enfermedades raras y huérfanas es de S/ 53 847 858.92.

Anexo D.9.3. Tercera etapa: otros procedimientos de alto costo

Anexo D.9.3.1. TPH para otros diagnósticos asociados

1. Los diagnósticos asociados fueron mieloma múltiple, síndrome mielodiplásico, síndrome de Wiskott Aldrich y anemia aplásica.
2. De acuerdo a los atendidos en el FISSAL para 2016, el 45% requiere un TPH autólogo, mientras que un 54% uno alogénico emparentado. No se requirieron TPH no emparentado, por lo que no se considera para determinar la estructura de los costos.
3. Sobre los costos:
 - a. Para el TPH autólogo se tomaron los costos de INEN.
 - b. Para el TPH alogénico emparentado se tomaron los costos promedio de INEN y el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.
4. No se encontraron prevalencias para Perú, por lo que se utilizaron mundiales.
5. El requerimiento fiscal que se obtuvo fue de S/ 458 314 984.74.

Anexo D.9.3.2. Trasplante hepático

1. El diagnóstico asociado para aquellos que recibieron prestaciones fue atresia biliar.
2. Se usaron los costos del Hospital Universitario Austral de Argentina, prestador con el que tiene convenio el FISSAL. Se usó la mediana de estos por considerarse más representativa.
3. Por tratarse de procedimientos realizados en el exterior, los costos provistos por el FISSAL son costos totales, que ya incluyen los recursos humanos.
4. Se asume que se realizan todos los trasplantes necesarios, por lo que no hay una oferta limitada de donantes.
5. El requerimiento fiscal estimado fue de S/ 118 054 645.86.

Anexo D.9.4. Resumen de estimación por etapas

A continuación, se presentan los costos totales separados por cada una de las etapas que se han estimado.

Etapas	Tipo de prestación	Costos sin restricciones de oferta	Soles	Total por etapas	Etapas 1 y 2	
Etapas 1	Oncológicos	Cáncer (paliativos, medicamentos y paquetes)	236 807 138	1 462 612 994	2 247 513 920	
		TPH leucemia y linfoma	6 639 643			
	Insuficiencia renal	Diálisis y accesos	1 202 323 344			
		Trasplante renal	16 842 868			
Etapas 2	Enfermedades raras o huérfanas	TRE	729 760 351	784 900 925		
		No TRE (no procedimientos de alto costo)	1 292 715			
		TPH enfermedades raras y huérfanas	53 847 858			
Etapas 3	Procedimientos de alto costo	Diagnósticos asociados	458 314 984	576 369 630		
		Trasplante hepático	118 054 645			
TOTAL GENERAL			2 823 883 551			

Elaboración: Comisión de Protección Social

Anexo D.9.5. Estimación con restricciones y proyección al 2030

Para cada una de las tres etapas de la estimación se plantean diversos escenarios de utilización sobre la cifra final, lo cual se debe a las restricciones existentes de oferta, demanda y adherencia. El primer escenario que se plantea es sin restricciones, el segundo con una oferta al 70% y el tercero con una oferta disponible de 30%.

Además, para proyectar al 2030, se utilizaron las siguientes tasas de crecimiento poblacional del INEI:

Población	2000-2006	2007-2011	2012-2016	2017-2021	2022-2026	2027-2032
Tasa de crecimiento	1.37%	1.16%	1.12%	1.05%	0.95%	0.85%

Elaboración: Comisión de Protección Social.

Por otro lado, las tasas de crecimiento económico se tomaron del Marco Macroeconómico Multianual 2017-2019 (MEF, 2016). Estas se presentan a continuación:

PBI	2016	2017	2018	2019	2020 en adelante
Tasa de crecimiento	4%	4.80%	4.30%	4.10%	4%

Elaboración: Comisión de Protección Social

Las tres siguientes tablas resumen las proyecciones del requerimiento fiscal al año 2030 para cada una de las tres etapas de estimación.

Etapa 1: Condiciones y procedimientos oncológicos, IRC y trasplante renal (%)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Sin restricción	0.22	0.21	0.20	0.20	0.19	0.19	0.18	0.17	0.17	0.16	0.16	0.15	0.15	0.15
Al 70%	0.15	0.15	0.14	0.14	0.13	0.13	0.13	0.12	0.12	0.12	0.11	0.11	0.11	0.10
Al 30%	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.04
Promedio	0.11	0.10	0.10	0.10	0.10	0.09	0.09	0.09	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.07

Elaboración: Comisión de Protección Social

Etapa 2: se agrega la cobertura para enfermedades raras y huérfanas y los procedimientos de alto costo relacionados (%)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Sin restricción	0.33	0.32	0.31	0.30	0.29	0.28	0.28	0.27	0.26	0.25	0.25	0.24	0.23	0.22
Al 70%	0.23	0.22	0.22	0.21	0.21	0.20	0.19	0.19	0.18	0.18	0.17	0.17	0.16	0.16
Al 30%	0.10	0.10	0.09	0.09	0.09	0.09	0.08	0.08	0.08	0.08	0.07	0.07	0.07	0.07
Promedio	0.17	0.16	0.16	0.15	0.15	0.14	0.14	0.13	0.13	0.13	0.12	0.12	0.12	0.11

Elaboración: Comisión de Protección Social

Etapa 3: otros procedimientos de alto costo (%)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Sin restricción	0.42	0.40	0.39	0.38	0.37	0.36	0.35	0.34	0.33	0.32	0.31	0.30	0.29	0.28
Al 70%	0.29	0.28	0.27	0.27	0.26	0.25	0.24	0.24	0.23	0.22	0.22	0.21	0.20	0.20
Al 30%	0.12	0.12	0.12	0.11	0.11	0.11	0.10	0.10	0.10	0.10	0.09	0.09	0.09	0.08
Promedio	0.21	0.20	0.20	0.19	0.18	0.18	0.17	0.17	0.16	0.16	0.15	0.15	0.14	0.14

Elaboración: Comisión de Protección Social

Anexo D.10. Seguro de Desempleo - Acerca de los Datos

Los datos utilizados en este informe han sido obtenidos de la planilla electrónica del periodo comprendido entre enero de 2010 y mayo de 2016. La planilla electrónica es un sistema de registro desarrollado por la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT), mediante la cual los empleadores declaran su información y la de sus trabajadores, pensionistas, prestadores de servicios y personal en formación. Ésta sustituye el registro en libros y permite centralizar la información para su fiscalización (Hidalgo, 2016). La información declarada en la planilla es de tres tipos:

1. Información personal del trabajador como edad, sexo y nivel educativo.
2. Información de carácter laboral como tipo de contrato y de seguridad social.
3. Información mensual de pagos, descuentos, días laborales y no laborales (Hidalgo, 2016).

Para fines de este informe solo se utiliza la información de los trabajadores asalariados del régimen de quinta categoría. Es decir, quedan fuera del análisis los trabajadores en formación (modalidad de practicantes) y prestadores de servicio (régimen de cuarta categoría). También se deja de lado a los trabajadores que tienen más de un empleo a la vez, ya que su comportamiento laboral es más complejo y el propósito de este informe es entender el comportamiento del trabajador promedio. Sin embargo, más adelante podrían ser incorporados al análisis.

La base de datos trabajada es, entonces, un compendio de la información laboral de todos los trabajadores formales asalariados del sector privado inscritos en planilla en los 77 meses del periodo especificado. Esta información es sumamente completa y además precisa para hacer el análisis de un posible seguro de desempleo, incluyendo al sector de la población que accedería al seguro de desempleo. Al ser un registro completo de estos trabajadores, la base no cuenta con errores de medición.

Sin embargo, para el análisis de rotación laboral de este grupo de trabajadores la planilla electrónica presenta algunas limitaciones. En primer lugar, el hecho de que la planilla sea el reporte de los empleadores formales deja de lado por completo el sector informal de la economía. Así, cuando un trabajador sale de un empleo según los registros de la planilla, no se sabe si éste ha conseguido un empleo informal o si se encuentra efectivamente desempleado. Por otro lado, la planilla no tiene mayor información retrospectiva de los trabajadores, con excepción de sus años de educación. Esto es un problema ya que no hay cómo saber si el trabajador estuvo antes en otra empresa o si es su primera vez ingresando al mercado laboral. Dadas estas dos limitaciones, el análisis de este informe solo reflejará los flujos dentro y fuera del desempleo y la caracterización de la rotación laboral **respecto al mercado formal de la economía**. Para propósitos de un seguro de desempleo, ésta es la rotación que realmente importa ya que el hecho de haber conseguido un empleo informal no es fácilmente identificable por el sistema.

Al contar con un promedio de 2,8 millones de trabajadores al mes para los cuales hay información sobre su situación laboral y su ingreso en un horizonte de 77 meses, la información acopiada es tan grande que la base de datos resultante genera dificultades computacionales para la estimación de la prima. Ello se traduce en la necesidad de tomar una muestra que haga más manejable la información. La muestra con la que se han realizado algunas de las estimaciones está compuesta por el 10% de los trabajadores que aparecen en la planilla para los cuales se utiliza toda la información recolectada a través de los 77 meses en los que hay información disponible.

E. DIAGNÓSTICO

E.1. PENSIONES

E.1.1. Estructura y funcionamiento actual de los tres pilares

El sistema se encuentra compuesto por un conjunto de componentes que funcionan de manera fragmentada, bajo determinados modelos de organización, atendiendo determinados segmentos de la población y bajo diferentes objetivos. Esta situación genera en muchos casos que los fines que persigue cada uno de estos estamentos no se encuentren alineados y, que en un extremo, se manifiesten contradictorios. Todo esto conlleva a que la meta de contar con un sistema que esté al alcance de una proporción relevante de peruanos; con pensiones suficientes; que sea redistributivo; que cuente con esquemas de subsidios fiscalmente sostenibles; y, que los mecanismos organizacionales funcionen con eficiencia, se encuentre todavía fuera del radar para la sociedad. En las siguientes sub-secciones, abordaremos cada uno de estos componentes, identificando los desafíos que habrá que superar.

E.1.1.1. Pilar Contributivo

Como en el caso de otros países, el sistema de pensiones se inició con un pilar contributivo de reparto (SNP) que fue consolidándose a mediados del Siglo XX. Más adelante, como consecuencia de los grandes desequilibrios financieros que éste acumuló, la reforma de 1992 introdujo un sistema de capitalización individual obligatorio (SPP), que empezó a operar en paralelo al del SNP desde junio de 1993 y que en gran medida emulaba al “modelo chileno” inaugurado en los años ochenta. Posteriormente se realizaron un conjunto de fuertes ajustes paramétricos al SNP para darle sostenibilidad fiscal⁷⁶. Desde entonces, ambos sistemas coexisten y atienden un mercado previsional segmentado. En este escenario, los trabajadores dependientes (formales asalariados) tienen la obligación de escoger uno de los dos sistemas para realizar su contribución obligatoria⁷⁷.

En 2012, a casi veinte años de la creación del SPP, y después de varios cambios de Ley, se lanzó la reforma de este sistema mediante la Ley N° 29903, Ley de Reforma del Sistema Privado de Pensiones, la cual tenía como objetivos principales promover la competencia entre Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) al interior del SPP, conseguir un mejor

⁷⁶ Como se mencionará más adelante, aunque las tasas de aportación de ambos sistemas son similares, éstas fueron originalmente distintas. De igual modo, hoy la edad de jubilación es de 65 años en ambos sistemas, tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo, hasta el año 1996 los trabajadores del SNP se podían jubilar a una menor edad: 60 años en el caso de hombres y 55 años en el caso de mujeres.

⁷⁷ Al respecto, para reconocer los aportes previsionales de los trabajadores originalmente afiliados al SNP pero que decidieron migrar al SPP, se estableció un Bono de Reconocimiento (BdR). Este bono identificó, inicialmente, las contribuciones efectuadas al SNP hasta diciembre 1992. Posteriormente, se contempló también el reconocimiento de aportes hasta noviembre 1996 y luego a diciembre 2001. Los aportes realizados al SNP después de 2001 no reciben reconocimiento en caso un afiliado al SNP decida trasladarse al SPP. Cabe indicar que la Ley N° 28991, Ley de Libre Desafiliación Informada, Pensiones Mínima y Complementarias, y Régimen Especial de Jubilación Anticipada, permite que los afiliados tengan la posibilidad de migrar del SPP al SNP bajo la condición de que, entre ambos sistemas, cuenten con 20 años de aporte y hayan cotizado por encima de una Remuneración Mínima Vital. Por otro lado, cabe indicar que los trabajadores independientes no están obligados a incorporarse a algún sistema previsional.

alineamiento de intereses entre los afiliados y la gestión de las AFPs, y ampliar la cobertura previsional. Entre los principales cambios efectuados en el modelo del SPP, se identifican tres:

- La implementación del mecanismo de licitación periódica de nuevos afiliados, con el objeto de introducir un elemento de competencia por precio y de atraer nuevos competidores al mercado.
- La introducción de un mecanismo de transición para pasar gradualmente desde la comisión por remuneración hacia el cobro de una comisión sobre el saldo administrado.
- La incorporación obligatoria de los trabajadores independientes menores a 40 años con el fin de lograr su cobertura previsional. Este cambio, sin embargo, fue posteriormente dejado sin efecto por la Ley N°30237 de septiembre de 2014.

Un resumen de los dos sistemas paralelos en Perú se muestra en la **Tabla E.1.1**.

Tabla E.1.1.
Resumen del Sistema Nacional y Sistema Privado de Pensiones

	Sistema Nacional de Pensiones	Sistema Privado de Pensiones
Definición	Es un régimen de reparto, administrado por la Oficina de Normalización Previsional (ONP). Los aportes de los trabajadores que pertenecen a este sistema pasan a formar parte de un fondo que se utiliza para pagar las pensiones de los afiliados que se encuentran en la etapa de jubilación.	Es un régimen de capitalización individual, administrado por las AFPs ⁷⁸ en su etapa de acumulación y por las AFPs o Compañías de Seguros en la etapa de retiro, según el tipo de pensión. Los aportes de los afiliados se acumulan en un fondo de su propiedad, pero administrado por la AFP, que sirve para determinar la pensión de jubilación ⁷⁹ .
Características principales	<ul style="list-style-type: none"> ○ Existe la garantía de una pensión mínima (S/ 415), condicional a tener al menos 20 años de aporte acumulado. ○ Existe también una pensión máxima (S/ 857.36), por lo que las pensiones tienen menos dispersión que en el caso del SPP. ○ A cada jubilado se le otorga 14 pensiones al año. Por su parte, cada afiliado realiza 12 aportes al año. ○ La tasa de reemplazo⁸⁰ es un parámetro exógeno y conocido antes de la jubilación: para los que se jubilen en el 2017 con 65 años será de 45% por los primeros 20 años y aumentará en 2 punto porcentuales por cada año adicional a los 20 años de aportes. Las reglas vigentes contemplan que en el largo plazo la tasa por los primeros 20 años será de 30% y el adicional seguirá siendo de 2%⁸¹. ○ Por un criterio redistributivo, aquellos empleados con ingresos más bajos que logran cumplir con los años de aporte, reciben tasas de reemplazo más altas respecto a los de ingresos más altos. ○ El aporte obligatorio del empleado es equivalente al 13% de su remuneración. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Los aportantes recibirán una pensión con los recursos que hayan acumulado en su Cuenta Individual de Capitalización (CIC). Las Leyes N° 27617 y N° 28991 contemplaron este beneficio para los afiliados que, al momento de la reforma, estaban cotizando al SNP. No existe garantía de pensión mínima en el régimen general. ○ Recientemente, con la Ley N° 30425 de abril de 2016, los trabajadores tienen la opción de retirar hasta el 95.5% de su fondo acumulado, o escoger algún mecanismo de rentas que le permita obtener una pensión mensual. ○ En el caso de pensión, la magnitud que finalmente se pueda obtener depende de varios factores como los aportes, la “densidad de cotización”⁸², la rentabilidad, la edad de jubilación, el grupo familiar, entre otros. De esta manera, existe una alta dispersión entre las pensiones de los jubilados, que es consistente con la de las remuneraciones, y el impacto de las precitadas variables. ○ A cada jubilado se le otorga 12 pensiones al año. Por su parte, cada afiliado realiza 12 aportes al año. ○ La tasa de reemplazo, para aquellos que eligen la opción de pensión mensual, es un parámetro endógeno y conocido al finalizar el período de aportes, cuando se calcule la pensión en función del capital acumulado por la persona. Hoy, la tasa

⁷⁸ Las AFPs se dedican exclusivamente a la administración de fondos de sus afiliados y se encuentran reguladas por la SBS.

⁷⁹ Cabe indicar que, para aquellos trabajadores que se traspasaron del SNP al SPP, las cuentas individuales pueden ser complementadas por un BdR, el cual se calcula con los aportes comprobados al SNP.

⁸⁰ Ingreso esperado a ser recibido durante la etapa de jubilación como porcentaje del ingreso obtenido durante la etapa de trabajo.

⁸¹ La regla considera tasas de reemplazo que dependen de la edad y se dividen en cinco rangos, siendo el rango más alto dirigido para aquéllos de más alta edad en cuyo caso la tasa de reemplazo por los primeros 20 años es de 50% y de 4% por cada año adicional de aporte superior a los 20 años (Guía Técnica de Cálculo de Reservas Actuariales). Estos rangos corresponden a un mercado de transición, por lo que en el largo plazo la única tasa de reemplazo sería la de 30%.

⁸² La densidad de cotización es entendida como la frecuencia con la que un afiliado cotiza al sistema de pensiones durante su etapa laboral. Por ejemplo, si este aporta pocas veces a lo largo de su vida, se dice que tiene una densidad de cotización baja.

		<p>de reemplazo para aquellos que reciben pensión, arroja un promedio es 40%.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Desde 2006, el aporte obligatorio del empleado es el 10% de su remuneración⁸³. Adicionalmente, el afiliado paga una comisión por administración a la AFP y una prima ante invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio a una compañía de seguro. La comisión y la prima totalizan cerca del 13% de la remuneración mensual del trabajador.
Principales riesgos a la sostenibilidad del sistema	<ul style="list-style-type: none"> ○ Incremento de la esperanza de vida. ○ Reducción de tasa de fertilidad. ○ Insostenibilidad por el hecho que los trabajadores más jóvenes y de mayores ingresos tienden a escoger el sistema de capitalización individual (Alonso et al. 2013; Olivera 2010, Olivera 2016). ○ La opción del retiro de hasta el 95.5% y del 25% del fondo de pensiones en el SPP podría incrementar la migración hacia el SPP. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ El SPP es autofinanciado, y no representa riesgo para la sostenibilidad fiscal.
Principales riesgos a la suficiencia de la pensión	<ul style="list-style-type: none"> ○ Carreras laborales interrumpidas que reduzcan el número de años para acceder a un determinado nivel de beneficio pensionario. ○ Existe una alta probabilidad de no recibir una pensión por no alcanzar una continuidad de contribuir durante 20 años. La probabilidad de no recibir una pensión por no alcanzar los 20 años de aportes se estima en 24%⁸⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Carreras laborales interrumpidas e incremento pronunciado del envejecimiento. ○ Riesgo de agotamiento del fondo durante la etapa de desacumulación en caso de retiro programado o por el retiro parcial de hasta el 25% para la compra de vivienda, y más aún, por el retiro del 95.5% del total ahorrado (suma alzada o "lump-sum"). Se desnaturaliza el objetivo principal de un sistema de pensiones, que es el de disminuir los riesgos de caídas extremas del consumo (e incluso de caer en pobreza) a lo largo de un período de retiro que cada vez se hará más largo. ○ Riesgo en la magnitud de las pensiones ante variaciones de las rentabilidades de los mercados financieros. Esto puede afectar los fondos de pensiones acumulados, lo que puede llevar a inequidades intergeneracionales de los afiliados, dados diferentes exposiciones en el tiempo, volatilidad de los mercados de capitales y una estrategia de inversión de portafolio no enfocada en el largo plazo (Rudolph y Sabat, 2016; Stewart, 2017).

Elaboración: Comisión de Protección Social

⁸³ Cabe indicar que estos porcentajes no son directamente comparables en tanto que, en el caso del SNP, se deducen los costos de administración y de recaudación de los aportes de los trabajadores. En el caso del SPP, las comisiones de administración y primas de seguro de invalidez y sobrevivencia se pagan separadamente y el porcentaje varía de acuerdo al proceso de licitación de las primas.

⁸⁴ Porcentaje de solicitudes de pensión denegadas por insuficiencia de años de aportes en el año 2015.

Cabe indicar que, además del SNP y del SPP, existen otros 16 sistemas contributivos que incluyen aproximadamente el 2.4% de la PEA y alrededor de 15% de la población mayor a 65 años. Algunos de éstos demandan recursos del Estado. Sin embargo, además del SNP, los tres más importantes en términos de la cantidad de recursos públicos que demandan son: (i) DL N° 20530 (Cédula Viva), (ii) Caja de Pensiones Militar Policial; y (iii) el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. El presente reporte no revisará la situación de estos 16 regímenes especiales debido a que muchos de ellos ya han sido cerrados a nuevas entradas o implican menores riesgos financieros, o en algunos casos, requieren una aproximación política especial que escapa al marco de diagnóstico y propuestas que el gobierno le ha encargado a la Comisión de Protección Social.

Recuadro E.1.1.

Los regímenes de Cédula Viva, Caja Militar y Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo

El DL N° 20530 (Régimen de Pensiones y Compensaciones por Servicios Civiles prestados al Estado no comprendidos en el Decreto Ley N° 19990, conocido como “Cédula Viva”) se estableció en 1974 y actualmente no admite más afiliados. Se otorga la pensión a partir de los 12.5 y 15 años de aporte para las mujeres y hombres, respectivamente. Esta pensión corresponde al 100% de la remuneración, ajustable anualmente. Actualmente, existen 8 mil afiliados activos y 258 mil pensionistas. El pago total por pensiones alcanza S/ 4 mil millones anuales y la reserva actuarial es de S/ 47.9 mil millones. Respecto de los reajustes de pensión de este régimen, el último cambio se ha realizado en febrero de 2017 y fue por S/ 43, lo que implicó un costo anual adicional de S/ 100 millones. De acuerdo con Bernal (2017), este régimen actualmente genera un gasto fiscal de 0.59% del PBI que se irá reduciendo poco a poco, hasta extinguirse el año 2045.

Respecto del Régimen de la Caja Militar Policial, se puede distinguir que existen dos regímenes dentro del mismo: (i) DL N° 19846, el cual está cerrado; y (ii) DL N° 1133, el cual fue creado en 2012 y está abierto. Actualmente, el primer régimen tiene 58 mil pensionistas y 131 mil están activos.

La reserva actuarial alcanza S/ 29.4 mil millones. Respecto del segundo régimen, éste no tiene pensionistas todavía y 34 mil están activos. La reserva actuarial alcanza S/ 578 mil millones. El mismo estudio de Bernal encuentra que el gasto fiscal que genera este régimen más que se duplicará, pasando del 0.41% del PBI el 2015 a cerca del 1.0% del PBI en el 2050.

Respecto del Régimen del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, no existen afiliados. Anualmente, demanda recursos por S/ 109 millones y su reserva actuarial alcanza US\$ 400 millones. Cabe destacar que, en estricto, este no es un régimen pensionario, sino un seguro de discapacidad.

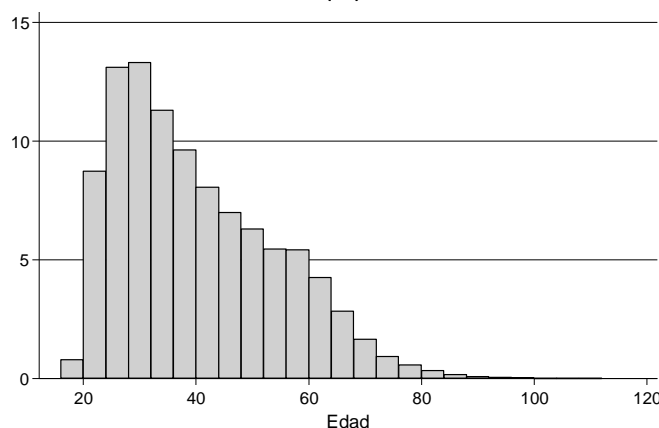
Elaboración: Comisión de Protección Social

E.1.1.1.1. Sistema Nacional de Pensiones

E.1.1.1.1.1. Afiliación, Cotización y Participantes del sistema

A septiembre de 2016, existen 4.4 millones de afiliados, cifra que considera sólo a las personas que realizaron aportes después de julio de 1999, cuando se empezó a sistematizar la información. Como se aprecia en el **Gráfico E.1.1**, existe una alta concentración de afiliados alrededor de los 28 años de edad y la mitad tiene menos de 37 años⁸⁵. Este último resultado invita a la reflexión de lo que le esperaría al sistema en alrededor de 35 años, cuando un porcentaje importante de estas personas solicite su pensión en un contexto de una sociedad envejecida. La población afiliada se caracteriza por ser mayoritariamente masculina (62% del total).

Gráfico E.1.1.
Distribución de afiliados, según edad
(%)



Fuente: ONP

Elaboración: Comisión de Protección Social

Los afiliados se dividen en obligatorios y facultativos. Los afiliados obligatorios son aquellas personas que en general trabajan como dependientes y cuyo empleador está obligado a retener parte de su salario para declararlo a la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT) como aporte con fin previsional. Los afiliados facultativos son aquellas personas que en general laboran de manera independiente y que pueden hacer o dejar de hacer aportaciones a voluntad.

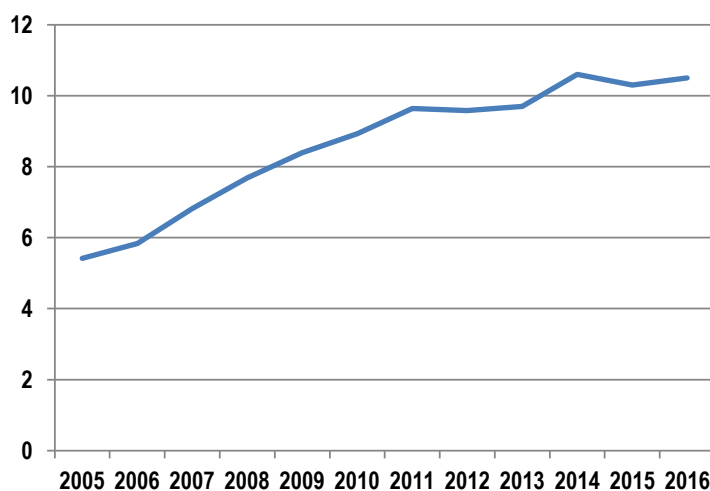
Aquellos afiliados que realizan contribuciones con fin previsional en el mes de referencia son considerados como cotizantes. En este sentido, en setiembre de 2016, existen 1.6 millones de cotizantes al SNP. Como se discutirá más adelante, es necesario considerar que éste es el número total de cotizantes en dicha fecha, pero no necesariamente el número de cotizantes que realiza aportes regularmente. Así, por ejemplo, en 2015, mientras los aportantes en diciembre se estimaron en 1.7 millones, en el último semestre de dicho año realizaron aportes consecutivos 1.4 millones y sólo 1 millón hicieron aportes durante todo el año.

De esta manera, la afiliación al SNP se mantiene en los últimos años ligeramente por encima del 10% de la población económicamente activa (PEA) (ver **Gráfico E.1.2**),

⁸⁵ El promedio es de 40 años.

después de prácticamente haber duplicado su participación entre 2005 y 2010. La evolución de este componente a lo largo de los años muestra un estancamiento (ver **Gráfico E.1.2**), en línea con el menor dinamismo económico de los últimos años y la dinámica de la informalidad.

Gráfico E.1.2.
Población afiliada al Sistema Nacional de Pensiones
(% de la PEA ocupada)



Fuente: INEI

Elaboración: Comisión de Protección Social

E.1.1.1.1.2. Aportes Obligatorios

En el caso del SNP, los afiliados se encuentran obligados a aportar el 13% de la remuneración que perciben. En ningún caso, los aportes pueden ser menores al 13% de la Remuneración Mínima Vital (RMV).

En cuanto a las remuneraciones de los aportantes, el promedio fue de S/ 1351, con una remuneración promedio para los hombres 23% superior a la de las mujeres. Como se observa en la **Tabla E.1.2**, el 50% de los aportantes tiene una remuneración que va hasta los S/ 1003.

Tabla E.1.2.
Remuneraciones de los aportantes al SNP
(S/)

Sexo	Promedio	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Hombres	1468	818	1097	1640
Mujeres	1189	756	918	1251
Total	1351	791	1003	1483

Fuente: ONP

Elaboración: Comisión de Protección Social

E.1.1.1.1.3. Aportes e Inversiones

La recaudación de aportes en un mes equivale a la suma del total de aportes previsionales que realizaron los afiliados al SNP en dicho mes. La recaudación de aportes es en la actualidad la principal fuente de financiamiento del pago de las pensiones administradas por el SNP, contribuyendo con el 77% del monto total destinado al pago de las pensiones. El resto del financiamiento proviene del Fondo Consolidado de Reservas (FCR) y del Tesoro Público⁸⁶.

Respecto de las inversiones del SNP, en abril de 1996, se creó el FCR con la finalidad de consolidar la reforma previsional peruana y respaldar las obligaciones de los regímenes pensionarios a cargo de la ONP. El funcionamiento y detalles de este fondo, puede ser revisado en el **Anexo E.1** de este reporte.

E.1.1.1.1.4. Beneficios y Bonificaciones del SNP en etapa de desacumulación

El SNP otorga prestaciones económicas a sus pensionistas, los cuales actualmente son poco más de 500 mil. Los pensionistas del SNP reciben catorce pagos anuales, considerando bonificaciones en julio y diciembre, y también bonificaciones especiales.

En relación a las pensiones, se pueden identificar cinco tipos: jubilación, invalidez, viudez, orfandad y ascendencia. Los pensionistas de jubilación y de invalidez son denominados pensionistas de derecho propio o titulares, en tanto que los pensionistas de viudez, orfandad y ascendencia son denominados pensionistas de derecho derivado. A continuación, nos focalizamos en las características de la pensión de jubilación. Una descripción más detallada de los otros tipos de pensión en el SNP puede revisarse en el **Anexo E.2**.

La pensión de jubilación es otorgada al afiliado al SNP que alcanza la edad legal de jubilación (65 años) y acumule al menos 20 años de aporte al sistema al momento de la solicitud de jubilación. Aunque se discutirá más adelante, es importante señalar que este requisito del número de años para acceder a una pensión en el SNP marca una gran diferencia respecto a los que escogieron pertenecer al régimen obligatorio privado de las AFP. Al ser el SNP un régimen de reparto, y no contar por tanto con cuentas individuales, la única forma de acceder al beneficio de pensión es cumplir con el requisito mínimo de los 20 años de aporte, y en caso contrario perder todos los aportes realizados. Situación distinta es la de un régimen de cuentas individuales donde la recuperación de cualquier aporte realizado, con sus respectivas rentabilidades acumuladas, está plenamente asegurado. Esta situación genera un claro problema de inequidad en el sistema de pensiones que analizaremos con detalle más adelante.

La pensión en el SNP está definida como un porcentaje de la remuneración de referencia, la cual corresponde a la remuneración promedio de los últimos 5 años. Dicho porcentaje, conocido como la tasa de reemplazo, se calcula según las edades con la que contaban los afiliados a la fecha de entrada en vigencia de la Ley N° 27617, Ley que dispone la reestructuración del SNP del Decreto Ley N° 19990 y modifica el Decreto Ley N° 20530 y la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones (diciembre de 2001), según la **Tabla E.1.3**.

⁸⁶ Como se discutirá más adelante, la participación del Tesoro Público en el total del pago de pensiones del SNP ha venido cayendo sostenidamente.

Tabla E.1.3.
Tasa de reemplazo
(%)

Rango de edad	Tasa de reemplazo (% por los primeros 20 años)
Hasta 29 años	30%
De 30 a 39 años	35%
De 40 a 49 años	40%
De 50 a 54 años	45%
De 55 a más años	50%

Fuente: DS Nº 099-2002-EF

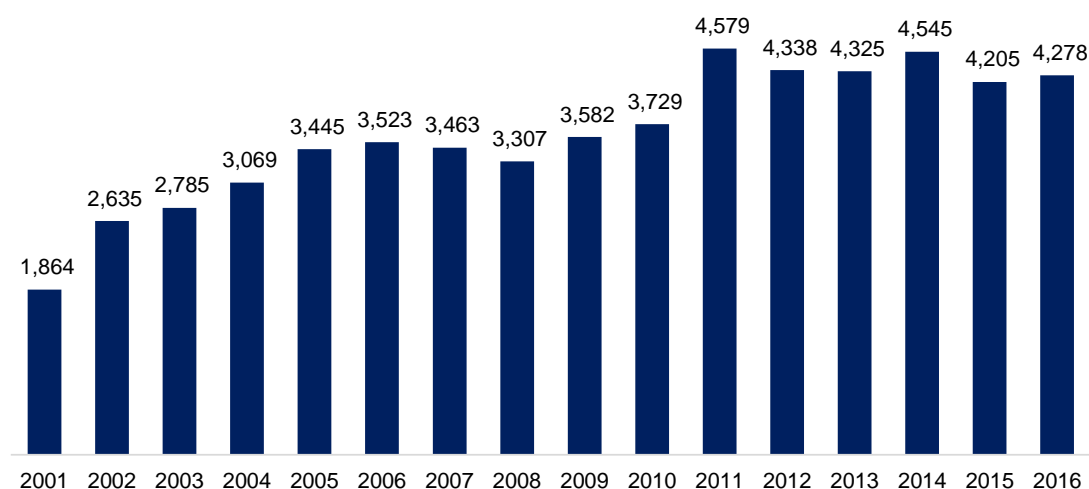
Elaboración: Comisión de Protección Social

Esta tasa de reemplazo se incrementa en dos puntos porcentuales de la remuneración de referencia por cada año completo de aportación que exceda a los 20 años para los primeros cuatro escalones y en 4 puntos porcentuales en el último escalón, hasta alcanzar como límite el 100% de la remuneración de referencia. Cabe indicar que la pensión de jubilación del SNP bajo el régimen general normal no puede ser menor a S/ 415 ni mayor a S/ 857.36⁸⁷.

Una preocupación que se tiene sobre el SNP es el costo fiscal y actuarial que representa para el Estado. Se puede apreciar, por ejemplo, que el pago por pensiones del SNP ha aumentado en los últimos años, pasando de S/ 1864 millones en el 2001 a S/ 3582 millones en el 2009, y luego hasta S/ 4278 millones en el 2016 (ver **Gráfico E.1.3**). Sin embargo, el porcentaje de este pago de pensiones que se financia con recursos públicos ha disminuido y llega a representar el 12% del pago de pensiones en el 2016, en contraste con el 69% del año 2006.

⁸⁷ En adición a la pensión de jubilación bajo el régimen general normal, también existe la pensión de jubilación adelantada al amparo de lo establecido en el Artículo 44 del DL Nº 19990. En este caso, el afiliado hombre debe haber acumulado un mínimo de 30 años de aporte y haber cumplido al menos 55 años de edad, en tanto que la afiliada mujer debe haber acumulado un mínimo de 25 años de aporte y haber cumplido al menos 50 años de edad. El beneficio de esta jubilación radica en que el pensionista puede jubilarse antes de los 65 años de edad establecido en el régimen normal. En este caso, el monto de la pensión se reducirá en cuatro puntos porcentuales por cada año de adelanto respecto de los 65 años de edad. Cabe señalar que existen pensiones que se dieron dentro del Régimen General con menos de 20 años de aportación, las mismas que respondieron a la necesidad de incluir algunas cohortes de jubilados en un régimen transitorio. Sólo hasta 1992 se otorgó este tipo de pensiones, las mismas que fueron denominadas Pensiones Reducidas.

Gráfico E.1.3.
Perú, Evolución del pago total de pensiones del SNP, 2001 – 2016

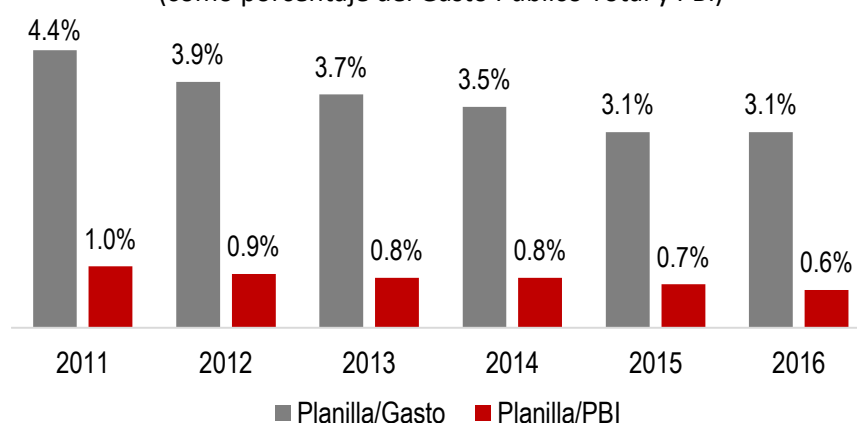


Fuente: ONP

Elaboración: Comisión de Protección Social

Asimismo, el pago total de pensiones del SNP ha representado menos del 4% del gasto público total desde el año 2012 como se puede observar en el **Gráfico E.1.4**. Además, éste se ha mantenido por debajo del 1% del PBI desde el año 2008. Estos hechos responden por un lado a la mejor administración que la ONP viene realizando en la última década; a los límites a las tasas de reemplazo; así como el requisito de 20 años de aporte para acceder a una pensión.

Gráfico E.1.4.
Pago total de pensiones del SNP
 (como porcentaje del Gasto Público Total y PBI)



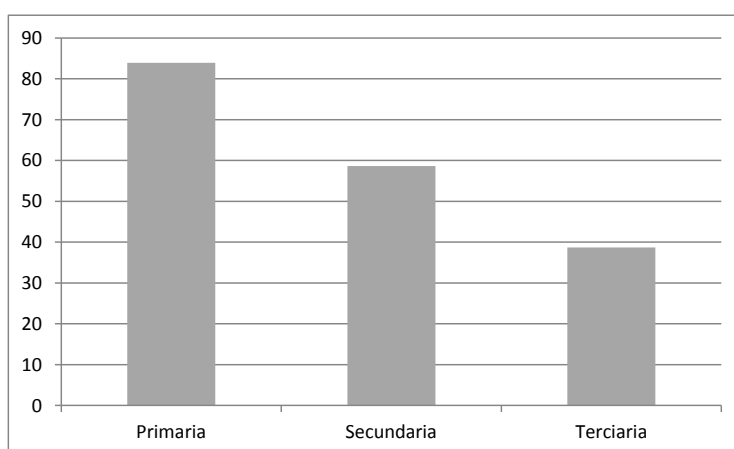
Fuente: ONP, BCRP

Elaboración: Comisión de Protección Social

Un aspecto relevante, como señalábamos, es la presencia de una situación inequitativa respecto a los beneficios que sí puede recibir en similares condiciones una persona que haya elegido ahorrar en el SPP, donde su aporte en la cuenta individual es de su propiedad y recuperable al momento de jubilarse. Además, la presencia de este

requisito genera un subsidio cruzado dentro del SNP de un colectivo de personas con menores ingresos y menos educados, en favor de otro más rico y educado. La realidad muestra que pocos trabajadores saben este hecho al momento de elegir entre un sistema u otro, lo que genera esta distorsión e inequidad. En relación a este punto, de acuerdo con Alonso et al. (2013) y BBVA Research (2012), más de un 80% de los trabajadores con educación primaria y casi un 60% de los que tienen educación secundaria, no recibirán pensión en el SNP. Esta situación tremendamente desfavorable para los colectivos de bajo nivel educativo contrasta con los de educación superior donde poco más del 35% quedarían sin pensión en el SNP (ver **Gráfico E.1.5**).

Gráfico E.1.5.
Probabilidad de no recibir pensión en el SNP
 (% , afiliados que no cotizan o cotizan irregularmente)



Fuente: Alonso et al (2013) y BBVA Research (2012) basado en datos de ONP
Elaboración: Comisión de Protección Social

Con respecto al resultado actuarial, la ONP ha estimado que para el año 2015 la reserva actuarial alcanza, en neto, S/ 112 516 millones, considerando a quienes están actualmente en el sistema. De esta cifra, el 62.2% se explica por el financiamiento de las pensiones futuras, neto de los aportes de los afiliados, como se detalla en la **Tabla E.1.4**.

Tabla E.1.4.
Resultado Actuarial del SNP al 2015
(S/ millones)

	Reserva actuarial
Pensionistas	-42,106
Asegurados	
Aportes	72,878
Pensiones futuras	-142,912
Contingencias	-377
Neto	112,516

Entre los principales supuestos actuariales se debe señalar:

- Se asume que todos los afiliados se van a jubilar.
- Se asume que todos los afiliados aportan hasta los 65 años.
- La tasa de descuento es de 4.76% y la tabla de mortalidad es la SP2005

Fuente: ONP

Elaboración: Comisión de Protección Social

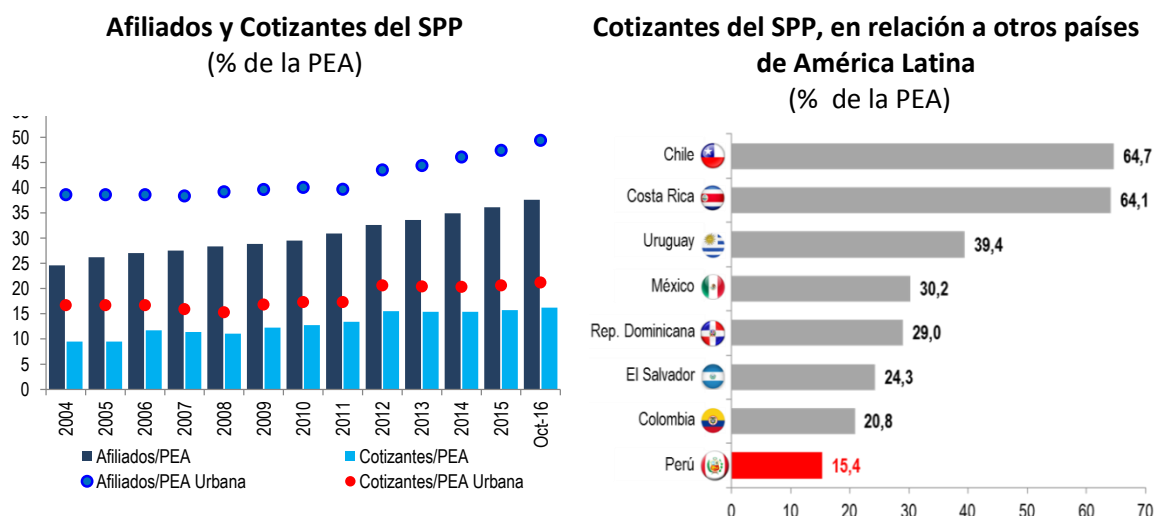
E.1.1.1.2. Sistema Privado de Pensiones

E.1.1.1.2.1. Afiliación, Cotización y Participantes del sistema

A noviembre de 2016, el número de afiliados al SPP ascendió a 6.2 millones de personas (36% de la PEA), de los cuales 62% son hombres y 38% mujeres. En los últimos cinco años, el número promedio de nuevos afiliados anuales fue de 302 mil trabajadores y el número de bajas (por jubilación, fallecimiento, invalidez, entre otros) alcanzó un promedio anual de 35 mil personas; así, el número de afiliados aumentó anualmente en promedio en 267 mil personas. Esto equivale a un crecimiento promedio anual de 5%.

Por el lado de los cotizantes, a julio 2016, éstos alcanzaron 2.7 millones de trabajadores (16% de la PEA), de los cuales también se tiene que el 62% son hombres y 38% mujeres. Asimismo, la tasa de crecimiento promedio anual de los cotizantes en los últimos cinco años ha sido también 5%. Cabe indicar que, según la Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones (AIOS), el SPP en Perú presenta una tasa de cotizantes de 15% de la PEA para el componente privado, muy por debajo de países de la Alianza del Pacífico como Chile (65%), México (30%) y Colombia (21%). En general, las bajas tasas de aporte reflejan de manera directa los problemas del mercado laboral peruano, caracterizado por un alto nivel de informalidad (ver **Gráfico E.1.6**).

Gráfico E.1.6.
Afiliados y Cotizantes del SPP



Fuente: SBS, AIOS

Elaboración: Comisión de Protección Social

Actualmente, cuatro administradoras operan en el SPP. Como analizaremos más adelante, el mercado del SPP peruano es uno de los más concentrados en la región. En la **Tabla E.1.5**, se aprecian las cifras actuales del mercado de afiliados y la distribución de los mismos por tipo de fondo y AFP.

Tabla E.1.5.
Número de afiliados al SPP, por AFP y tipo de fondo
(número y %)

	Habitat	Integra	Prima	Profuturo	Total SPP
Afiliados Activos					
nov-2016	959 841	2 005 889	1 463 850	1 810 527	6 240 107
Fondo 0	751	4 646	2 527	4 617	12 541
Fondo 1	7 609	102 396	67 035	106 823	283 863
Fondo 2	948 905	1 789 321	1 316 467	1 615 737	5 670 430
Fondo 3	2 576	109 526	77 821	83 350	273 273
Participación %	15,4%	32,1%	23,5%	29,0%	100,0%
Fondo 0	0,1%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%
Fondo 1	0,8%	5,1%	4,6%	5,9%	4,5%
Fondo 2	98,9%	89,2%	89,9%	89,2%	90,9%
Fondo 3	0,3%	5,5%	5,3%	4,6%	4,4%
Afiliación Mensual					
nov-16	30 333	-	-	-	30 333

Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

E.1.1.1.2.2. Aportes Obligatorios

La actual retención del 10%⁸⁸ de la remuneración mensual es obligatoria para todos los trabajadores afiliados bajo relación de dependencia laboral y no existe tope a la

⁸⁸ El SPP tuvo originalmente una tasa de aporte de 10% de los salarios, la cual se redujo en agosto de 1995 a 8% para competir mejor con el SNP, en donde la tasa de aporte era de 9%, de la cual sólo la tercera parte era pagada por el empleado (MEF, 2004). Tras 10 años con una tasa de aporte de 8%, desde 2006, dicha tasa retornó a 10% y se

remuneración imponible a efectos del pago de aporte al SPP⁸⁹. La totalidad del aporte al fondo de pensiones es financiada por el trabajador quien debe pagar también la comisión por administración a la AFP y la prima del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio (denominado seguro previsional) a las compañías de seguros, conceptos que totalizan cerca del 13% de la remuneración mensual del trabajador⁹⁰.

Cabe indicar dos aspectos adicionales. En primer lugar, los aportes obligatorios están afectos al impuesto a la renta, pero la rentabilidad que generan no lo está. En segundo lugar, de acuerdo con el artículo 30°A de la Ley N° 29903, de Reforma del SPP de 2012⁹¹, la SBS debe encargarse de la revisión de la tasa de aporte obligatorio al Fondo de Pensiones de forma periódica, con un plazo de 7 años como máximo, plazo que se cumple en julio del 2019. Para realizar un cambio a dicha tasa de aporte, se deberá presentar un proyecto de ley al Congreso para su aprobación. Desde un punto de vista técnico, esta medida puede ser un mecanismo muy importante para evitar que las pensiones pierdan poder adquisitivo en el largo plazo ante cambios en variables claves para el cálculo, como las proyecciones de esperanza de vida que se prevén continuarán al alza en las próximas décadas. De hecho, en la región, el reciente proyecto de reforma de pensiones en Chile, contempla elevar la tasa de aporte obligatorio del 10 al 15%⁹².

E.1.1.1.2.3. Comisiones y competencia

Desde su creación hasta enero de 2013, el SPP peruano siguió la pauta impuesta por el sistema chileno de deducir el cobro de la comisión por administración de la remuneración mensual del trabajador. Una de las principales novedades de la reforma fue la modificación de este esquema, estableciéndose una transición de diez años hacia el cobro de la comisión recaudada sobre el saldo administrado. Esta nueva comisión rige para los nuevos afiliados (aquellos ingresantes al SPP a partir de febrero de 2013) y, de modo voluntario, para los ya afiliados que no expresaron su deseo de permanecer en la antigua comisión por flujo hasta mayo de 2013⁹³.

De acuerdo a los gestores de esta reforma, la razón del movimiento hacia una comisión por saldo descansaba en varios motivos. Primero, estaba el hecho de que el cobro de comisiones teniendo como base las remuneraciones mensuales no reflejaba una conexión directa con el servicio prestado por la AFP (la gestión de los activos o saldo administrado). En segundo lugar, también se argüía que el tránsito hacia una comisión por saldo podría alinear mejor los intereses entre la AFP y el afiliado, pues ante las fluctuaciones de los activos gestionados, tanto afiliado como AFP ganarían o

ha mantenido en ese nivel desde entonces. Respecto de los aportes, cabe indicar que, aun cuando ya se encontraban exoneradas temporalmente desde 2009 (Ley N° 29351), las gratificaciones de Fiestas Patrias y Navidad se encuentran permanentemente exoneradas del pago de aporte al Fondo de Pensiones desde junio de 2015 (Ley N° 30334). De este modo, desde 2009, de las catorce remuneraciones anuales que un trabajador dependiente formal recibe, sólo doce están afectas a descuentos previsionales.

⁸⁹ En Chile sí se contempla un tope a la remuneración imponible para efectos de aporte al fondo. Dicho tope se fija en Unidades de Fomento y es 74.3 UF (equivalente a S/ 9828.70 calculado con el tipo de cambio peso chileno/sol del 26 de diciembre de 2016).

⁹⁰ Para el caso del seguro previsional, sí existe un tope de remuneración afecta. Actualmente es de S/ 9101.34.

⁹¹ Esta Ley fue reglamentada mediante el DS N° 068–2013–EF.

⁹² Ver la página web del Ministerio de Hacienda para información actualizada sobre los avances de la reforma de pensiones de Chile, en particular sobre el incremento de 5 puntos porcentuales adicionales a la tasa de aporte <http://www.hacienda.cl/especiales/pensiones/propuesta.html>

⁹³ Los afiliados con anterioridad a febrero de 2013 tuvieron opción para manifestar su deseo de permanecer en la comisión por flujo de enero a mayo de 2013.

perderían al mismo tiempo. En tercer lugar, también se aprovechaba el tránsito hacia este tipo de comisión para introducir un mecanismo de licitaciones, emulando al modelo que se instauró tres años antes en Chile, para generar competencia por los nuevos afiliados y una reducción de las comisiones cobradas por las AFP.

Dado que el paso inmediato de una comisión sobre la remuneración (o flujo) a una por saldo podría significar cobrarles doblemente a los afiliados que ya habían estado pagando sobre remuneraciones –pues este esquema tiene implícito un pago por adelantado de un saldo que se va construyendo– el mecanismo instaurado en el 2013 contempló un esquema denominado Comisión Mixta donde el afiliado que no escogía quedarse en la comisión por remuneración, se le aplicaba como comisión un promedio ponderado de comisiones por remuneración y saldo, donde la ponderación de esta última era creciente durante un período de diez años. Los nuevos afiliados sí entraban directamente bajo el esquema de Comisión por Saldo (ver **Anexo E.3** para mayor detalle sobre el esquema de licitaciones).

La introducción de este esquema, como veremos, implicó transmitirle al afiliado un nivel de información técnica y de alta complejidad sobre la cual tenía que tomar decisiones. Si bien la SBS incorporó un conjunto de mecanismos de apoyo y asesoría, así como calculadoras en su página web, no queda claro que ello haya servido para asegurar que la toma de decisión por parte del afiliado haya sido la más favorable para él⁹⁴.

Comisión por remuneración o flujo

Este tipo de comisión está vigente desde el inicio del SPP, pero ya no está disponible para los nuevos afiliados. Actualmente, dicha comisión es de 1.58% en promedio para quienes la tramitaron y permanece bajo este esquema el 33% de los afiliados y el 52% de los cotizantes.

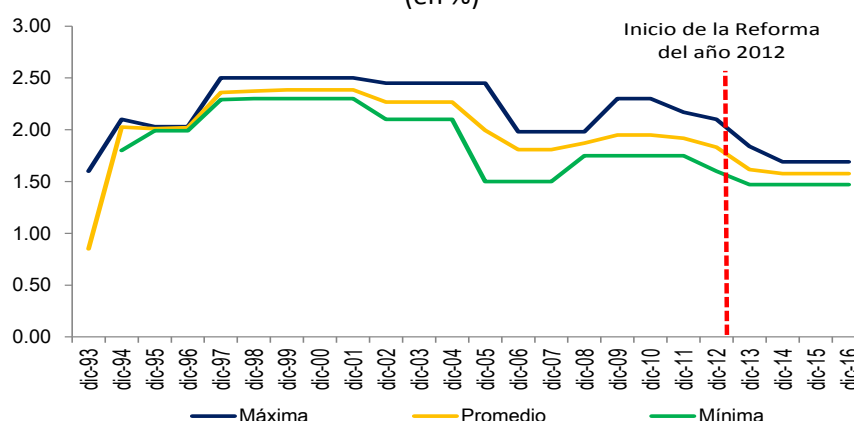
Esta comisión ha mostrado una tendencia a la baja sólo en dos periodos. El primero fue con la entrada de una nueva AFP en el año 2005, que presentó la comisión más baja del mercado y promovió una mayor competencia por traspasos de afiliados. Esto se tradujo inicialmente en una senda hacia menores comisiones, en un período que duró aproximadamente tres años. Posteriormente, cuando se produjo una reconfiguración de los jugadores del mercado, y las AFP ya no podían seguir soportando los elevados costos de marketing que esta disputa de clientes generaba, como parte de una típica reacción en un mercado oligopólico, todas las AFP tomaron la estrategia de empezar a subir sus comisiones. Ya luego de cuatro años, en el inicio de la reforma de 2013, las comisiones de administración de fondos de las AFP empezaron a reducirse. Así, la comisión por flujo promedio pasó de 1.92% en el año 2012 a 1.58% en el año 2014. Pese a esta reducción, desde entonces, ninguna AFP ha modificado esta comisión⁹⁵ (ver **Gráfico E.1.7**).

⁹⁴ Es interesante revisar las declaraciones del Presidente del Banco Central de Reserva del Perú, respecto a lo duro que iba a significar para el afiliado tomar decisiones de este tipo. Ver al respecto <http://gestion.pe/economia/bcr-ni-afiliado-mas-sofisticado-podra-comparar-comisiones-afp-2062192>.

⁹⁵ En los primeros años de la industria de AFP, se observa un crecimiento de las comisiones por remuneración como respuesta a las rentabilidades negativas que registraron las AFPs, generadas por las significativas inversiones iniciales que se incurrieron al momento de su formación que implicó gastos comerciales y operativos en un contexto de bajos ingresos por no contar con la masa crítica de afiliados que permita obtener el punto de equilibrio. Tras un periodo de ocho años en los que las comisiones cambiaron marginalmente (1998-2005), la entrada de una nueva AFP con la menor comisión del mercado y con una agresiva competencia por traspasos generó una reducción

Bajo la comisión por remuneración se encuentra el 52% de cotizantes, que se caracterizan por tener los más altos salarios del sistema. Como resultado de esto, el 66% de los ingresos de las AFP provienen de este esquema de comisión. Desde la perspectiva de la AFP, la importancia de la comisión por remuneración en los ingresos de las AFP hace difícil que éstas disminuyan. Sin embargo, desde la perspectiva del aportante, esta comisión tiene poca relación con el desempeño de la AFP en el manejo de los fondos, y por lo tanto no alinea el manejo de los fondos con los intereses del aportante.

Gráfico E.1.7.
Evolución de la Comisión por remuneración
(en %)



Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

Comisión mixta con transición a saldo

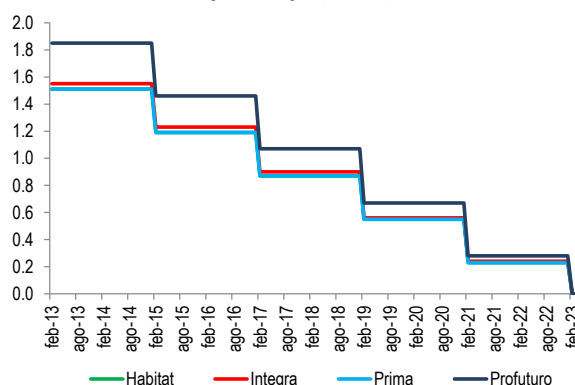
Esta comisión empezó a regir desde febrero de 2013 y tiene dos componentes: (i) uno basado sobre la remuneración asegurable (componente de flujo); y (ii) otro componente que se cobra sobre el saldo que se empieza a acumular desde febrero de 2013 para los nuevos afiliados y para los afiliados antiguos desde junio de 2013. El componente de flujo tiene una trayectoria escalonada decreciente que se extiende hasta enero de 2023 inclusive; a partir del mes siguiente, regirá solamente la comisión sobre el saldo administrado. En el **Gráfico E.1.8.**, se muestra el corredor de reducción del componente de flujo de la comisión mixta de cada AFP. Este corredor se calcula multiplicando el factor correspondiente por la comisión por flujo de cada AFP vigente en agosto de 2012 (ver **Tabla E.1.6**).

transitoria que se revirtió por los mayores costos operativos (especialmente comerciales) en que incurrieron las AFPs, en un período caracterizado por un elevado nivel de traspasos.

Tabla E.1.6.
Cronograma de los factores de aplicación del componente de flujo

Periodo	Factor
Feb.2013 - Ene.2015	86,5%
Feb.2015 - Ene.2017	68,5%
Feb.2017 - Ene.2019	50,0%
Feb.2019 - Ene.2021	31,5%
Feb.2021 - Ene.2023	13,5%
Feb.2023 en adelante	0,0%

Gráfico E.1.8.
Corredor de reducción de la comisión por flujo (en %)



Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

Actualmente, el 67% de los afiliados y el 48% de los cotizantes se encuentra bajo el esquema de comisión mixta, en la que el componente de comisión por saldo reporta un promedio simple de 1.23% anual y el componente de comisión por remuneración tiene un promedio simple de 1.07% mensual.

En general, el objetivo de transitar hacia una comisión por saldo es principalmente el de alinear al Perú con prácticas internacionales (el cobro de la comisión por saldo caracteriza a la industria de gestión de activos en todos los sistemas financieros avanzados). Además, se puede argumentar que la comisión por saldo ayuda (aunque solo marginalmente, como se verá más adelante) a alinear el desempeño (rentabilidad) de los fondos administrados por la AFP con el cobro de la comisión. En principio, cuanto mayor sea la rentabilidad más crecerá el saldo bajo administración por vía de ganancias de capital y, por ende, mayor será el flujo absoluto de ingreso por comisiones para las AFP.

Desde el punto de vista del *valor presente* de las comisiones que el trabajador paga a lo largo de la fase de acumulación de su ahorro, para cada tasa de comisión sobre el flujo de aportes existe una tasa de comisión sobre el saldo—equivalente en el sentido que el afiliado sería indiferente entre las dos. Sin embargo, la transición de un sistema de comisiones sobre el flujo a uno de comisiones sobre el saldo genera transferencias inter-generacionales entre afiliados. En particular, para un nivel dado de ingresos por comisiones para las AFP, la comisión por flujo graba más a los trabajadores jóvenes y mucho menos a los que se están cerca de jubilarse comparada con una comisión por saldo. Lo contrario sucede con la comisión por saldo—graba más a los trabajadores con mayores ahorros acumulados, esto es, en general, a los de mayor edad.

Comisiones y estructura de mercado

De los países latinoamericanos que implementaron reformas en sus sistemas pensionarios, Perú, México y Costa Rica, entre otros, presentan esquemas de cobro sobre el saldo administrado; mientras que en Chile y Colombia, los cobros son sobre el flujo o remuneración.

Debido a que los países mantienen diferentes esquemas de comisiones se hace muy difícil establecer comparativas internacionales que definan las más baratas o caras. En la **Tabla E.1.7**, sin embargo, se puede apreciar una comparativa de diferentes tipos de comisiones para una muestra de países de Latinoamérica que cuentan con esquemas

de capitalización. Bajo las diferentes medidas reflejadas en la tabla, las comisiones en Perú se muestran como las más altas de este conjunto de países. Haciendo un estimado simple, que mide las comisiones como el ratio entre los ingresos percibidos por esta vía por parte de las AFP y el saldo administrado, se obtiene un resultado de 94 pbs (0.94%) el 2016, con una ligera tendencia a la baja desde los 132 pbs del 2008. No obstante, como veremos más adelante, este ratio podría reducirse por debajo de los 60 pbs de aplicarse reformas adecuadas.

Tabla E.1.7.
Esquema de Comisiones promedio del SPP en países de América Latina

País	% Saldo	% Flujo	Periodo
México ^[1]	1.06		nov-16
Chile ^[2]		1.15	dic-16
Colombia ^[3]		1.30	set-16
Perú ^[4]	1.17	1.58	nov-16
El Salvador ^[5]		1.26	set-16
Uruguay ^[6]		1.64	set-16

[1] Según la Comisión Nacional de Ahorro para el Retiro de México.

[2] Según la Superintendencia de Pensiones de Chile.

[3] Según la Superintendencia Financiera de Colombia.

[4] Según la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Componente por saldo más remuneración.

[5] Según las Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones. Comisión por saldo anual 0.7%.

[6] Según el Banco Central de Uruguay.

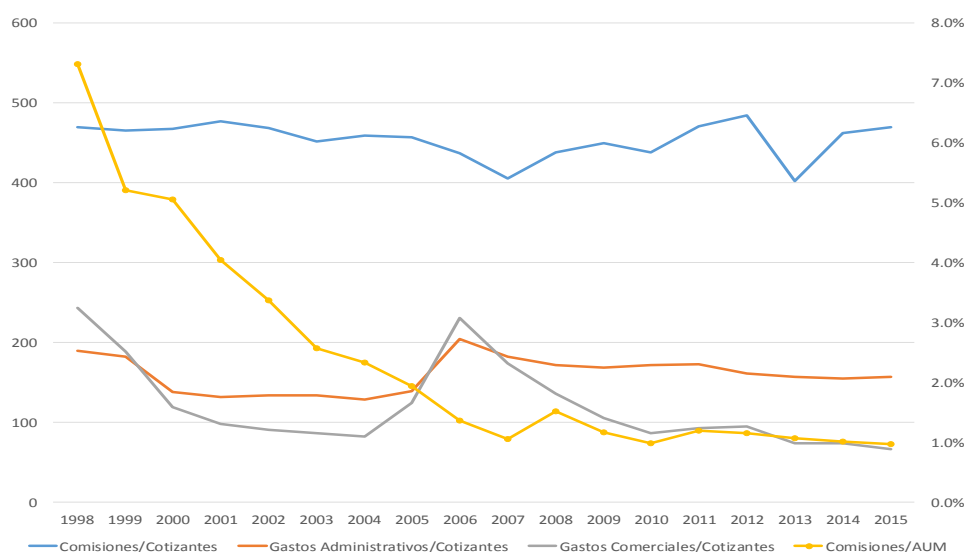
Elaboración: Comisión de Protección Social

Es interesante observar los indicadores de comisiones desde otra perspectiva, con el fin de tener una visión más clara de lo que significa para el afiliado el nivel de comisiones que se vienen cobrando actualmente. El **Gráfico E.1.9** agrupa los costos en dos grandes categorías (administrativos y comerciales) y presenta su evolución por cotizante desde 1998, y muestra también para referencia comparativa la evolución de la comisión implícita por unidad de fondos administrados y por cotizante. Se aprecia que durante el período 1998-2015, los gastos administrativos anuales promediaron S/ 160 por cotizante (cerca de S/ 65 por afiliado), pero las AFP cobraron un promedio de S/ 454 por año por cotizante, lo que indica márgenes bastante elevados. Estas cifras han sido constantes a lo largo del tiempo, lo que refleja la naturaleza de los costos -en gran medida, fijos- de los servicios prestados por las AFP. El ratio de comisiones cobradas sobre activos administrados se mantiene prácticamente sin cambios durante la última década.

La presencia de costos fijos es una señal de la existencia de economías de escala. De acuerdo con Berstein et al. (2017), a partir de estudios econométricos que se han realizado sobre las funciones de costos en los sistemas de pensiones privados en América Latina y en otros sistemas de pensiones en el mundo, la conclusión robusta es que no solamente existen economías de escala, sino que cada una de las categorías de costos exhibe un grado distinto de economía de escala⁹⁶.

⁹⁶ Ver por ejemplo Maceira, Garlati, y Kweitel (2010) y Bikker y Dreu (2007). Ver también Impavido, Lasagabaster, García-Huitron (2010) para una revisión de la literatura.

Gráfico E.1.9.
Indicadores de gastos y comisiones en el SPP



Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

Todo esto tiene una explicación. Desde el punto de vista económico, una AFP en el Perú —que sigue el modelo chileno— puede entenderse como un empaquetamiento de servicios cuya estructura de costos responde de manera distinta a la expansión de la escala de producción. Esto tiene implicaciones en la determinación de los precios que se cobran al consumidor final y, más ampliamente, en la organización de la industria. El empaquetamiento evita a los consumidores los costos de búsqueda asociados a la elección en varios mercados—uno por cada servicio ofrecido por las AFP—pero eleva los niveles de concentración del mercado y, por lo tanto, los precios promedio⁹⁷.

En la actualidad, las AFP se han visto dispuestas a firmar acuerdos de organización entre ellas para contar con su propio ente centralizador de la recaudación de los aportes y algunas otras operaciones comunes al sistema. El servicio se llama “AFPnet” y es administrado por la Asociación de Administradoras de Fondos de Pensiones (AAFP). Mediante este sistema, los empleadores preparan en forma automática las planillas de todas las AFP, las presentan directamente a través de Internet y pagan los aportes previsionales. También funciona como medio de cobranza, ya que es responsable de las notificaciones de deudas presuntas del SPP. Los datos sobre los costos unitarios de AFPnet no son públicos.

Por el lado de la demanda es notable la inercia de los participantes individuales ante las señales de precios: las diferencias en comisiones cobradas y en retornos netos entre AFPs y fondos no parecen ser el factor dominante en las decisiones de elección del afiliado.⁹⁸ Por el lado de la oferta se observa una estructura de costos de las AFPs

⁹⁷ Por ejemplo, la gestión de activos tiene menores economías de escala que los servicios al cliente, que se caracterizan por grandes costos hundidos y fijos. Cuando los dos están agrupados, el equilibrio global de la concentración del mercado es igual al más grande entre los equilibrios que ocurrirían en los servicios al cliente y en la gestión de activos por separado (Impavido, Lasagabaster, García-Huitron, 2010). En consecuencia, las barreras de entrada se amplían artificialmente y con ello el poder de mercado de las empresas que operan en él.

⁹⁸ En el caso del Perú, Masías y Sánchez (2006) encuentran correlaciones positivas y significativas en los traspasos entre AFP y el número de agentes de ventas. También encuentran que los traspasos están positivamente y negativamente correlacionados con los rendimientos reales y las comisiones, respectivamente, pero la correlación

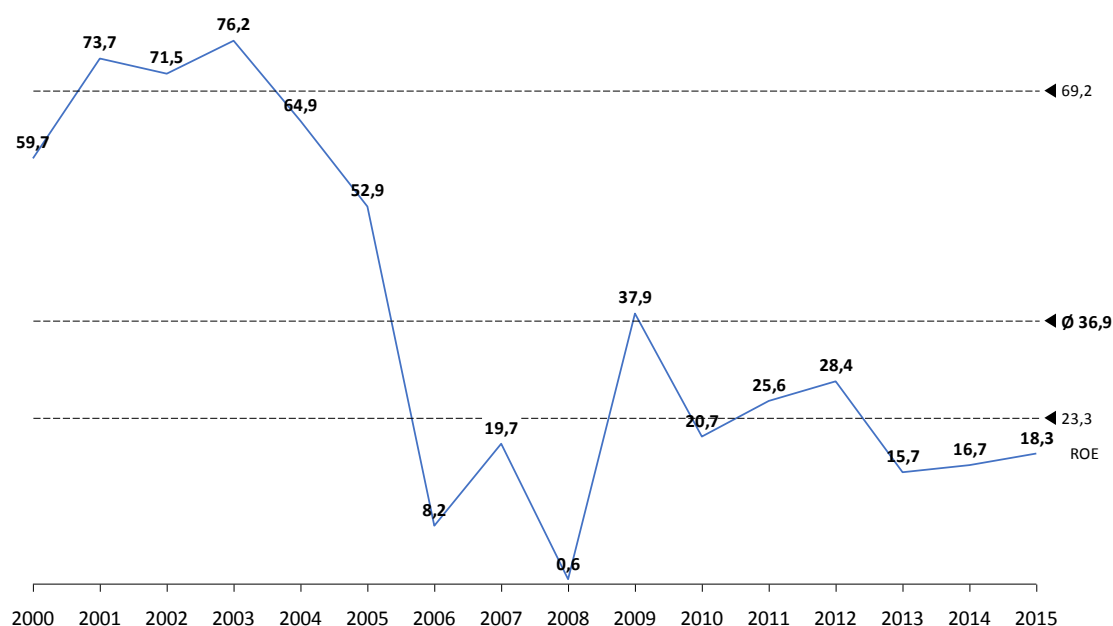
que se traduce en elevadas comisiones que obedecen en gran medida al empaquetamiento de varias funciones dentro de cada una de ellas, que –sumadas a los incentivos que tienen a comportarse estratégicamente para preservar sus cuotas y poder de mercado– limitan el alcance de la competencia sobre la base de las comisiones o retornos netos. El resultado de esas condiciones de oferta y demanda es un ambiente de mercado oligopólico, altamente concentrado y con rentas extraordinarias (Gill, Packard y Yermo, 2004; Impavido, Lasagabaster, García-Huitron, 2010).

Los resultados del SPP se alinean con estos hallazgos. De acuerdo con el **Gráfico E.1.10.**, durante el período 2000-2015, las AFP informaron rentabilidades sobre patrimonio (ROE) promedio de 37%, algo que es sumamente llamativo, si se tiene en cuenta que estas empresas toman poco o ningún riesgo con sus recursos propios (las AFP administran dinero ajeno, dinero de los afiliados, y los riesgos de la inversión son absorbidos por lo afiliados) y además tienen acceso a un flujo de aportes obligatorio. Los ROEs bajo el marco de la seguridad social peruana son posibles por el poder oligopólico de las AFP (como se discute más adelante) y reflejan ganancias sobre-normales que benefician a las AFP a costa de menores retornos netos para los afiliados.

El período analizado en la gráfica incluye una guerra comercial en 2005-2006, la crisis financiera de 2008 y el reciente esfuerzo de la autoridad por mejorar los resultados de la industria desde el 2012. Previamente a la guerra comercial (hasta el 2004), las rentabilidades sobre el patrimonio alcanzaron más del 70%, sin que esto gatillara una entrada masiva de competidores a la industria, como se esperaría que sucediera en industrias en donde no existen barreras a la entrada. En el período 2009-2015 el indicador promedió 23.3%. Esta caída, a niveles que todavía siguen siendo altos, se debe principalmente a las reformas emprendidas en el 2013, que incorporaron el esquema de licitaciones. Lo que no termina de quedar claro, sin embargo, es si este esquema ayudará a seguir bajando las comisiones. Más adelante se discutirá este punto.

es muy baja. Esta evidencia es consistente con los estudios de Berdejo, Galarza y Nagamine (2006) y de Galarza y Olivera (2001).

Gráfico E.1.10.
Rentabilidad sobre el patrimonio de las AFP en el SPP



Fuente: SBS, Berstein et al. (2017)

Elaboración: Comisión de Protección Social

Veamos ahora el poder de mercado en esta industria. La **Tabla E.1.8** proporciona indicadores de concentración y poder de mercado que sirven como guía para explorar la experiencia del SPP en esta materia. Se observa que actualmente operan cuatro AFP, administrando al cierre del 2015 poco más de 5.9 millones de cuentas individuales, correspondientes al 35.6% de la PEA, aunque a esa fecha, menos de la mitad aportaron activamente (2.7 millones; 15.5% de la PEA)⁹⁹. El SPP muestra patrones de concentración altos y relativamente estables en el mercado de afiliados, con excepción del incremento marginal hacia el final del periodo, cuando la participación de las dos AFP más grandes superó el 60% del mercado, elevando también el índice de Herfindahl hasta los 2824 puntos¹⁰⁰. El mercado de fondos bajo administración muestra niveles de concentración más altos y con una tendencia creciente ininterrumpida.

Ahora bien, si nos enfocamos en el índice de Lerner (IL) que captura de otra manera lo que ha ocurrido en el mercado¹⁰¹, nos muestra que las AFP cuentan con un considerable poder para obtener márgenes por encima de sus costos marginales.

⁹⁹ Los datos de afiliados, cotizantes y PEA corresponden a diciembre de 2015. Como proporción de la PEA urbana, los porcentajes ascienden a 45.3 y 19.8, respectivamente. Fuente: Carpeta de Información del Sistema Privado de Pensiones, SBS; disponible en línea en el vínculo siguiente:

<https://intranet2.sbs.gob.pe/estadistica/financiera/2015/Diciembre/FP-1339-di2015.ZIP>.

¹⁰⁰ En general, un índice de Herfindahl por debajo de 1000 significa baja concentración, mientras que un índice por encima de 1800 significa alta concentración.

¹⁰¹ Cabe recordar que el índice de Lerner es una aproximación del poder de las empresas en el mercado a cobrar precios por encima de sus costos marginales (margen precio-costo marginal).

Tabla E.1.8.
Indicadores de concentración y poder de mercado en el SPP

	1998	2001	2004	2007	2010	2013	2015
Concentración							
Empresas (AFPs)	5	4	4	4	4	5	4
Mercado de cotizantes							
C2 ^{/1}	54	56	56	57	56	57	63
HHI ^{/2}	2,243	2,542	2,545	2,574	2,578	2,497	2,824
Mercado de fondos							
C2 ^{/2}	56	60	59	63	62	73	72
HHI ^{/2}	2,293	2,653	2,629	2,718	2,680	3,441	3,351
Poder de mercado							
Índice de Lerner pC ^{/3}	6	50	54	12	41	17	44
Índice de Lerner pA ^{/3}	9	52	55	12	41	43	54

1 / Participación de mercado, de cotizantes o fondos según corresponda, de las dos empresas más grandes;

2 / Índice de Herfindahl, calculado sobre la base de cotizantes o fondos, según corresponda, y escalado por 10 000;

3 / Índice de Lerner ponderado por cotizantes (pC) o fondos (pA). El índice de Herfindahl-Hirschman es una medida de concentración, calculada como la suma de los cuadrados del tamaño relativo de todas las empresas de la industria. La magnitud de las distorsiones de precios tradicionalmente se mide restando el costo marginal de una empresa de su precio y dividiendo el resultado por el precio de la empresa. Esta medida de poder de mercado se conoce como el índice de Lerner. Este índice se calculó restando tanto de la cuota de ingreso como de los costos totales la prima por seguro de invalidez y supervivencia.

Fuente: SBS, Berstein et al. (2017)

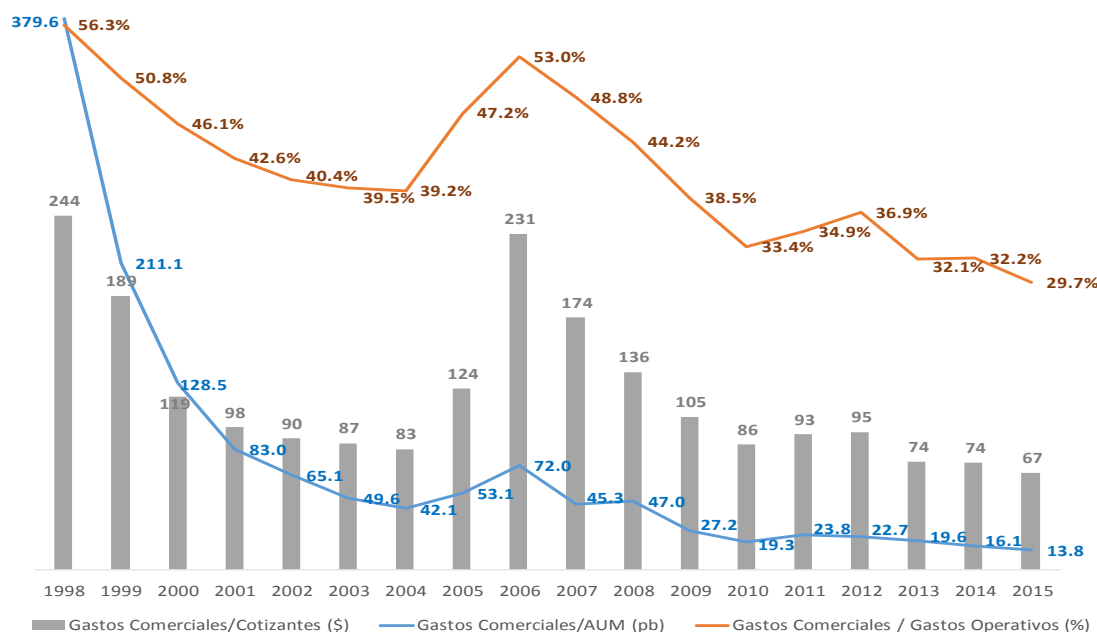
Elaboración: Comisión de Protección Social

Siguiendo a Berstein et al. (2017), a partir de los datos de la SBS, hay dos momentos históricos que han reducido el poder de mercado de las AFP. Un episodio fue entre 2004 y 2007 y el otro entre 2010 y 2013 (éste último al ponderar por fondos administrados). El primer episodio ejemplifica el tipo de dinámicas propias de la industria del SPP, mientras que el segundo ilustra el resultado de una intervención exógena, por parte de la SBS, en un contexto en donde no es posible “mantener todo lo demás constante”, con lecciones importantes en materia de futuras medidas de política.

Se puede ver en el **Gráfico E.1.11** que después de una etapa inicial de lanzamiento y consolidación en los noventa, desde el año 2000 y hasta el 2004, las AFP pudieron cobrar en promedio alrededor de un 50% más que sus costos marginales. Una caída repentina en los márgenes de beneficio tuvo lugar desde 2005 cuando Prima AFP entró al mercado como el competidor directo de las AFP dominantes: Profuturo AFP y AFP Unión Vida. Esto coincidió con la liberalización de los traspasos por parte de la SBS en el año 2005. Esta competencia desencadenó una guerra comercial en la que las AFP existentes defendieron sus cuotas de mercado. La caída en los márgenes relativos en 2007 se explica por la enorme pérdida de Prima AFP en sus primeros años de operación, que ya había alcanzado el 27% del mercado en 2006 y, al mismo tiempo, por el hecho de que los gastos de comercialización se habían duplicado en el mismo año, reduciendo en gran medida las utilidades para todas las empresas. La guerra comercial se detuvo en 2007 tras la fusión de AFP Unión Vida y Prima AFP durante el

segundo semestre de 2006. En el año 2006 los traspasos en la industria alcanzaron su máximo histórico: casi 20% de los afiliados se cambió de AFP¹⁰².

Gráfico E.1.11.
Indicadores de gasto comercial en el SPP



Fuente: Berstein et al. (2017)

Elaboración: Comisión de Protección Social

Las guerras comerciales son recurrentes en los mercados privados de pensiones en América Latina. La competencia en el mercado de traspasos es un juego suma cero. Durante el período 1998-2015, los costos de ventas promediaron 42% de los costos operativos o 73 puntos base de los fondos administrados. Ese nivel de gastos comerciales es suficientemente alto como para reducir la contestabilidad del mercado, constituyéndose en una amenaza creíble para detener la entrada de potenciales empresas¹⁰³.

En el segundo episodio, el índice de Lerner ponderado por cuentas pasó de 41 a 17 entre 2010 y 2013, aunque éste se recuperó rápidamente a 44 hacia el 2015. El elemento que modificó la dinámica del mercado de cuentas no fue endógeno como en el primer episodio, sino la puesta en marcha por parte de la SBS de la política de subasta de los afiliados entrantes a la industria del SPP a partir del 2013, misma que se explica más adelante. Como consecuencia de esta intervención, entró una empresa más al mercado (AFP Hábitat). Sin embargo, en el 2013 se anunció la escisión de AFP

¹⁰² Posteriormente el mercado de traspasos de afiliados se ha reducido consistentemente hasta alcanzar los niveles actuales de menos de 1%, una de las tasas más bajas de la región. Esto a pesar de que Perú goza de uno de los mecanismos más simplificados para realizar el traspaso (Robles, 2016).

¹⁰³ Los gastos comerciales son en la jerga económica "costos fijos endógenos". Sutton (1996) predice que, si los costos en los que una empresa incurre para aumentar su "potencia de marca", es decir los gastos comerciales, incrementan los costos fijos de esa empresa, se incrementan las economías de escala. Pero estas economías de escala no provienen de la tecnología de producción, sino que son producto del juego competitivo que se establece en el mercado. Ver, para el caso del Perú, Paz y Ugaz (2003) y Berdejo et al. (2006).

Horizonte, mediante su absorción, en partes iguales, por AFP Integra y Profuturo AFP. En conjunto, estos hechos explican los movimientos en los indicadores de concentración y de poder de mercado en este segundo episodio.

E.1.1.1.2.3. Tipos de fondos administrados, cartera, rentabilidades y régimen de inversiones

El SPP inició sus operaciones sólo con el fondo de pensiones tipo 2. Sin embargo, en diciembre de 2005, se incorporaron dos nuevos fondos de pensiones¹⁰⁴: el fondo tipo 1 y el fondo tipo 3, los cuales ampliaron las alternativas de inversión de los afiliados en función a sus expectativas de rentabilidad, preferencia por el riesgo y el horizonte de la inversión. Estos tipos de fondos existentes presentan perfiles de riesgo distintos¹⁰⁵.

Desde el inicio de los multifondos, el Fondo Tipo 1 ha pasado de un tamaño de S/ 2292 millones a S/ 15 882 millones a diciembre de 2016. Dicho tipo de fondo representaba a diciembre de 2005 el 7.0% del total de los fondos de pensiones y al cierre de 2016 representó el 11.6% del total. En el caso del Fondo Tipo 2, pasó de S/ 30 066 millones a S/ 97 508 millones a diciembre de 2016, mientras que en términos de su participación a nivel de SPP pasó de 92.3% a 71.5%. Finalmente, el Fondo Tipo 3 se incrementó de S/ 216 millones a S/ 21 744 millones; inicialmente representaba el 0.7% del total de la cartera administrada, pasando a ser 15.9% a diciembre de 2016 (ver **Tabla E.1.9**).

A diciembre de 2016 la cartera administrada por las AFP alcanzó un valor de S/ 136 353 millones, cifra que implica un crecimiento de 11.8% en relación a diciembre 2015; sin embargo, el rango de resultados fue desde -3.5% en el Fondo Tipo 1 hasta 12.8% en el Fondo Tipo 2.

¹⁰⁴ De acuerdo con la Ley N° 27988, Ley que modifica los Artículos 18, 19, 20 y 25 e incorpora los artículos 18-A, 18-B, 18-C, 25-A, 25-B, 25-C y 25-D al Decreto Supremo N° 054-97-EF, Texto Único Ordenado de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones (4 de junio de 2003) y el Decreto Supremo N° 182-2003-EF, que modificó el Reglamento de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones (12 de diciembre de 2003).

¹⁰⁵ **Fondo de Preservación de Capital o Fondo de Pensiones Tipo 1.** Es de carácter obligatorio para afiliados mayores de 60 años, próximos a jubilarse o que perciben una pensión por la modalidad de retiro programado o renta temporal, salvo que el afiliado exprese por escrito su voluntad de mantener su fondo en el fondo de pensiones tipo 2. Este fondo se caracteriza por presentar un crecimiento estable y una baja volatilidad, por lo que es adecuado para afiliados que requieren un horizonte cierto y seguro respecto al monto de su capital. **Fondo Mixto o Fondo de Pensiones Tipo 2.** Está dirigido básicamente a afiliados en edades intermedias que prefieren un nivel de riesgo moderado. El objetivo de este tipo de fondo es lograr un crecimiento moderado con rentabilidad media. Es importante precisar que los afiliados ingresan por defecto a este tipo de fondo. **Fondo de Crecimiento o Fondo de Pensiones Tipo 3.** Es un fondo más agresivo que busca tener un alto nivel de crecimiento con alta volatilidad con el fin de obtener retornos a largo plazo por encima del promedio. Está diseñado para afiliados jóvenes cuyo horizonte de retiro es muy lejano, los cuales pueden asumir riesgos de mayores fluctuaciones en la rentabilidad. Asimismo, con la Ley de Reforma del SPP, se estableció crear el **Fondo Tipo 0**, denominado Fondo de Protección de Capital, que tiene como finalidad minimizar la volatilidad de los fondos de pensiones y preservar su valor. Está orientado a los afiliados que cumplen 65 años hasta que opten por una pensión de jubilación. El traslado al Fondo 0 también aplica para los afiliados que reciban pensión de invalidez transitoria o definitiva y cuando la AFP sea notificada del fallecimiento de un afiliado activo. Este fondo se implementó y empezó a operar en abril de 2016 e invierte exclusivamente en depósitos bancarios.

Tabla E.1.9
Cartera Administrada por AFP y Tipo de Fondo
(S/ millones)

	dic-13	dic-14	dic-15	dic-16		
				Monto	(%)	Var Dic 16/ Dic 15 (%)
SPP	102,077	114,503	124,093	136,353	100.0%	11.82%
Fondo Tipo 0	n.a.	n.a.	n.a.	1,218	0.9	n.a.
Fondo Tipo 1	12,185	14,089	16,454	15,883	11.6	-3.5
Fondo Tipo 2	69,664	78,432	86,416	97,508	71.5	12.8
Fondo Tipo 3	20,229	21,982	21,223	21,744	15.9	2.5
Cartera Administrada (Mill. US\$)						
Hábitat	30	169	438	898	2.2	105.0
Integra	15,160	15,738	14,715	16,239	40.0	10.4
Prima	11,586	12,333	11,549	12,880	31.7	11.5
Profuturo	9,752	10,197	9,723	10,625	26.1	9.3
SPP	36,528	38,437	36,425	40,642	100.0	11.6

Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

Desde el inicio del SPP, se han presentado diversos niveles de rentabilidad, producto de la composición del portafolio y el desempeño de los diversos mercados de capitales locales e internacionales. Como consecuencia de la capitalización lógica de los fondos ahorrados a lo largo de 23 años, actualmente lo aportado por las rentabilidades representa el 60.5% de las Carteras Administradas.

La **Tabla E.1.10** da una interesante visión de las rentabilidades en diferentes rangos de tiempo. Tomando como referencia el Fondo Tipo 2 –el que fue diseñado como *default* desde el inicio de la reforma en 1993–, se aprecia una rentabilidad real y nominal promedio anual de 7.2% y de 11.9%, respectivamente. Aunque la composición del portafolio de los fondos de pensiones está condicionada por el régimen de inversiones vigente, a modo de referencia, las rentabilidades de las AFP han sido menores que las del índice de la Bolsa de Valores de Lima (BVL). Igualmente -y como referencia nuevamente-, no han sido muy distintas de las obtenidas por el S&P500. Observando el Fondo Tipo 2 en diferentes rangos de tiempo, se aprecia que en algunos momentos las comparativas de las rentabilidades han estado por encima o por debajo del índice de la BVL y otros índices internacionales. Aunque, como repetimos, los índices que se toman como referencia en esta tabla, recogen diferentes componentes, a priori, no parece destacarse una superioridad en las rentabilidades de ninguno de ellos.

Tabla E.1.10.
Rentabilidad Real del Fondo de Pensiones
(%)

Tipo de Fondo	1 año Dic 2016 - Dic 2015		5 años Dic 2016 - Dic 2011		10 años Dic 2016 - Dic 2006		23 años Dic 2016 - Dic 1993	
	Real	Nominal	Real	Nominal	Real	Nominal	Real	Nominal
Fondo Tipo 1	4.49	7.87	3.25	6.63	2.77	6.25	1/	1/
Fondo Tipo 2	6.50	9.94	3.71	7.10	3.89	7.41	7.23	11.89
Fondo Tipo 3	7.00	10.46	2.55	5.91	3.60	7.11	1/	1/
S&P 500		7.87		17.24		5.19		9.17
BVL		58.06		-4.38		1.91		13.03
MSCI ACWI		4.02		11.88		1.88		6.62
Índice de RF Perú		14.18		5.74				
Índice de Renta Fija Extranjera		2.69		7.57		4.55		

1/ Los Fondos Tipo 1 y 3 empezaron a operar desde diciembre de 2005.

Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

Las comparaciones internacionales entre las rentabilidades que han obtenido los diferentes fondos de pensiones de Latinoamérica a lo largo del tiempo no son, en general, buenas medidas de la calidad de gestión de activos. Ello básicamente porque la rentabilidad obtenida no sólo depende de la gestión propia de las AFPs sino también, y de manera aún más importante, de factores exógenos a esa gestión, incluyendo el riesgo país (que determina el nivel general de tasas de interés de cada país), las perspectivas de crecimiento del país (que determina en buena medida el desempeño del mercado de valores) y el esquema cambiario (que determina el grado de independencia de la política monetaria nacional y, por ende, el diferencial entre tasas de interés domésticas e internacionales). Cada una de estas variables han ido cambiando a lo largo del tiempo, con diferentes impactos en las rentabilidades de cada país. Habiendo hecho estas salvedades, a partir de la **Tabla E.1.11**, se puede observar una muestra de países latinoamericanos con rentabilidades de los fondos de pensiones, para diferentes rangos de tiempo. La rentabilidad histórica de los últimos 10 años, en términos reales, en esta muestra de países gira en torno al 4.0 %, y Perú muy apegado al promedio. Para el caso peruano se observa que cuando los promedios se acotan a períodos más cortos, la rentabilidad real se reduce. Recién en el 2016 se aprecia que la rentabilidad real sube al 4.9% dicho año.

Tabla E.1.11
Rentabilidad Bruta de las Rentabilidades de los Fondos de Pensiones a Diciembre 2016

	Rentabilidad Anualizada (%)							
	Últimos 10 años		Últimos 5 años		Últimos 3 años		Últimos 12 meses	
	Nominal	Real	Nominal	Real	Nominal	Real	Nominal	Real
Chile	6,95	3,15	7,95	4,41	8,58	4,24	4,59	1,74
Colombia	9,62	5,14	7,78	3,56	7,96	2,45	9,69	3,73
Costa Rica	8,95	3,33	9,79	8,37	8,77	8,24	7,6	6,8
El Salvador	4,8	2,6	3,7	3,3	3,4	3,2	3,7	4,7
México	7,7	3,7	7,3	3,7	5,7	2,5	3,7	0,4
Panamá	5,73	4,93	5,5	4,7	5,08	4,28	5,74	4,94
Panamá-SIACAP	6		4,6		4,7		4,8	
Perú	7,4	3,9	7,1	3,7	8,2	4,4	9,9	6,5
República Dominicana	11,8	6,8	12	9,1	10,7	8,7	8,8	8
Uruguay	11,7	-0,3	11,7	0,3	11,4	0,2	8,6	-1,5

Fuente: AIOS (2016).

Los dos jugadores principales en materia de inversiones son la SBS y las AFPs. La SBS supervisa el sistema mientras que las AFPs diseñan y ejecutan estrategias de inversión¹⁰⁶.

La SBS¹⁰⁷ impone límites por clase de activo (renta variable o fija de corto o largo plazo); por tipo de instrumento (derechos crediticios o patrimoniales); por tipo de contrato (*forwards* o futuros, swaps u opciones) y por emisor (local o externo). El régimen de inversión peruano permite hasta el 80% de exposición en renta variable en el fondo de crecimiento (Fondo 3), 37.5% en el mixto (Fondo 2) y 9% en el fondo de preservación del capital (Fondo 1); e impone un límite global de 42% de los activos administrados en inversiones en el exterior¹⁰⁸. Para poner estos límites en perspectiva, considérese que en el caso chileno la máxima exposición en renta variable asciende también a 80%, en Colombia a 70% y en México a 45%. En cuanto a la inversión en el extranjero, los demás países imponen un límite que varía por multifondo, mientras que en el caso peruano el límite es global, estando en 46% desde mediados de agosto de este año¹⁰⁹. En México, el límite es de 20% y en Chile va de 35% en el fondo más conservador a 100% en el más agresivo, mientras que en Colombia, el rango en ese orden, va del 40% al 70%.

¹⁰⁶ En este punto debe recordarse también que el BCR juega también un rol importante en la determinación del régimen de inversiones.

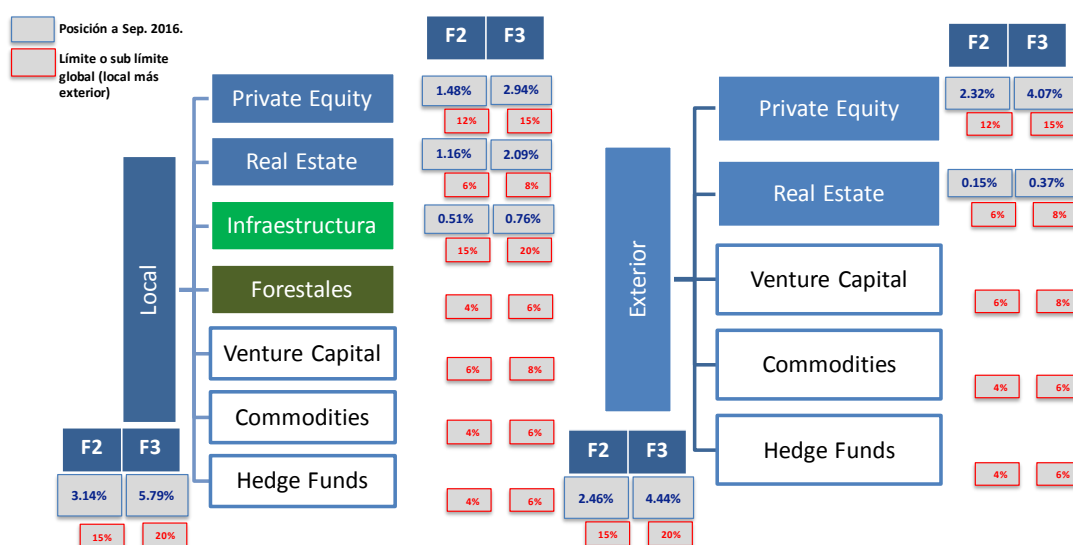
¹⁰⁷ En cuanto al régimen de inversiones, en general, se observan dos enfoques alrededor del mundo: (i) el enfoque de límites cuantitativos y (ii) el enfoque de principios. El primero es un enfoque regulatorio que busca fijar límites y restricciones específicas a las decisiones de inversión de los fondos de pensiones, mientras que el segundo descentraliza las decisiones sobre composición de carteras de inversión en manos de estos fondos, fijando principios básicos para el manejo prudente de las inversiones. Los sistemas de pensiones latinoamericanos han mostrado un énfasis hacia el primero de los enfoques desde sus inicios. En el caso de Perú, la SBS ha creado el universo permisible de activos en los que las AFPs pueden invertir, con el objetivo de permitir un grado de diversificación que en principio refleje las preferencias sociales sobre el nivel adecuado de exposición al riesgo de las inversiones de los fondos de pensiones peruanos. Para profundizar en estos temas ver Demaestri y Sourrouille (2003)

¹⁰⁸ El límite a las inversiones en el exterior es determinado por el BCR.

¹⁰⁹ En relación con los títulos de valores en el exterior, la normativa peruana exige a las AFPs contar con los seguros necesarios para eventos de pérdidas, de tal manera que se garantice la conservación e integridad de los instrumentos u operaciones de inversión bajo custodia (Masías, 2015).

En cuanto a las inversiones en instrumentos alternativos (*hedge funds*, fondos de capital privado, infraestructura), la SBS establece dos tipos de límite¹¹⁰. Estos activos enfrentan un límite por clase de activo (i.e. inversión en instrumentos alternativos) de 15% y 20% para los fondos 2 y 3, respectivamente. Adicionalmente, la SBS ha impuesto sub-límites por *estrategia* que varían según el tipo de fondo, como se muestra en el **Gráfico E.1.12**. Las AFP pueden invertir de forma directa o indirecta en proyectos de infraestructura. La inversión directa en infraestructura se genera a través de la compra de instrumentos de deuda o acciones emitidas por las empresas concesionarias de los proyectos de infraestructura. La inversión indirecta se da a través de los siguientes mecanismos: (i) compra de cuotas de participación en fondos de inversión especializados en infraestructura; y (ii) compra de instrumentos de deuda o acciones emitidas por empresas relacionadas o que intervienen en proyectos de infraestructura¹¹¹.

Gráfico E.1.12.
Categorías de Instrumentos Alternativos permitidos en el SPP



Fuente: Mogrovejo (2016)

Elaboración: Comisión de Protección Social

El efecto de la política de límites cuantitativos sobre la rentabilidad ha sido estudiado a profundidad, tanto en el Perú como en otros países. La evidencia indica que, al ser restricciones, los límites disminuyen las posibilidades de diversificación y con ello desplazan hacia adentro la frontera eficiente de las inversiones (Shah, 2009; Musalem y Pasquini, 2012). En el Perú, Mendoza (2014) concluye, utilizando varios criterios de eficiencia, que la normatividad de inversiones es sub-óptima, alejándose del criterio de eficiencia construido por el autor entre 17% y 23%, según tipo de fondo. Pereda (2007) concluye que la rentabilidad potencial promedio anual del portafolio se redujo en 2.5 puntos porcentuales debido a los límites cuantitativos¹¹².

¹¹⁰ Desde el año 1998, los fondos de pensiones invierten en bienes raíces, reconociéndose dentro de la clase de activo "renta variable"; sin embargo, a partir de 2012, se creó una nueva clase de activo "Instrumentos Alternativos" permitida para los Fondos Tipo 2 y 3.

¹¹¹ En 2009 las AFPs crearon un "fideicomiso de infraestructura" como patrimonio autónomo para inversión en instrumentos de deuda de proyectos de infraestructura, previamente inscritos en el Registro de la SBS. El fideicomiso fue refinanciado en 2013.

¹¹² Esto es consistente con la evidencia para otros países (Musalem y Pasquini, 2012).

Es importante mencionar que la regulación del SPP contempla un mecanismo de rentabilidad mínima con la intención de asegurar que el afiliado tenga una mayor confianza en el sistema y alinear los intereses de los afiliados con los de las administradoras. La regulación de rentabilidad mínima contempla que cada AFP debe garantizar con sus propios recursos (materializados en el encaje que mantiene como parte de la Cartera Administrada) la rentabilidad dejada de ganar cuando su desempeño no alcance unos mínimos, descritos en la **Tabla E.1.12**. Para soportar esta garantía, el encaje legal corresponde a 1% del fondo administrado.

Tabla E.1.12.
Rentabilidad mínima, por tipo de fondo

Tipo de Fondo	La rentabilidad no podrá ser inferior a la menor entre:	
Fondo 1	La rentabilidad real anualizada promedio de los últimos 36 meses menos 2 puntos porcentuales.	El 50% de la rentabilidad real anualizada promedio de los últimos 36 meses.
Fondo 2	La rentabilidad real anualizada promedio de los últimos 36 meses menos 3 puntos porcentuales.	El 35% de la rentabilidad real anualizada promedio de los últimos 36 meses.
Fondo 3	La rentabilidad real anualizada promedio de los últimos 36 meses menos 4 puntos porcentuales.	El 25% de la rentabilidad real anualizada promedio de los últimos 36 meses.

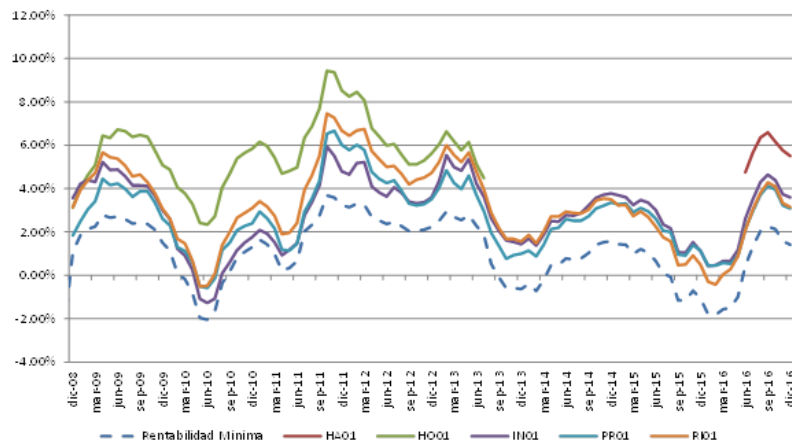
Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

La evidencia empírica apunta a que la presencia de este tipo de requerimientos de rentabilidad mínima intensifica el comportamiento de manada de las AFPs concentrado en un punto de referencia inapropiado, por ejemplo, el retorno promedio de la industria.¹¹³ El comportamiento de manada mal enfocado, sumado al hecho de que las AFPs no tienen un pasivo formal con el afiliado (son gestoras de activos solamente, a diferencia de bancos y compañías de seguro que son gestores de activos y pasivos), lleva a una gestión de portafolio orientada al corto plazo, es decir, a una gestión táctica en lugar de estratégica, inconsistente con los objetivos de largo plazo y ciclo de vida del afiliado (Rudolph y Sabat, 2016). Esto implica que, en la práctica, el principal objetivo de la AFP reditúe más en función a su respectiva cuenta de resultados y no tanto a los objetivos de pensión que debe perseguir el afiliado. Otras consecuencias del comportamiento de manada mal enfocado parecen ser la menor competencia en la gestión de los fondos, menores rendimientos, y ausencia de incentivos para la innovación en la gestión de la cartera (Schmukler, 2015). La existencia de un requerimiento de rentabilidad mínima no solo que no garantiza que se invierta de acuerdo a objetivos de largo plazo, sino que además puede generar o bien un equilibrio en el que se asuma riesgo excesivo a nivel de industria o bien un equilibrio muy conservador (Berstein y Chumacero, 2012). Los **Gráficos E.1.13 a E.1.15** ilustran el comportamiento comentado para Perú.

¹¹³ El comportamiento de manada se observa de manera bastante generalizada en la industria de gestión de carteras de activos, inclusive en ausencia de regulaciones como las que existen en Perú, por la simple razón de que dicha gestión tiende a seguir índices que sirven como puntos de referencia para medir el desempeño. Por ello, lo que importa, más que si hay comportamiento de manada o no, es la idoneidad del índice a seguir. Ver la evidencia presentada en Blake et al (2003) para el caso del Reino Unido, por Del Guercio and Tkac (2002) para los Estados Unidos y recientemente, para Países Bajos, en donde el regulador no impone benchmarks exógenos a nivel sistema, por Broeders, Chen, Minderhoud, y Schudel (2016). La existencia de un benchmark exógeno puede ser el método de segundo mejor para tratar un problema de principal-agente complejo (Stracca, 2006).

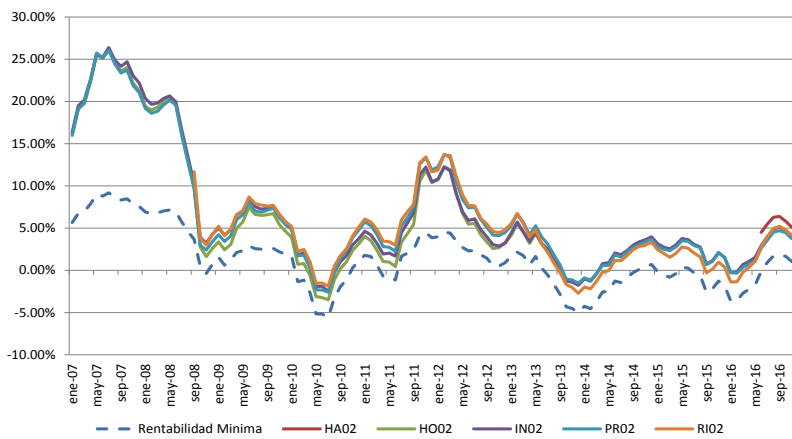
Gráfico E.1.13.
Rentabilidad mínima en el Fondo Tipo 1



Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

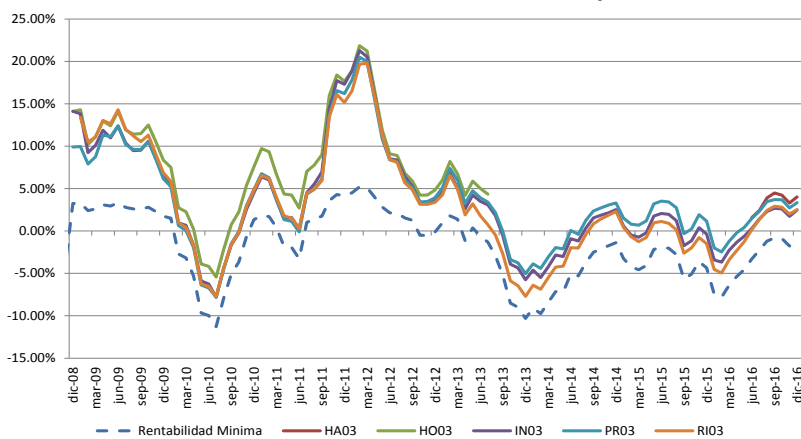
Gráfico E.1.14.
Rentabilidad mínima en el Fondo Tipo 2



Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

Gráfico E.1.15.
Rentabilidad mínima en el Fondo Tipo 3



Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

Existe abundante literatura y experiencia para la gestión de portafolios, que justamente buscan alinear mejor los objetivos de la gestión de activos hacia un objetivo de pensión determinada. En ese sentido, como veremos más adelante, el diseño de portafolios *benchmark* asociados al ciclo de vida de las personas, es una vía muy interesante para reconducir la gestión de activos por una vía más estratégica y menos cortoplacista.

E.1.1.1.2.4. Beneficios del SPP en edad activa: disposición del 25% del saldo acumulado en la CIC para primer inmueble

Desde junio de 2016, mediante la Ley N° 30478, Ley que modifica el Artículo 40 y la vigésimo cuarta disposición final y transitoria del TUO de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones, se establece que los afiliados al SPP podrán disponer de hasta el 25% del fondo acumulado en su CIC de aportes obligatorios para amortizar un préstamo hipotecario que haya sido tomado para financiar la compra de un primer inmueble o para pagar la cuota inicial del mismo¹¹⁴.

Al 16 de diciembre de 2016, el número de afiliados que solicitaron disponer de hasta el 25% de sus fondos para la amortización o adquisición de un primer inmueble asciende a 34 687 y, en los últimos meses, el número de solicitudes mensuales se ha estabilizado en alrededor de 4 mil. Así, al 16 de diciembre de 2016, existían 33 677 afiliados que habían tramitado este uso, habilitando la disposición de un total de S/ 1297 millones, mientras que al primer semestre de 2017 los beneficiarios fueron 47 786, los que dispusieron de S/ 1689 millones. El 95% de los beneficiarios utilizó el 25% de su fondo para amortizar sus créditos hipotecarios mientras que el 5% restante lo hizo para financiar la cuota inicial de su primer inmueble (ver **Tabla E.1.13**).

Tabla E.1.13.
Afiliados beneficiados con la disposición del 25% del saldo de su CIC,
Diciembre 2016

Finalidad	N° afiliados	%	Monto (Mill. S/)	%
Amortización	31 858	94,6	1 235	95,2
Cuota inicial	1 819	5,4	62	4,8
Total	33 677	100,00	1 297	100,00

Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

Es entendible el hecho de que la población tenga la aspiración legítima de acceder a una vivienda; sin embargo, la pregunta de fondo es si un sistema creado para proveer protección social contra los riesgos en la etapa de jubilación es el mecanismo adecuado para alcanzar ése y otros objetivos. Como veremos más adelante, la incorporación de esta medida significa una penalidad importante sobre las tasas de reemplazo futuras de los afiliados. Por tanto, es recomendable que la política pública busque otros mecanismos más idóneos, fuera del sistema de pensiones, para dar soporte a ésta y otras necesidades de consumo e inversión de la población.

¹¹⁴ En ambos casos, los créditos deben ser otorgados por una entidad del sistema financiero.

E.1.1.1.2.5. Beneficios del SPP en etapa de desacumulación

El SPP contempla opciones tanto para los afiliados en edad de jubilación como para aquéllos que atraviesan coyunturas de invalidez o muerte antes de los 65 años.

Opciones al momento de la jubilación

Actualmente, en el SPP, cuando el afiliado se encuentra en el momento de la jubilación, tiene las siguientes opciones: (i) una Pensión de Jubilación (financiada con su CIC y el aporte del Estado en caso tenga derecho a un BdR); (ii) el retiro del 95.5% de su CIC; o (iii) una combinación de ambas: realizar el retiro de un porcentaje (menor al 95.5%) de su CIC y destinar el resto al financiamiento de una pensión de jubilación¹¹⁵.

Pensión de jubilación:

La pensión de jubilación en el SPP se financia con el saldo acumulado por el trabajador en su CIC. Eventualmente, en la cuenta individual para el cálculo de una pensión se incorpora el valor actualizado del BdR 1992, 1996 o 2001 o, si pertenece a alguno de los regímenes con garantía estatal, se incluye un BdR Complementario con el cual sigue financiando una pensión, una vez agotada la CIC. En el cálculo de la pensión se tiene en cuenta la expectativa de vida del afiliado según su edad y sexo, así como la conformación de su grupo familiar (cónyuge o conviviente, hijos y padres).

En el SPP, existen hasta 7 regímenes de jubilación, dentro de los cuales, la Jubilación por Edad Legal y la Jubilación Anticipada Ordinaria son las que rigen desde el origen de la ley. En el **Anexo E.4** pueden revisarse estos esquemas en detalle.

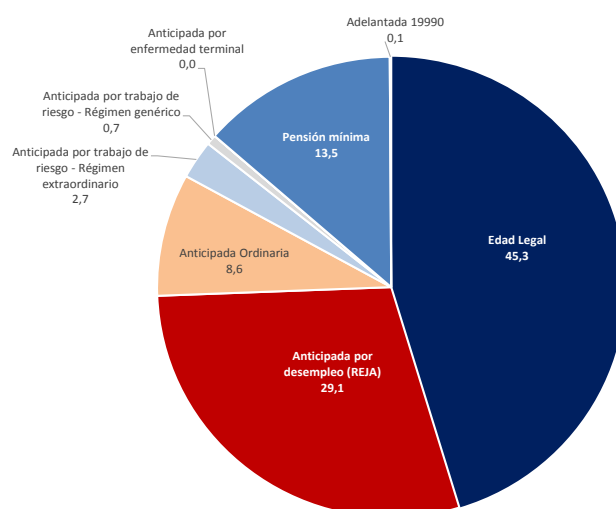
A excepción de los regímenes de garantía estatal que cubren a determinados segmentos, en el SPP, las pensiones no tienen montos mínimos ni máximos y se determinan de acuerdo con los fondos con los que cuente el afiliado, su expectativa de vida y su grupo familiar¹¹⁶. Sin embargo, para el caso de la pensión otorgada bajo “Retiro Programado” la regulación sí contempla un Monto Básico de Pensión de S/ 150, al cual se puede ajustar si es que la pensión recibida es menor a dicho valor.

A noviembre de 2016, el SPP provee pensiones de jubilación a 87 158 pensionistas, de los cuales el 80% (69 538) son mayores de 65 años. Si bien estos últimos representan actualmente el 3% de la población adulta mayor nacional, se prevé que, a partir del 2030, el sistema privado esté ofreciendo pensiones a aproximadamente 40% de la población; esto debido a que, considerando afiliados activos, aquellos entre los 30 y los 50 años representan alrededor del 40% de la población nacional en dicho rango de edad (ver **Gráfico E.1.16**).

¹¹⁵ En el caso del retiro parcial, el jubilado destinará el mismo porcentaje (4%) de su pensión (aunque claramente será un monto menor que si hubiese mantenido el íntegro de su fondo con fines pensionarios) al financiamiento de su seguro de salud, provisto por EsSalud. Éste es un ejemplo claro de cómo la visión parcial del sistema de pensiones o del sistema de salud afecta negativamente a la protección social.

¹¹⁶ Los regímenes de garantía estatal son: el régimen extraordinario de Jubilación Anticipada por trabajo de riesgo; el régimen de pensión mínima; y el régimen de Jubilación Adelantada del DL Nº 19990.

Gráfico E.1.16.
Pensionistas del SPP, según tipo
 (% del total de jubilados del SPP, a noviembre de 2016)



Fuente: SBS

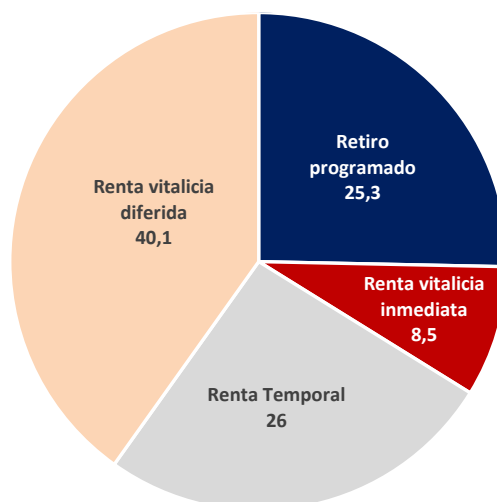
Elaboración: Comisión de Protección Social

En el SPP, se puede recibir una pensión, sea de jubilación, invalidez o sobrevivencia, a través de las siguientes tres modalidades, denominadas Modalidades Básicas: (i) el Retiro Programado; (ii) la Renta Vitalicia Inmediata; y (ii) la Renta Temporal con Vitalicia Diferida, que es una combinación de las dos primeras. Estas modalidades son ofertadas obligatoriamente dentro del total de opciones que se ofrecen al afiliado al momento de su jubilación. Cabe indicar que, en el SPP, existe la posibilidad de que las pensiones estén expresadas en soles y en dólares americanos.

Bajo la modalidad de Retiro Programado (25.3% del total de jubilados), el afiliado, que mantiene propiedad sobre los fondos acumulados en la CIC, efectúa retiros mensuales contra el saldo de la misma hasta que se extinga. La pensión sólo se otorga en soles y se recalcula cada año. Para el jubilado, es posible cambiar de modalidad. Adicionalmente, bajo el Retiro Programado, es posible dejar herencia cuando el afiliado y sus beneficiarios fallecen y aún quedan fondos en la cuenta.

Por su parte, bajo la modalidad de Renta Vitalicia Inmediata (8.5% del total), el afiliado contrata a una empresa de seguros para que ésta le entregue una pensión mensual hasta su fallecimiento. Para esto, el afiliado le cede la propiedad de su CIC. La pensión otorgada se calcula por única vez y está sujeta únicamente a reajustes trimestrales sea por inflación (en el caso de rentas indexadas) o por una tasa anual predefinida (2% en el caso de las rentas ajustadas). A diferencia del Retiro Programado, en esta modalidad la pensión puede denominarse en soles o dólares americanos pero no existe herencia.

Gráfico E.1.17.
Modalidades de pensión en el SPP
 (% del total de jubilados del SPP, a noviembre de 2016)



Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

Finalmente, la Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida (66.1% del total) es la combinación de las dos anteriores, para lo cual existe un primer tramo sujeto a Retiro Programado (la Renta Temporal, bajo el cual se encuentran actualmente el 26% del total de pensionistas) y un tramo diferido de Renta Vitalicia Familiar (la Renta Vitalicia Diferida, bajo el cual se encuentran actualmente el 40.1% del total de pensionistas), donde cada tramo mantiene las características de la modalidad básica subyacente. El tramo diferido puede pagarse en soles o en dólares a elección del afiliado¹¹⁷ (ver **Gráfico E.1.17**).

Un hecho a resaltar es que la existencia de una variada oferta de opciones de pensión podría hacer más compleja la elección del afiliado considerando que para entender tanto las modalidades de pensión básicas como las que brindan coberturas adicionales se requiere de conocimientos financieros, con los cuales el afiliado promedio

¹¹⁷ De manera adicional, existen otras modalidades denominadas Modalidades Complementarias que incluyen las siguientes (escogidas por el 9% del total de jubilados): (i) los Períodos Garantizados, en los que la empresa de seguros garantiza el pago obligatorio de una pensión por un número de años previamente definido, sin importar si el titular de la pensión está vivo o no; (ii) la Renta Mixta, que consiste en Retiro Programado y Renta Vitalicia en dólares entregados de forma simultánea; (iii) la Renta Combinada, que consiste en Retiro Programado y Renta Vitalicia en soles entregados de forma simultánea; (iv) la Renta Bimoneda, renta en soles y renta en dólares entregadas simultáneamente; y (v) la recientemente creada Renta Vitalicia Escalonada, en la que se reciben dos tramos sucesivos de renta vitalicia, donde el segundo tramo es el 75% o 50% del primero y se puede otorgar en soles o dólares. Es importante resaltar que ninguna modalidad bajo renta vitalicia permite dejar herencia, salvo que se haya contratado una cláusula de período garantizado, el fallecimiento se haya producido durante su vigencia y no existan beneficiarios.

Asimismo, las rentas vitalicias pueden estar expresadas en tres tipos de moneda (Dólares, Soles y Soles Indexados), con diversos periodos de duración de las rentas temporales y con coberturas adicionales cuyas combinaciones configuran una oferta potencial de más de veinte opciones. La lógica de esta gran oferta es que el afiliado pueda elegir la modalidad que más se ajuste a sus necesidades financieras y a su posición frente al riesgo de longevidad y riesgos de mercado como el tipo de cambio o también necesidades por contar con un mayor flujo de ingresos en el corto plazo.

probablemente no cuenta¹¹⁸. La situación se hace ahora más compleja con la presencia de opciones de retiro del fondo al momento de la jubilación, así como con los retiros parciales para la compra de primera vivienda.

La existencia de una amplia oferta de productos previsionales dificulta la elección de quien se está jubilando, pues debe hacer un supuesto –por definición, incierto- sobre la esperanza de vida que tenga al jubilarse. Una persona con problemas de salud crónicos y cuya expectativa de vida sea corta puede optar por un retiro programado, lo que le permite mantener una pensión mayor que en otras alternativas pero bajo el riesgo de quedarse sin recursos una vez transcurrido el plazo por el cual la tomó. La alternativa, que venía tomando la gran mayoría de jubilados hasta antes de mayo de 2016, es optar por una pensión bajo el esquema de rentas vitalicias, administradas por una empresa aseguradora. Si bien el asegurado puede tener una esperanza de vida relativamente larga, en caso de fallecimiento antes de los diecisiete años de jubilado habrá dejado parte de su fondo inicial a la empresa aseguradora, pero ésta le garantiza seguir otorgándole pensión a lo largo de su vida. Entre ambos extremos, una opción también utilizada con frecuencia es la combinación entre las dos opciones, de manera que tras un período de renta temporal la persona accede a rentas vitalicias. Si bien éstas son las alternativas a grandes rasgos, existen otras opciones que dificultan en definir cuál es la opción óptima en cada caso, como la posibilidad de acceder a pensiones mixtas (en soles y en dólares). Sobre todo ello, una alternativa adicional son los períodos garantizados, de modo que el futuro pensionista puede decidir elegir un período durante sus primeros años de jubilación en el que, si fallece, su cónyuge sobreviviente o sus hijos menores de edad o estudiantes puedan recibir la misma pensión que percibía el fallecido. Sin embargo, esta opción tiene un costo para el afiliado, que se traduce en el riesgo de percibir una menor pensión que la que pudiera haber percibido si no hubiese contratado el período garantizado. Así, en el caso de las capas de aseguramiento, al tomar una renta vitalicia el jubilado puede decidir si la acompaña de un “período garantizado”. Al tomar este producto, el jubilado define un período de hasta quince años después de que empieza a recibir su pensión en el que, en caso de fallecimiento, genera una pensión idéntica a su cónyuge sobreviviente. Sin embargo, ello se traduce en que quien contrata un período garantizado más largo recibe mensualmente una menor pensión que si no lo hubiera adquirido y que ese costo es mayor mientras más obligaciones adicionales tenga. Como se aprecia en la **Tabla E.1.14**, el contratar un período garantizado de 15 años implica una caída en la pensión de 10% si el titular es soltero y sin hijos, pero dicha caída puede superar el 15% si tuviera cónyuge e hijos. Adicionalmente, si optara por un retiro programado en los primeros dos años de jubilación, la pensión que obtenga después de dicho período puede caer en más de 25%. Cabe indicar que el grueso de los jubilados que opta por rentas vitalicias toma la opción diferida a dos años con período garantizado, pero asegurando sólo al o a la cónyuge.

¹¹⁸ Esta situación puede generar que el afiliado tome decisiones personales que le resulten costosas como por ejemplo elegir coberturas adicionales (períodos garantizados) que por su naturaleza bajan su pensión y que puede no requerir por su alta expectativa de vida.

Tabla E.1.14.
Pensión bajo distintos productos previsionales ^{1/}
 (% de la que recibiría un jubilado soltero y sin hijos)

	Sólo Titular	Titular+Cónyuge	Titular+Cónyuge+Hijo
Renta Vitalicia Inmediata	100.00	88.90	88.50
Renta Vitalicia Inmediata + Período Garantizado (PG) de 15 años	90.16	83.82	84.50
Renta Vitalicia Diferida 2 años, 50% *	85.43	77.30	77.82
Renta Vitalicia Diferida 2 años, 50% * + PG de 15 años	76.51	72.51	73.16

1/ La pensión está establecida en soles ajustados al 2% anual.

* Bajo esta modalidad, la pensión recibida en el tramo de renta vitalicia es 50% de la que se obtiene durante los dos primeros años.

Fuente: APESEG

Elaboración: Comisión de Protección Social

Todo lo anterior fundamenta la propuesta de la Comisión apuntando a que las pensiones descansen en rentas vitalicias o en una renta temporal con aseguramiento para el caso de ultra-longevidad (por ejemplo, para quienes superan los 90 años) o de alcanzar una edad por encima de lo esperado al momento de la jubilación. En la **Tabla E.1.15** se observa la distribución de las pensiones de jubilación a junio de 2010 y a junio de 2017. Es de destacar que entre ambos períodos los productos de jubilación pasaron de 9 a 20, pero que en ambos casos sólo tres opciones concentraron a más del 80% del total de jubilados. Asimismo, las pensiones dejaron de estar mayoritariamente en dólares, pasando a un mayor equilibrio entre las dos monedas.

Tabla E.1.15.
Pensiones de jubilación por tipo y moneda

jun-10				jun-17			
	Jubilados	Pensión	Part.		Jubilados	Pensión	Part.
En Soles				En Soles			
Renta Vitalicia Familiar	235	1 073	0.5	Renta Vitalicia Familiar	392	1 598	0.5
				Renta Vitalicia Familiar Ajustada	1 502	1 187	1.7
				Renta Vitalicia Escalonada Ajustada	-	-	
Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida				Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida			
Renta Vitalicia Diferida	1 016	637	2.3	Renta Vitalicia Diferida	3 118	1 193	3.6
Renta Temporal	778	1 353	1.7	Renta Temporal	444	2 842	0.5
				Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida Ajustada			
				Renta Vitalicia Diferida	17 714	1 140	20.5
				Renta Temporal	3 593	2 729	4.2
Retiro Programado	9 757	781	21.6	Retiro Programado	21 002	696	24.3
Renta Mixta (1)	-	-		Renta Mixta (1)	3	1 761	0.0
				Renta Mixta Ajustada	6	3 714	0.0
Renta Bimoneda (2)	2	138	0.0	Renta Bimoneda (2)	14	1 642	0.0
				Renta Bimoneda Ajustada	22	956	0.0
				Renta Combinada	1	1 398	0.0
En Dólares				En Dólares			
Renta Vitalicia Familiar	5 684	312	12.6	Renta Vitalicia Familiar	5 378	327	6.2
				Renta Vitalicia Familiar Ajustada	224	687	0.3
				Renta Vitalicia Escalonada Ajustada	12	1 025	0.0
Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida (1)				Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida (1)			
Renta Vitalicia Diferida	23 546	229	52.2	Renta Vitalicia Diferida	31 603	280	36.6
Renta Temporal (en nuevos soles)	4 076	2 045	9.0	Renta Temporal (en nuevos soles)	22	123	0.0
				Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida Ajustada			
				Renta Vitalicia Diferida	1 142	534	1.3
				Renta Temporal (en nuevos soles)	117	4 887	0.1

Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

Retiro del 95.5% de la Cuenta Individual

Mediante la Ley Nº 30425, Ley que modifica el Texto Único Ordenado de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones, promulgada en abril de 2016, los afiliados en edad legal de jubilación y los que cumplan con acceder a través de mecanismos de jubilación anticipada tienen la posibilidad de retirar hasta el 95.5% de su CIC. Esta nueva opción para el afiliado próximo a jubilarse le traslada toda la responsabilidad de la administración de los fondos destinados a financiar su vejez. De esta manera, el jubilado estará enfrentando el riesgo de inversión y de longevidad a la vez, completamente fuera del marco de la protección social a partir de ese momento.

En caso el afiliado decida retirar menos del 95.5% de su CIC, el remanente puede utilizarse para cotizar una renta vitalicia u optar por la modalidad de retiro programado. El 4.5% restante de la CIC deberá ser retenido y transferido por la AFP directamente a EsSalud para garantizar el acceso a las prestaciones y beneficios de los asegurados al régimen de seguridad social en salud. Es importante precisar que aquellos afiliados que hayan optado por la modalidad de Retiro Programado antes de la vigencia de la Ley Nº 30425 también pueden solicitar el retiro de su fondo.

Hasta el 9 de diciembre de 2016, el número de afiliados que se habían jubilado en el marco de las referidas normas fue de 69 413, con lo cual se retiró un total de S/ 4408 millones que se distribuyeron de la siguiente manera:

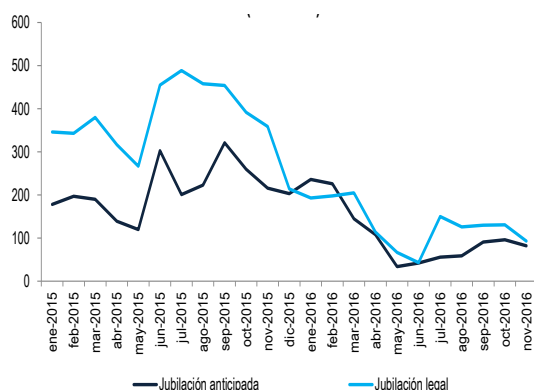
- Los que accedieron a la entrega de hasta el 95.5% del saldo de su cuenta ascendieron a 65 692 (95%), los cuales efectuaron retiros por S/ 3810 millones (86%); es decir, un promedio de S/ 58 mil por afiliado.
- Los que accedieron a la entrega parcial de su cuenta ascendieron a 3025 (4.4%), los cuales efectuaron retiros por S/ 597 millones (14%); es decir, un promedio de S/ 197 mil por afiliado.
- Los que decidieron destinar todo su capital a pensión ascendieron a 696 (1%).

El número de personas que solicitó el retiro del 95.5% de su CIC tuvo su punto más alto en julio de 2016, luego de lo cual se ha venido reduciendo, estabilizándose en aproximadamente 400 solicitudes al mes, la mitad de lo que se registró en dicho mes.

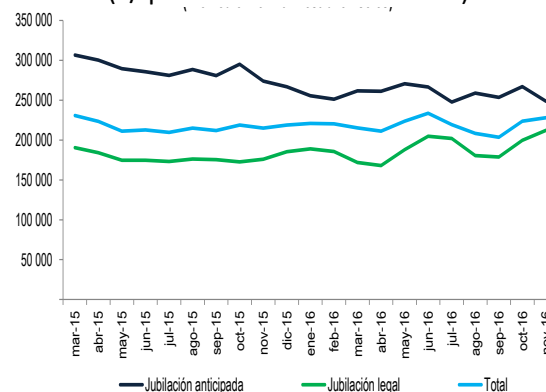
Cabe indicar que, pese a que el procedimiento operativo para el retiro de los fondos empezó en mayo de 2016, desde meses antes, se observó una reducción de casi 50% en el flujo de nuevos pensionistas del SPP (de 1009 personas durante 2015 por jubilación legal y otros). Esto se reflejó en el mercado de rentas vitalicias, donde, a noviembre de 2016, las suscripciones de contratos se estabilizaron a la mitad de lo registrado en 2015. Otro detalle significativo en el mercado de rentas vitalicias es que la prima promedio contratada no ha sufrido mayor variación durante la vigencia del retiro del 95.5% del fondo, aunque sí se observa una ligera tendencia ascendente para el caso de Jubilación por Edad Legal (ver **Gráfico E.1.18**).

Gráfico E.1.18.
Algunos impactos del retiro de 95.5% del fondo previsional

Evolución mensual del número de rentas vitalicias por jubilación, 2015 - 2016



Evolución de la prima promedio de rentas de jubilación
 (S/ promedio móvil trimestral)



Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

La nueva ley, al eliminar el concepto de “seguro” que sustenta al sistema de pensiones, convierte al SPP en un esquema de ahorro simple. Al desvirtuar la razón inicial de la intervención del Estado en el área de las pensiones, los individuos se encuentran desprotegidos ante los relevantes riesgos que se cubrían mediante tal intervención, particularmente ante el riesgo de caer en una situación de pobreza en la vejez en caso de agotar sus recursos o de impactar considerablemente la salud financiera de la familia de sus hijos quienes probablemente atenderán a los padres que gasten todo su fondo de pensiones. Este riesgo se acentúa en edades avanzadas, por ejemplo, después de los 80 años, cuando la capacidad para generar ingresos laborales disminuye significativamente (BID, 2016).

Los individuos por su parte tienen ahora acceso a una suma de dinero sin que necesariamente tengan las herramientas para hacer una mejor administración de tal dinero que las entidades profesionales especializadas y reguladas para tal efecto. Si se agotan esos recursos rápidamente, los jubilados terminarán acudiendo al Estado para evitar caer en una situación de pobreza, aumentando la demanda de programas asistenciales, y, por tanto, cada sol retirado a suma alzada corresponde a un riesgo fiscal contingente para el Estado en el mediano plazo. Según el BID (2016), la evidencia internacional en los países en los que existe la posibilidad de realizar retiros a suma alzada a edades muy tempranas es contundente al respecto de la alta probabilidad de regresar algunos años después a solicitar las ayudas asistenciales o ingresar a los programas solidarios de pilar cero o primer pilar, cuando esto es posible.

Si bien la Ley es de muy reciente implementación y, por tanto, aún no existe un estudio de tendencia robusto sobre los usos de los retiros a suma alzada, las encuestas de salida de las AFPs dan cuenta del riesgo fiscal que la medida trae consigo al Estado: más de la mitad de los recursos retirados a suma alzada son destinados al consumo corriente y el resto es canalizado a cuentas bancarias de corto plazo que cobran comisiones relativamente altas y generan rendimientos relativamente bajos, no ajustados por inflación, en comparación con los productos de retiro existentes en el SPP, descritos anteriormente.

Opciones para afiliados que sufren contingencias de invalidez o muerte antes de los 65 años

Además de los beneficios de la pensión de jubilación o el retiro de hasta el 95.5% del saldo en la CIC, el SPP ofrece otros beneficios para los afiliados que sufren contingencias de invalidez o muerte antes de los 65 años. En la **Tabla E.1.16** se resumen estos beneficios¹¹⁹:

Tabla E.1.16.	
Beneficios No Pensionarios del Sistema Privado de Pensiones	
Pensión de invalidez	<p>Requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ser no jubilado menor de 65 años. ○ Ser dictaminado como inválido permanente por los comités médicos de la AFP y/o SBS. <p>Beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pensión financiada con recursos de la CIC. Puede o no existir el cofinanciamiento del Seguro Previsional a través de aportes adicionales dependiendo si se alcanza la pensión objetivo.
Pensión de sobrevivencia ¹²⁰	<p>Requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tener alguno de los siguientes grados de parentesco con el fallecido: cónyuge o conviviente; hijo(a) menor de edad; hijo(a) mayor de edad que siga cursando estudios universitarios, hasta los 28 años de edad; hijo determinado como inválido por el comité médico de la AFP; o padres, si han dependido económicamente del afiliado y los hijos del titular no agoten el capital para pensión. <p>Beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cada beneficiario tiene derecho a una pensión equivalente a un porcentaje de la remuneración o pensión del afiliado, con la restricción de que el grupo beneficiario no sobrepase el 100% de la misma. ○ Asimismo, en caso el titular fallezca antes de cumplir 65 años de edad, el financiamiento de la pensión dependerá si cumple la condición de cobertura del Seguro Previsional.
Otros beneficios no pensionarios	<p>Retiro del 95.5% de la Cuenta Individual – Ley N° 30425</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Requisitos: ser un afiliado en edad legal de jubilación (65 años) o cumplir con requisitos para acceder a una jubilación anticipada. También lo pueden solicitar aquellos afiliados que hayan optado por la modalidad de retiro programado antes de la vigencia de la Ley N° 30425. ○ Beneficios: el afiliado tiene la posibilidad de retirar el 95.5% de su CIC. También se puede retirar una menor cantidad al 95.5% y el restante usarse para optar por una renta vitalicia o retiro programado. ○ El 4.5% restante será retenido y transferido por la AFP a EsSalud para garantizar el acceso y beneficios de salud. <p>Disposición del 25% de la CIC para un primer inmueble – Ley N° 30478</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Requisitos: estar afiliado al SPP, que la empresa encargada del préstamo hipotecario sea una entidad del sistema financiero, y no tener ningún inmueble hasta la fecha de la solicitud de la disposición del 25% (en caso se pague la cuota inicial de uno). ○ Beneficios: disposición del 25% de la CIC para amortizar un préstamo hipotecario para la compra de un primer inmueble o para pagar la cuota inicial del mismo.

Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

El seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio

Merecen un acápite especial los marcos de competencia relacionados al Seguro de Invalidez, Sobrevivencia y Gastos de Sepelio¹²¹. Como resultado de lo dispuesto por la

¹¹⁹ Para mayor detalle ver **Anexo E.5**.

¹²⁰ En el Sistema Nacional de Pensiones la pensión de sobrevivencia se subdivide en Pensión de viudez, Pensión de orfandad y Pensión de ascendencia.

¹²¹ En el **Anexo E.6** se puede analizar el mercado asegurador en relación a los diferentes productos relacionados al SPP.

Ley N° 29903, dicho seguro, que hasta ese momento se gestionaba a través de un contrato celebrado de manera individual entre una AFP y una Empresa de Seguros, pasó a tener un esquema de administración conjunta bajo la denominada Póliza de Seguro Colectiva para la administración de los riesgos de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio (SISCO). La licitación colectiva buscó distribuir los riesgos del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (SIS) entre todos los afiliados del SPP, además de eliminar el elemento diferenciador de costos entre las AFPs que existía cuando cada una licitaba individualmente su cartera de afiliados.

La cobertura de esta póliza se divide en fracciones de mercado que son licitadas entre las empresas de seguros que ofrecen las primas que cobrarían por administrar estas fracciones; de esta manera, el SISCO actúa como un coaseguro cuyos participantes financian porcentajes fijos de los siniestros, determinados por el número de fracciones de mercado que cada empresa se adjudicó en el proceso de licitación.

Con la licitación colectiva, se enfrentó uno de los aspectos de crítica hacia este esquema, como es la vinculación de la AFP con la empresa de seguros de su grupo económico. Asimismo, se eliminó la desventaja para cualquier potencial entrante de no contar con un grupo económico que cuente con una empresa de seguros que le facilite el ingresar a la industria de AFP con una prima competitiva. Finalmente, pero no por ello menos importante, la administración colectiva también buscaba una mayor transparencia, toda vez que la información sobre la gestión del seguro iba a ser compartida entre todas las empresas de seguros que ganaran la licitación efectuada por las AFPs.

Ocho compañías de seguros fueron postoras en el primer proceso de licitación. De las cuatro ganadoras del proceso, tres representaron en su momento nuevos actores internacionales en el escenario del SPP, con lo que se conseguía ampliar la oferta. La reducción en la prima que se logró fue de 1.31% a 1.23% sobre el sueldo de los trabajadores, la que empezó a regir a partir del 1 de octubre de 2013 para todos los afiliados a las AFPs y se mantuvo en vigencia por un plazo de 15 meses (hasta diciembre de 2014). El 19 de diciembre de 2014 se llevó a cabo la segunda licitación, para la administración del seguro entre el 2015 y el 2016. En el segundo proceso participaron un total de siete postores. Seis aseguradoras se adjudicaron las siete fracciones licitadas a una prima uniforme de 1.33%, la cual resultó superior a la observada en la primera licitación y aún mayor a la prima vigente antes de la primera licitación. La tercera licitación en diciembre de 2016 confirma esta tendencia, al arrojar una prima de 1.36% (ver la **Tabla E.1.17**).

Tabla E.1.17.
Procesos de Licitación Seguro de Invalidez y Sobrevivencia Colectivo (SISCO) - Ley N° 29903

Licitación	Vigencia	Postores	Fracciones del mercado	Fracciones requeridas	Empresas Ganadoras	Participación de las dos empresas más grandes	Prima Promedio
n.a.	Set. 2013 (previo al SISCO)	n.a.	n.a.	n.a.	4	70%	1.29%
Primera	Oct. 2013 - Dic. 2014	8	7	13	4	57%	1.23%
Segunda	Ene. 2015 - Dic. 2016	7	7	9	6	43%	1.33%
Tercera	Ene. 2017 - Dic. 2018	9	7	11	6	43%	1.36%

Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

A este respecto, resulta interesante contrastar la licitación del SISCO con el proceso de licitación de las cuentas de nuevos afiliados en el SPP. Siguiendo a Bernstein et al.

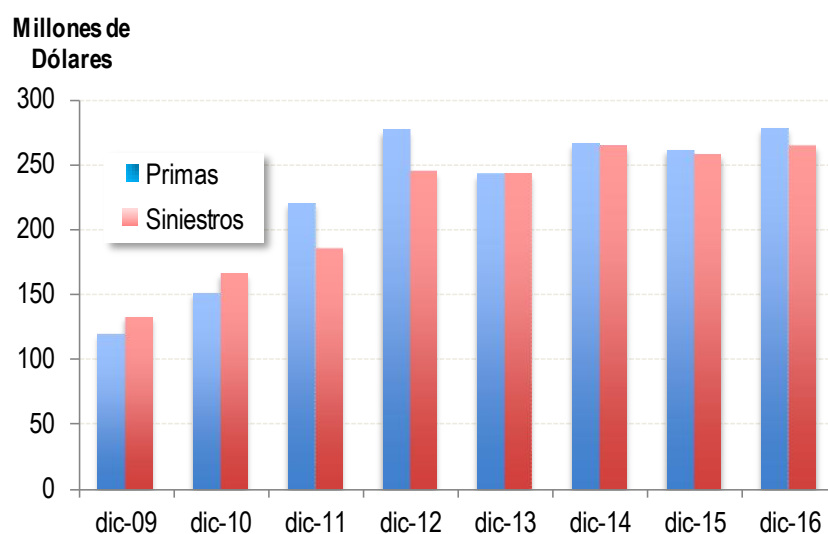
(2017), se observa que, primero, y de forma muy evidente, la cláusula que señala que la AFP ganadora deberá ofrecer una menor comisión respecto a la más baja que exista en el mercado de SPP no fue incorporada en el caso de la licitación del SISCO.

Segundo, es posible que haya espacio para optimización de los costos por parte de las aseguradoras. De la misma manera que la estructura de costos de las empresas es relevante en el caso de la subasta de nuevos afiliados a las AFPs, en el caso de la licitación del SISCO, los costos operativos son un elemento que las aseguradoras consideran al fijar su postura. En la medida que se favorezca la centralización de los procesos operativos con altas economías de escala, las primas ofrecidas podrían ser menores en una subasta competitiva. Al respecto, es importante señalar que la reforma del 2012 estableció una entidad centralizadora que concentre aspectos técnicos y operativos para todo el SPP, por lo que el tema de costos no podría explicar completamente los resultados.

Tercero, un elemento que es central en la fijación de precios de las aseguradoras es la siniestralidad esperada de la cartera de clientes. El **Gráfico E.1.19** muestra que en efecto la siniestralidad ha aumentado. En la medida en que la siniestralidad sea difícil de pronosticar y esto sea del conocimiento común, es posible que los resultados reflejen lo que en la teoría económica de las subastas se conoce como la “maldición del ganador”. Esta situación se presenta cuando antes de presentar las posturas, los participantes reciben una señal que está correlacionada con el “verdadero” valor del servicio licitado—por ejemplo, en el caso del SISCO, un cambio muy claro de tendencia en la siniestralidad—y, si los postores son relativamente simétricos—por ejemplo, poseen similar tecnología de producción—, el ganador será el postor que haya realizado la estimación más agresiva—i.e. de menor siniestralidad—, lo que podría constituir una mala noticia debido a que ello implica que todos los demás postores estimaron el valor del servicio licitado de forma más conservadora. Es posible entonces que el ganador haya sobrevalorado el proyecto y que esto lo haya llevado a concursar con una comisión menor a lo que realmente debió haber subastado, lo que le generaría pérdidas. La teoría económica predice que los participantes van a prever esta situación y que en respuesta adoptarían una actitud prudente, presentando posturas conservadoras o inclusive pesimistas, lo que podría explicar en parte los resultados mencionados.

En suma, hay un problema que se debe estudiar a fondo, tanto de diseño de la licitación, como de centralización y generación de ahorros traspasables al usuario final y revisión de los procesos operativos que se encuentran relacionados con la siniestralidad. En esta revisión, es también importante evaluar las reglas para el pago de estos beneficios y los costos de otorgar determinadas coberturas, sobre todo en aspectos como el tratamiento de condiciones preexistentes, la remuneración base de cálculo para los beneficios y el funcionamiento de las comisiones médicas.

Gráfico E.1.19.
Evolución de las Primas y Siniestralidad



Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

E.1.1.2. Pilar No Contributivo: Pensión 65, orientado a adultos mayores en extrema pobreza

Pensión 65 es un programa social que ofrece una transferencia monetaria a adultos mayores en situación de extrema pobreza. El programa no tiene fines previsionales, por lo que la transferencia no constituye una pensión con esos fines ni genera derechos a terceros. Sin embargo, en la medida que es un apoyo que beneficia al 24% del total de adultos mayores a 65 años, constituye un componente del sistema previsional.

El origen de este pilar se remonta al 2010, cuando se creó el Programa Piloto de Asistencia Solidaria llamado Gratitud. Este programa, cuya vigencia original abarcaba sólo ese año, consistió en una subvención monetaria mensual de S/ 100 a adultos con edades a partir de 75 años de edad que se encontraban en condición de extrema pobreza y pertenecían a las regiones de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Lima Metropolitana¹²².

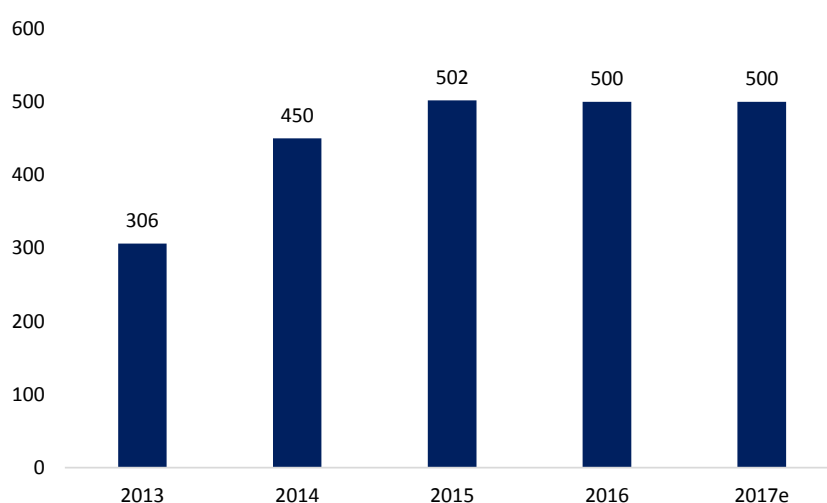
Posteriormente, Gratitud se extendió al 2011 y luego fue reemplazado por el Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65, el cual tomó aspectos de Gratitud pero amplió su cobertura y el monto del subsidio. En Pensión 65, la población objetivo estuvo inicialmente compuesta por personas en extrema pobreza con edad desde los 65 años y pertenecientes a 6 regiones. En 2012, el alcance se amplió a 16 regiones y, en 2013, empezó a cubrir a todas las regiones del país, siempre manteniendo como beneficiarios a aquellas personas que cumplen, principalmente, con dos criterios de elegibilidad: (i) la condición de ser adultos con 65 años de edad o más que cuenten con DNI y vivan en condición de pobreza extrema, de acuerdo con los criterios del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), y (ii) no ser beneficiario de algún programa social, con excepción del programa Juntos, del Seguro Integral de Salud (SIS), Programa Nacional de Movilización por la Alfabetización (PRONAMA) y programas de

¹²² Esta subvención monetaria mensual era incompatible con la percepción de pensión de jubilación bajo algún régimen previsional u otro que otorgue prestación económica por parte del Estado como ESSALUD, así como ser beneficiario de algún programa social, a excepción del Seguro Integral de Salud (SIS).

asistencia alimentaria y reparaciones a los que hace referencia el Plan Integral de Reparaciones (Ley N° 28592).

Desde 2013 (ver **Gráfico E.1.20**), cuando empezó a tener alcance nacional, el número de beneficiarios ha crecido desde 306 mil a 500 mil en 2016, número que, de acuerdo con el MIDIS, corresponderá a los beneficiarios para los próximos años. Estos 500 mil beneficiarios se distribuyen, principalmente, en departamentos de pobreza alta: 329 mil beneficiarios (66% del total) se encuentran en departamentos con niveles de pobreza superior a 24%. Los departamentos de Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica y Pasco, los 6 más pobres del país, concentran 151 mil beneficiarios (30% del total).

Gráfico E.1.20.
Perú, evolución del número de beneficiarios de Pensión 65, 2013 – 2017 ^{1/}
(en miles)



1/ Número de beneficiarios 2017 corresponde al considerado por el MIDIS.

Fuente: MEF

Elaboración: Comisión de Protección Social

Por el lado de los beneficios que se otorgan, éstos consisten en la entrega de un monto bimensual por persona de S/ 250 (S/ 125 mensuales), equivalente en la actualidad al 15% de una remuneración mínima vital, y la provisión gratuita de algunos servicios de salud, así como elegibilidad para el SIS. Asimismo, los beneficiarios forman parte de redes de apoyo local, las cuales buscan facilitar el acceso a servicios públicos como salud, identificación, estado civil, entre otros.

A pesar de que el monto del beneficio se encuentra por debajo de la línea de pobreza rural (63%) y la línea de pobreza extrema rural (91%) (Olivera, 2013), sus efectos sobre el bienestar, al igual que otros programas similares en la región, son significativos. Bando, Galiani y Gertler (2016) reportan que Pensión 65 redujo la puntuación promedio de los beneficiarios en la Escala de Depresión Geriátrica en un 9% y redujo la proporción de adultos mayores que realizan trabajo remunerado en cuatro puntos porcentuales. Además, los hogares con un beneficiario aumentaron su nivel de consumo en un 40%. Si bien estos resultados podrían alentar a ampliar más los alcances de este programa, los efectos inadvertidos que podría producir programas más ambiciosos en su cobertura y beneficios, sobre todo si estos no guardan relación con la capacidad de generar ingresos tributarios para su financiamiento.

En efecto, en lo referente al costo fiscal actual del programa (ver **Tabla E.1.18**), el presupuesto asignado a este programa creció 78% entre 2013 y 2016, pasando de S/ 444 millones a S/ 792 millones entre tales años y alcanzando S/ 801 millones en 2017¹²³. Estos montos incluyen el financiamiento de la pensión (en promedio 97% del total) y de los gastos operativos del programa, el cual, en promedio, es de S/ 20 por beneficiario. Este monto, como proporción del PBI (0.1% del PBI), es menor al gasto público destinado a pensiones no contributivas en Argentina (2% del PBI), Brasil o Chile (alrededor de 1% del PBI)¹²⁴. Sin embargo, dadas las tendencias demográficas y de pobreza, es necesario monitorear el gasto destinado a este programa. Así, según Bernal (2017), realizando proyecciones manteniendo la actual estructura del programa, y sólo ajustándose el importe de los beneficios de acuerdo a variables claves como las trayectorias demográficas, encuentra que el gasto en Pensión 65, que en el 2015 representaba el 0.12% del PBI, pasaría a 0.77% del PBI en el 2050 y a 1.65% del PBI en 2065. Por tanto, si una política de reforma de pensiones considera realizar cambios que signifiquen mayores recursos para atender este programa, por salud fiscal y sostenibilidad financiera de largo plazo, deberá necesariamente asegurarse los recursos tributarios para ese fin.

Tabla E.1.18.
Presupuesto Público de Pensión 65, 2013 – 2017
(S/ millones)

	2013	2014	2015	2016	2017 ^{1/}
Total Presupuesto Pensión 65	444	659	758	792	802
Subvención monetaria	439	644	748	785	793
Gestión del programa	5	15	10	7	8
<i>N° de Beneficiarios (en Miles)</i>	<i>306</i>	<i>450</i>	<i>502</i>	<i>500</i>	<i>500</i>

1/ Corresponde al Presupuesto Inicial de Apertura (PIA)

Fuente: MEF

Elaboración: Comisión de Protección Social

E.1.1.3. Pilar de Ahorro Previsional Voluntario (APV)

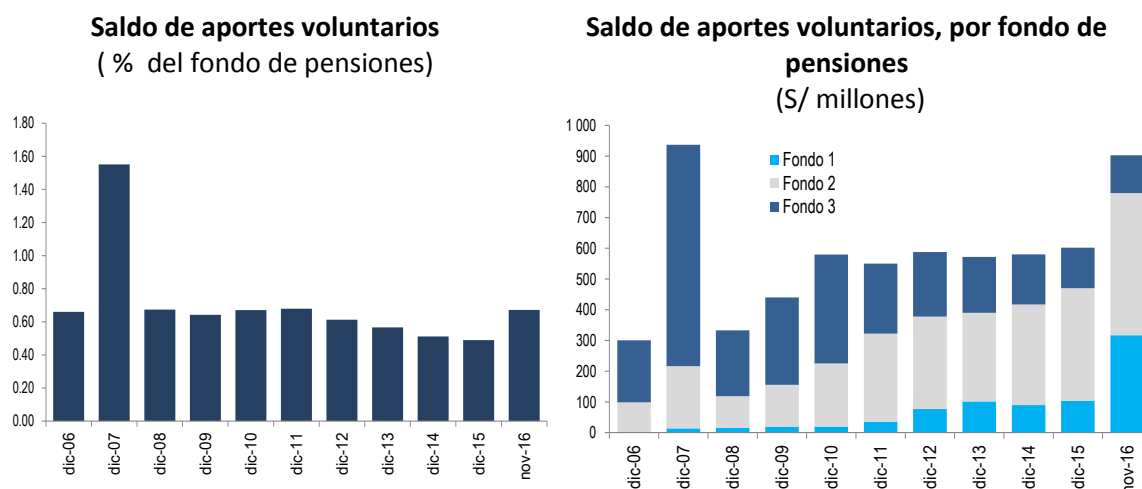
Otro componente del Sistema Previsional peruano está compuesto por el APV, el cual sólo se puede dar en el SPP (ver **Gráfico E.1.21**). En efecto, además de los aportes obligatorios, el SPP ofrece la posibilidad de efectuar aportes voluntarios con o sin fin previsional. Las comisiones por la administración de este tipo de aporte son diferenciadas por tipo de Fondo de Pensiones (0, 1, 2 o 3) y se cobran sobre el saldo administrado. Además, algunas administradoras cobran comisiones diferenciadas a sus afiliados y a los afiliados que tienen sus aportes obligatorios en otras AFPs¹²⁵. En la actualidad, el stock de aportes voluntarios con y sin fin previsional mantenidos en el sistema representa aproximadamente el 0.7% del total del Fondo de Pensiones. Cabe indicar que, en nuestro país, los aportes voluntarios y su rentabilidad se encuentran afectos al pago de Impuesto a la Renta.

¹²³ Información correspondiente al Presupuesto Inicial de Apertura (PIA), basada en la Ley de Presupuesto 2017.

¹²⁴ Bosch, Melguizo y Pagés, 2013.

¹²⁵ La normativa del SPP faculta a un afiliado a tener aportes voluntarios en una o más administradoras (y Fondos) sin ser necesario que ahorre voluntariamente en la misma AFP en la que tiene sus aportes obligatorios. Ver Art. 42° del Reglamento de la Ley y Art. 120° del Título V del Compendio de Normas Reglamentarias del SPP.

Gráfico E.1.21.
Saldo de aportes voluntarios



Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

De acuerdo con la literatura del ahorro voluntario (Rudolph, 2016; Alonso et al 2011; FIAP, 2015; Hoyo et al 2014-a; Hoyo et al 2014-b; Hoyo et al 2014-c; Hoyo y Tuesta, 2014; y Whitehouse 2013), este tipo de ahorro previsional muestra comportamientos más dinámicos cuando se le incorporan incentivos tributarios a los trabajadores o a los empleadores. Desde este punto de vista, lo que se observa es que en el caso peruano, no existe ningún tipo de incentivos para este pilar, hecho que dista de otros mercados como el de los países desarrollados e incluso algunos en vías de desarrollo.

Sin embargo, teniendo en cuenta la amplia realidad informal en la economía peruana, se debiera prestar mayor atención en la búsqueda de mecanismos innovadores que impulsen el ahorro voluntario de manera amplia, ya que por definición, incentivos de tipo tributario sólo podrían ser atractivos para aquel que paga impuestos. Existen propuestas interesantes que provienen de la economía del comportamiento a través de experimentos controlados¹²⁶ o experimentos naturales, es decir a partir de decisiones de política que han ejercido un cambio en el comportamiento de los trabajadores hacia una mayor contribución al sistema de pensiones como son los esquemas de enrolamiento automático, subsidios del tipo copago por parte del Estado (*matching contributions*), y el uso de esquemas por *default* para realizar retenciones para pensiones, por la vía de pensiones o gastos. En otro tanto, dada la actual transformación digital que observa el mundo, mecanismos basados en el uso más frecuente de las nuevas tecnologías –en cuando al uso de teléfonos móviles y la aplicación de innovaciones biométricas- vienen siendo utilizados por varios países para ampliar el acceso de las pensiones a una mayor población. Al respecto, se puede revisar el **Recuadro E.1.2.**

¹²⁶ Randomized Controlled Trials (RCT).

Recuadro E.1.2.

Experiencias y casos sobre esquemas para el ahorro voluntario y el mundo informal

El esquema de “**matching contributions**” se basa en un incentivo otorgado a través del empleador o el gobierno para que las personas se vean incentivadas a contribuir al sistema previsional. De acuerdo con Carranza et al. (2017); Carranza et al. (2012) y Madrian (2012), estos esquemas se han venido extendiendo de manera rápida en diferentes países del mundo, y es muy usual en planes de pensiones empresariales en los **Estados Unidos** y **Europa**. Sin embargo, los efectos de este tipo de esquemas presentan resultados no concluyentes y en general su éxito podría depender de al menos seis aspectos: la simplicidad del incentivo de tal forma que sea fácilmente entendible por el potencial afiliado; la magnitud del *matching*; el momento en el que se efectúa el *matching* (al momento de la contribución o al momento de la jubilación); la focalización del *matching* (el grupo de beneficiarios al que está dirigido); la duración o condicionalidad impuesta para disfrutar del *matching* de tal forma que refuerce la frecuencia a ahorrar en el tiempo; y, la información y difusión de los beneficios que se reciben de este “*matching*” sobre la pensión futura.

Respecto a la aproximación de **enrolamiento automático**, esta experiencia consiste en que se establece por *default* la contribución al sistema basado en un flujo definido de ingreso o gasto, con la opción de renunciar al mismo (Thaler, 2016; Fertig et al., 2015; Benartzi, 2012; Madrian, 2013; Tuesta, 2016; Besehears, 2009; Nest 2015-a; Nest 2015-b; Rashbrook, 2013). La evidencia muestra que existe una baja ejecución de la opción de renuncia. El éxito de este tipo de medidas se ha basado en dos aspectos: (i) la simplicidad de la intervención; y (ii) la definición un flujo fácilmente identificable sobre el cual aplicar la contribución al sistema. **Inglaterra** con el programa Nest, y varios planes del 401 (K) de los **Estados Unidos** incorporan este mecanismo.

Para el caso peruano, dada la alta informalidad, el reto sería definir el flujo de ingreso o gasto que estaría sujeto a la contribución para ahorro previsional. Una posibilidad sería explorar el pago de los recibos por telefonía, celular y electricidad, que son actividades formales cuyos clientes son trabajadores del mundo formal e informal. En este sentido, existen experimentos en **México** (Fertig et al., 2015 y Brodersohn, 2016) y otras propuestas para la región (Tuesta 2016).

Desde la rama de la economía del comportamiento, también se observa otras experiencias interesantes. Por ejemplo, en el caso de **Alemania**, se incorporaron incentivos a la contribución previsional en función al número de hijos de la familia (Borsch-Supan et al, 2013). En **China**, de acuerdo con Hu (2017), se han incorporado incentivos a los hijos de los adultos que no tienen pensión para aportar en favor de sus padres y que éstos puedan recibir una pensión. Finalmente, en **Nueva Zelanda**, se incluyó la incorporación de un capital semilla en edad temprana para que el afiliado tenga un incentivo inicial al empezar a ahorrar (Raschbrooke, 2013).

Es interesante observar cómo estas diferentes herramientas vienen siendo aplicadas de diferentes formas en varios países, no sólo en el mundo desarrollado, sino también en países emergentes, con altos niveles de informalidad. En el caso de **Ghana**, se plantea un esquema de ahorro voluntario para trabajadores informales. En este país, el Fideicomiso Nacional de Seguros de la Seguridad Social (SSNIT) puso a prueba un Plan de Pensiones del Sector Informal de 2005 a 2008 antes de lanzarlo a nivel nacional (Dorfman, 2015).

En 2010, más de 90.000 miembros estaban contribuyendo al esquema, que está estructurado de la siguiente manera: se trata de un plan de pensiones contributivo voluntario; las tasas de contribución no son fijas, sino que se basan en la preferencia y capacidad de los miembros; las contribuciones pueden realizarse de manera diaria, semanal, mensual, anual o por temporada; las contribuciones de los miembros se dividen en dos partes iguales y se acreditan a dos subcuentas de miembros individuales (una cuenta de plan de trabajo -50% de la contribución- y una cuenta de jubilación -50% de la contribución-) después de la deducción de una prima de seguro de vida; se permite a los miembros hacer retiros periódicos de la cuenta del plan ocupacional después de cinco (5) meses de contribuciones iniciales, siempre y cuando la cuenta tenga un saldo acreedor; los miembros pueden retirarse de la cuenta de jubilación sólo cuando mueren, alcanzan la edad de 60 años o queden discapacitados; y, los

miembros pueden usar sus contribuciones como garantía parcial para asegurar el crédito de instituciones financieras aprobadas.

También está el caso de **Kenia**. Según Dorfman (2015), en junio de 2011, la Asociación de Jubilados de Kenia (RBA) y la Federación Nacional de Asociaciones Jua Kali (sector informal en Kenia) establecieron el Plan de Pensiones "Mbao" para pequeñas y medianas empresas y asociaciones Jua Kali. El programa compromete a los miembros a ahorrar al menos 20 chelines kenianos al día (aproximadamente US\$ 6 por mes) para la jubilación. Los miembros pueden realizar pagos a través de los servicios de transferencia móvil líderes en el mercado de telefonía. Dentro de un mes, el esquema tenía 42 000 miembros y ha seguido creciendo desde entonces. Actualmente se está desarrollando un esquema similar entre los operadores de RBA y "Matatu" (taxis y microbuses). Es importante señalar que la introducción de estos planes en Kenia se basa en una sólida infraestructura de pago e inclusión financiera, así como en un historial de 10 años de licencia, regulación y supervisión de fondos de beneficios de jubilación a través de administradores, gestores de fondos y custodios.

Otro caso interesante es el de **India** con el Régimen de pensión para trabajadores "no organizados" de la India, conocido como Atal Pension Yojana. Para afrontar los riesgos de longevidad entre los trabajadores del sector no organizado (88% del total de la fuerza de trabajo) y para animar a los trabajadores de este sector a ahorrar voluntariamente su jubilación, el gobierno indio inició el Plan Swavalamban en 2010-2011. Sin embargo, como la cobertura bajo el esquema de Swavalamban ha sido baja, el gobierno anunció la introducción en el presupuesto para el año 2015-2016 de los regímenes universales de seguridad social en los sectores de seguros y pensiones para todos los indios, especialmente los pobres y los desfavorecidos. Por lo tanto, el gobierno indio puso en marcha, en mayo de 2015, la Atal Pension Yojana (APY), que proporciona una pensión definida (dependiendo de la contribución y su período de carencia).

La APY se centra en todos los ciudadanos en el sector no organizado que se unen al Sistema Nacional de Pensiones (NPS) administrado por la Autoridad de Regulación y Desarrollo del Fondo de Pensiones (PFRDA). Bajo la APY, los suscriptores recibirán la pensión mínima fija de entre Rs. 1000 (unos US\$ 15) y Rs. 5000 (unos US\$ 75) por mes, a la edad de 60 años, dependiendo de sus contribuciones, lo que se basaría en la edad de incorporarse al APY.

La edad mínima para afiliarse a APY es 18 años y la edad máxima es de 40 años. Por ello el período mínimo de contribución de cualquier suscriptor bajo APY es de 20 años. El beneficio de la pensión mínima fija será garantizado por el Gobierno. Los niveles de contribución variarán, siendo bajos si el suscriptor se une temprano y aumenta si se une tarde. APY está abierto a todos los titulares de cuentas bancarias. El gobierno también co-contribuirá el 50% de la contribución total o Rs. 1000 por año, lo que sea más bajo, por 5 años en algunos casos. A pesar de que APY está dirigido principalmente a los trabajadores del sector no organizado, todos los ciudadanos del país pueden unirse al régimen. La información periódica a los suscriptores sobre el saldo en la cuenta y los créditos de contribución se traslada a los suscriptores de APY a través de alertas de texto móvil.

Elaboración: Comisión de Protección Social

E.1.2. Deficiencias, Causas y Desafíos

Hasta ahora hemos descrito el funcionamiento de los componentes del sistema previsional en el Perú y los problemas que el mismo presenta. A continuación resumiremos las que, a criterio de la Comisión, son las principales deficiencias del sistema, sobre las cuales serán atendidas en la siguiente sección a través de propuestas de reforma.

E.1.2.1. Fragmentación e inequidad en el sistema de pensiones

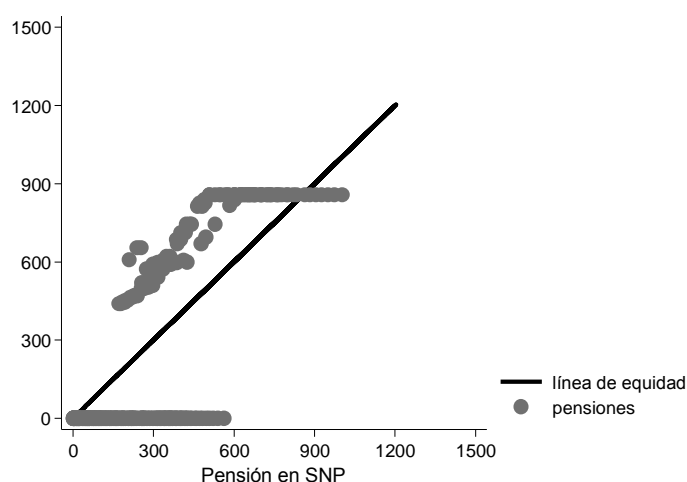
En la actualidad el sistema previsional funciona de manera fragmentada e inequitativa; así, dos personas con características similares pueden terminar recibiendo beneficios muy diferentes dependiendo de si están afiliadas al sistema privado (SPP) o al sistema público (SNP). Si bien existe la percepción difundida de que las pensiones en el sistema privado son bajas y caras, la alternativa en el sistema público es una pensión nula si es que no se alcanzan al menos 20 años de cotización¹²⁷. Es más, como vimos en páginas anteriores, esta situación termina generando problemas dentro del SNP, donde se da un subsidio de un grupo que aportó y no recibirá pensión hacia otros que sí recibirán pensiones en el SNP.

Las consecuencias son graves y afectan a un amplio colectivo vulnerable, el cual comprende a quienes habiendo aportado bajo el SNP no reciben pensión, a los que perciben bajas pensiones que no están en línea con lo que aportaron y a quienes se mantuvieron fuera del sistema previsional y no aportaron nada. La mayor parte de este colectivo está conformado por personas de bajos ingresos. Todo ello nos lleva a que el problema previsional deba ser abordado de manera conjunta a través de una estructura de subsidios y arreglos institucionales y de organización del mercado que tenga un enfoque integral, y no parcial como se viene realizando actualmente, donde por ejemplo Pensión 65 está considerado más como un programa social que como un esquema de pensiones focalizado en los adultos mayores en situación de pobreza extrema. Adicionalmente, el diseño actual le trae problemas a los afiliados debido a la posibilidad de equivocación al elegir el sistema que le es más conveniente. A continuación, en el **Gráfico E.1.22** se presenta una simulación en la que se compara la pensión que recibirían los nuevos afiliados al SNP si es que hubieran optado por el SPP. El resultado puede ser resumido en tres hallazgos:

1. En el SNP habría muchas personas sin pensión que sí recibirían una pensión en el SPP.
2. El único tramo en el que las pensiones del SNP resultan superiores a las ofrecidas en el SPP se da en el valor de S/ 415, lo mínimo ofrecido por el SNP.
3. Existe un grupo de personas que recibirían una pensión superior en el SPP. La concentración alrededor de S/ 857 en el SNP corresponde al máximo valor pagado en este sistema.

¹²⁷ En el extremo, una persona que haya aportado 19 años y 11 meses al sistema público queda sin acceso a pensión.

Gráfico E.1.22.
Pensión en el SNP de los nuevos afiliados
y pensión hipotética en el SPP
 (Simulación)



Fuente: ONP

Elaboración: Comisión de Protección Social

En ese sentido, es necesario contar con un sistema de pensiones integrado que consolide sinergias a través de una estructura conjunta construida sobre la base del Sistema Nacional de Pensiones, del Sistema Privado de Pensiones y de Pensión 65. Ello aseguraría no sólo un sistema más ordenado, sino más equitativo, en el que los beneficios básicos sean similares para todos los peruanos, independientemente de cuál hubiese sido su estatus laboral. Dicha mayor equidad tiene varias connotaciones; por ejemplo, dado que Pensión 65 se focaliza en las personas en situación de pobreza extrema, resulta paradójico que un adulto mayor que no se encuentre en dicha situación, pero esté muy cercano a ella, termine (después de la asignación de subsidios) en una situación peor que quien inicialmente estaba en extrema pobreza.

E.1.2.2 El problema de la cobertura

A pesar de que en los últimos años se ha generado un incremento en el ratio de aportantes como porcentaje de la PEA, éste todavía sigue siendo bajo en el contexto regional, como se muestra en la **Tabla E.1.19**. Así, dicho ratio es ligeramente inferior al de Colombia (que en 2004 tenía un ratio de aportantes menor al de Perú), prácticamente la mitad del de México y alrededor de la cuarta parte del de Chile. Esto ilustra que los alcances del sistema previsional son limitados en la medida que el grueso de los trabajadores no aporta regularmente al mismo.

Tabla E.1.19.
Aportantes a fondos de pensiones administrados por el sector privado
 (% de la PEA)

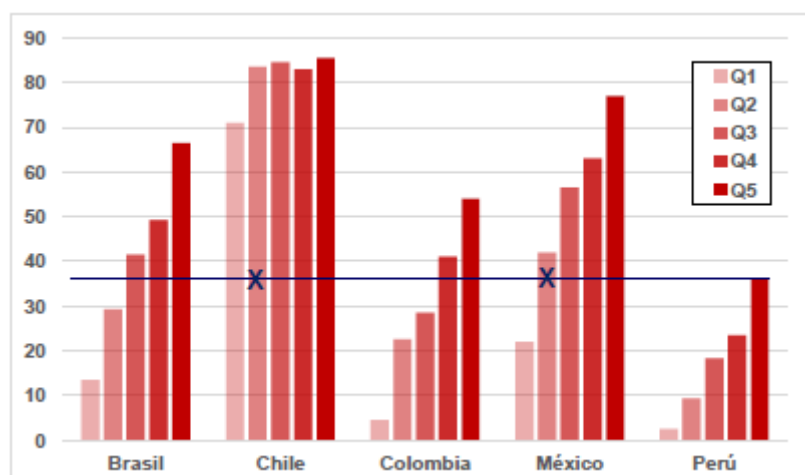
	2004	2010	2016
Chile	56.2	60.3	64.8
Colombia	11.1	19.5	18.9
México	29.8	29.2	33.8
Perú	11.6	12.8	16.8

Fuente: AIOS

Elaboración: Comisión de Protección Social

Esta baja participación se da incluso entre trabajadores de mayores ingresos, a pesar de que – como en otros países de la región—ésta se incrementa conforme los ingresos son más altos. Así, como se aprecia en el **Gráfico E.1.23**, la frecuencia de contribuciones en el quintil 5 es incluso menor que la del segundo quintil de ingresos en Chile o en México. Esto refleja que ni siquiera entre los trabajadores de mayores ingresos, que tienden a ser los más formales, se ha logrado una tasa de participación comparable a la de otros países en la región.

Gráfico E.1.23.
Participación en el sistema previsional según quintiles de ingreso
 (% de la población empleada)

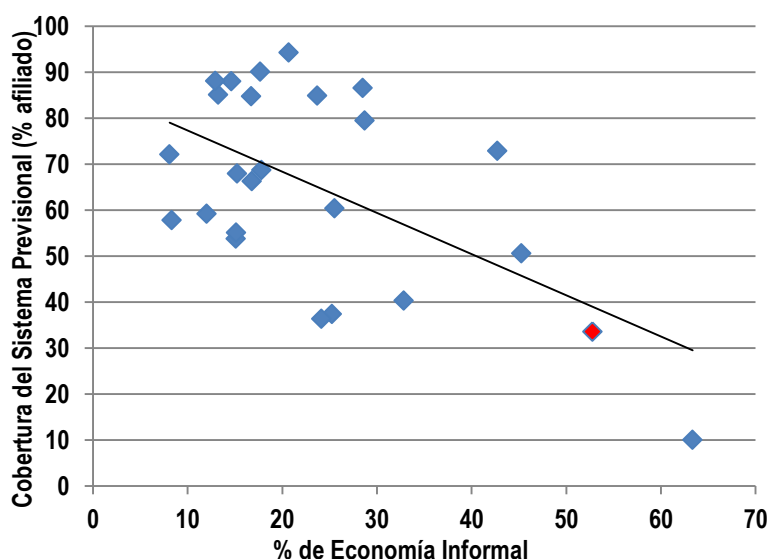


Fuente: Tuesta (2014a)

Elaboración: Comisión de Protección Social

Esta baja penetración del sistema previsional está altamente correlacionada con el tamaño de la economía informal. En el caso del Perú se encuentra que—con base en una muestra de países de América Latina y los miembros de la OECD—la afiliación es incluso más baja que su nivel de informalidad existente predeciría (ver **Gráfico E.1.24**).

Gráfico E.1.24.
Informalidad y Cobertura del Sistema Previsional



Nota: Perú se muestra en rojo.

Fuente: Elgin y Öztunali (2012), AIOS, OECD

Elaboración: Comisión de Protección Social

La cobertura además se ve afectada por una serie de características propias del individuo. Por ejemplo, como señala Tuesta (2014), la edad, vivir en pareja y tener una familia con niños menores de 18 años aumenta la probabilidad de cotizar al sistema de pensiones en un 0.1%, un 2% y un 1%, respectivamente. Por el contrario, ser mujer (-2.7 %), vivir en una familia numerosa (-0.5 %) y tener bajos ingresos reducen la probabilidad de generar ahorro previsional.

Los hallazgos previamente señalados sugieren la necesidad de plantear medidas focalizadas en grupos específicos que les ayuden a construir una pensión. En particular sobresale el caso de los trabajadores más jóvenes, de los cuales una muy alta proporción no cotiza o lo hace muy infrecuentemente, y el caso de las mujeres trabajadoras¹²⁸, quienes también enfrentan dificultades especiales en constituir una pensión.

De no reducirse las brechas de cobertura, la protección a los ciudadanos mayores de 65 años, que actualmente alcanza a solamente 35% del total, se reduciría aún más en los siguientes años debido a que la afiliación al sistema previsional y la frecuencia de aporte es menor en el caso de los trabajadores más jóvenes comparados con los de mayor edad. Nuevamente se evidencia la necesidad de integrar los sistemas previsionales con los programas sociales orientados a los pobres en la tercera edad.

¹²⁸ Es de destacar la experiencia chilena en este aspecto, contando con cinco beneficios enfocados puntualmente en el trabajo femenino, los cuales han ido implementándose desde 1992:

- Bono al Trabajo de la Mujer.
- Programa Jefa de Hogar.
- Bono por Hijo.
- Apoyo al emprendimiento femenino.
- Subsidio materno durante el embarazo.

E.1.2.3. La suficiencia de las pensiones

La magnitud de las pensiones en el Perú depende de los distintos perfiles, remuneraciones y niveles de aporte de los jubilados. Dicho ello, la pensión promedio en el SPP (S/ 1079 por mes al momento) ha sido sostenidamente superior (casi 70% más alta) a la del SNP (S/ 644 por mes). Estas pensiones son consistentes con tasas de reemplazo promedio de 40% tanto en el SNP como en el SPP (Bernal et al. 2007; Alonso et al. 2013; Bosch et al. 2013; Cruz Saco et al. 2013). Aunque este porcentaje cumple con los lineamientos acordados con la OIT, a manera referencial, es baja frente a la de países miembros de la OCDE. Asimismo, sobre la base de la información del BID (SIMS), la pensión promedio en Perú entre 2010 y 2015 alcanza US\$ 488, cifra significativamente menor a la registrada para Chile, Colombia y México (US\$ 535, 988 y 588, respectivamente).

De acuerdo con Alonso et al. (2013), los bajos niveles de las pensiones están directamente y mayormente relacionados con la baja densidad de cotización que existe en Perú. Esto tiene su origen en la alta informalidad, la cual implica que los afiliados no siempre mantengan una relación laboral activa formal (de hecho, entran a la informalidad y salen de ella con frecuencia), por lo que sus contribuciones al sistema previsional terminan siendo menores que las que les correspondería si mantuviesen un trabajo formal continuamente.

Existen factores adicionales que afectan negativamente el nivel de la pensión de jubilación en tanto que reducen la acumulación del ahorro individual en el SPP. Por un lado, están las reducciones o desfases en la tasa de aporte. Al respecto, en el SPP, la tasa de aporte se redujo de 10% a 8% en 1995 y se mantuvo en dicho nivel hasta 2005, reduciendo la acumulación con fines previsionales. De acuerdo con la SBS, una reducción de 1 punto porcentual en la tasa de aporte trae consigo una reducción de 10% en la pensión de jubilación. En esta misma línea, Alonso et al. (2013) también destacan que el nivel de las tasas de aporte se va quedando rezagado respecto al incremento acelerado de la esperanza de vida. Este retraso puede terminar afectando negativamente a las pensiones futuras. En este sentido, cabe indicar también que la exoneración del pago de aportes a las gratificaciones reduce la acumulación del fondo de ahorro previsional y, por tanto, la pensión de jubilación. A esta problemática se le debe agregar las recientes leyes que permiten acceder al 25% para la compra de vivienda y la que brinda la libre disponibilidad de prácticamente todo el fondo de capitalización establecida en la Ley N° 30425, con la que en términos prácticos se elimina cualquier definición de suficiencia de pensión.

Dado todo lo anterior, a continuación comentamos algunas variables claves que están detrás de la tasa de reemplazo.

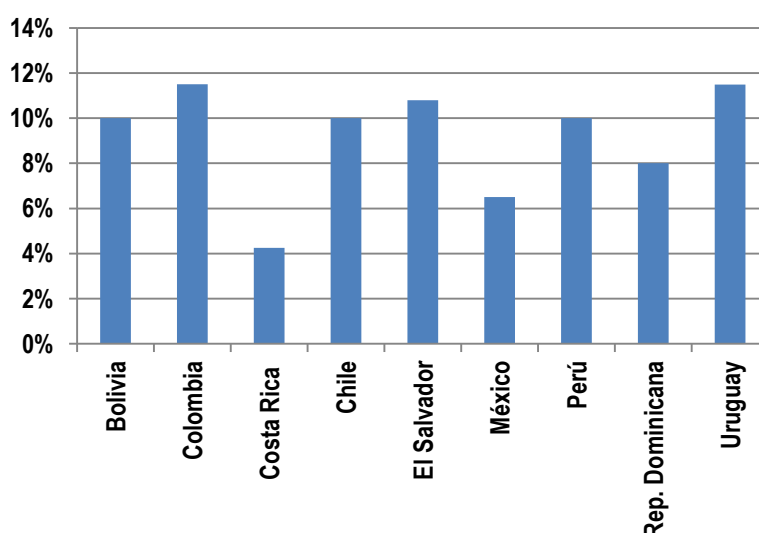
E.1.2.3.1. Densidad

En el Perú, la densidad de cotización al sistema previsional es creciente con la edad y llega hasta 80% en el caso de los trabajadores regulares, mientras que es inferior a 25% en el caso de los irregulares (Alonso et al., 2014). Esta característica es la que explica en su mayor parte las bajas tasas de reemplazo y milita en favor de la participación del Estado con miras a reforzar la generación de ahorros para la vejez. Asociada a la densidad también está la desafectación de los aportes provenientes de las gratificaciones, pues la Ley N° 30334 estableció de manera definitiva que las gratificaciones no estuvieran afectas a retenciones por seguro de salud ni fondo de pensiones, con lo que las contribuciones pasaron de 14 a 12; en términos anuales, manteniendo todo lo demás igual, ello se tradujo en una reducción de 14.3% en los aportes anuales al sistema previsional.

E.1.2.3.2. Tasas de Aporte

A nivel regional, las tasas de aporte se calculan con respecto al salario y son similares a las de Perú en los países que cuentan con sistemas previsionales comparables (alrededor del 10%), con las excepciones de Costa Rica y México, que tienen cotizaciones más bajas. Sin embargo, el problema especial del Perú es su elevado nivel de informalidad que hace que, no obstante el tener una tasa de aporte razonable, no se genere una tasa de reemplazo adecuada. Ello pone en realce la necesidad de desarrollar e incentivar el esfuerzo de ahorro voluntario para el retiro. Más aún, en otros países, como Chile, que tiene también una tasa de aporte del 10%, se viene debatiendo un incremento a 15%, en una visión clara de que es necesario ir ajustando este parámetro para obtener mayores pensiones en un contexto de mayor esperanza de vida (ver **Gráfico E.1.25**).

Gráfico E.1.25.
Tasas de Aporte en Sistemas Previsionales de América Latina



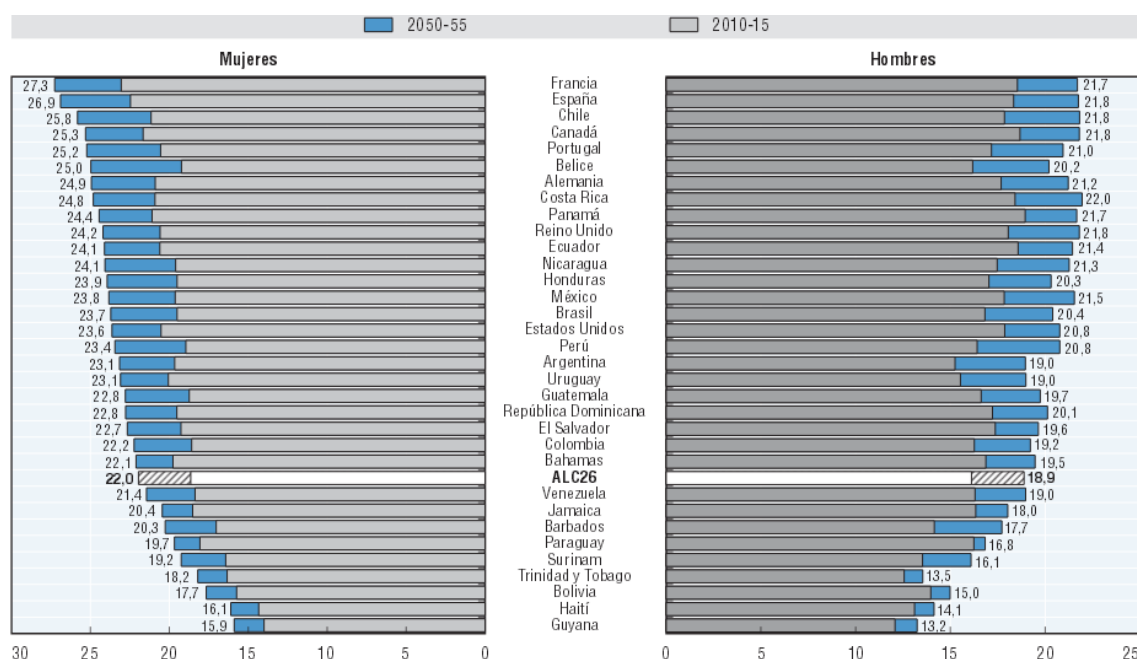
Fuente: FIAP

Elaboración: Comisión de Protección Social

E.1.2.3.3. Esperanza de Vida

El incremento en la esperanza de vida es una realidad que ocurre a nivel mundial, aunque no en todos los países se produce a la misma velocidad, ni de manera homogénea entre hombres y mujeres. Así, en el Perú actualmente la esperanza de vida una vez cumplidos los 65 años es de alrededor de 17 años, pero se espera que al 2050 ésta llegue a casi 21 años para los hombres y supere los 23 años para las mujeres. Para poder financiar el gasto durante la etapa de jubilación, que se prevé cada vez más prolongada, los actuales trabajadores deberían aportar una tasa mayor de sus ingresos (lo cual puede pasar por esquemas en los que el Estado y el empleador asuman parte de los aportes correspondientes), prorrogar el momento de su jubilación o combinar ambas fuentes. De no ser así, el problema pensionario podría acentuarse para las próximas generaciones. El **Gráfico E.1.26** muestra un comparativo internacional de esperanzas de vida a los 65 años para hombres y mujeres.

Gráfico E.1.26.
Esperanza de Vida Adicional a los 65 Años



Fuente: BID

Elaboración: Comisión de Protección Social

E.1.2.3.4. Edad de Jubilación

En el Perú, la edad de jubilación es 65 años, aunque la persona puede seguir trabajando hasta los 70. Este parámetro no debería ser fijo, sino más bien una función de la esperanza de vida. En todo caso, en varios países desarrollados, sobre todo europeos, así como en China, la tendencia reciente ha sido aumentar la edad de jubilación. Ello genera la posibilidad de acumular un ahorro previsional mayor, aunque debe tenerse en cuenta la realidad del mercado laboral, pues es probable que por encima de determinada edad la probabilidad de ser contratado sea muy cercana a cero, de manera que incrementar la edad de jubilación no necesariamente se traduce en mayor ahorro previsional.

El Estado puede tener una acción más inmediata en la asistencia a los colectivos con mayores dificultades para ahorrar de manera continua, es decir los que tienen baja densidad de cotización. En el caso de las otras tres variables (tasa de aporte, esperanza de vida y edad de jubilación), se entiende que ellas implican un debate político más amplio y que además tienen interacciones con otras variables económicas. Sin embargo, el debate sobre estos puntos no debe postergarse más, especialmente teniendo en cuenta que por disposición legal en 2019 se debe revisar si se mantiene o no la actual tasa de aporte del 10%.

La **Tabla E.1.20** muestra una síntesis de lo que se puede esperar de un incremento porcentual en 1% en los parámetros discutidos sobre una mayor o menor pensión. Si bien las decisiones en estos ámbitos dependen de decisiones políticas de acuerdo al marco socio-económico que experimenta el país, es importante tener en cuenta las consecuencias de no tomar acciones al respecto en un futuro.

Tabla E.1.20.
Impactos de un incremento de 1% en cada variable sobre la pensión

Densidad	2.0%
Tasa de Aporte	10.0%
Esperanza de Vida	-6.3%
Edad de Jubilación	5.8%

El cálculo presenta el impacto porcentual sobre la pensión de una persona de 25 años que empieza a laborar y aporta al sistema previsional por 40 años con una densidad uniforme de 0.5 y una esperanza de vida de 17 años después de la edad de jubilación. Asimismo, se asume que la rentabilidad del fondo previsional es en promedio de 5% anual.

Elaboración: Comisión de Protección Social

E.1.2.4. Comisiones y organización industrial

Si bien las comisiones en promedio han experimentado recientemente una senda de reducción, ésta ha sido bastante gradual, como comentábamos anteriormente. Además, las mismas se presentan bastante elevadas cuando se considera en términos comparativos cada una de las funciones que realizan las AFPs. De acuerdo con Rudolph (2017), se observa en la **Tabla E.1.21** que si se toman los precios más bajos que se cobran en el mundo por cada una de las funciones que realiza una AFP, la comisión sobre saldo se ubicaría en 0.16%, mientras que de elegirse los costos más altos para cada una de estas funciones, sería de 0.70%, la misma que es menor a lo que el promedio de las AFPs peruanas viene cobrando.

Tabla E.1.21.
Construcción de Escenarios de Comisiones en Rangos Altos y Bajos

	Límite Superior		Límite Inferior	
Administración de Cuentas	0.05%	Estonia (Nasdaq OMX)	0.01%	Chile (Sonda)
Recolección de Aportes	0.09%	Polonia	0.00%	Tesoro de Estonia
Servicio al Cliente	0.05%	Mayor fondo de Chile (est.)	0.05%	Mayor fondo de Chile (est.)
Custodia	0.03%	Oxera (2011)	0.03%	Oxera (2011)
Ejecución (fees para corredor)	0.08%	Oxera (2011)	0.02%	Oxera (2011)
Manejo de portafolio	0.40%	Mayor fondo de EE.UU.	0.05%	Fondo de índices EE.UU.
Total	0.70%		0.16%	

Fuente: Rudolph (2017)

Elaboración: Comisión de Protección Social

Veíamos, en general, que esta estructura de organización industrial que comprende el empaquetamiento de varias funciones dentro de cada AFP, tiende a manifestarse en un poder de mercado enorme, altamente concentrado, con una sobre-extracción de rentas a costa de los afiliados, generando escenarios de ganancias muy elevadas para las AFPs, inconsistentes con un sistema de seguridad social.

Adicionalmente, el proceso de licitaciones que se ha venido llevando a cabo tiene varios problemas desde su nacimiento, incluyendo la complejidad de decisiones que implicó para el afiliado. Si bien este proceso ha llevado a una reducción gradual de las comisiones, las

limitaciones se empiezan a poner de manifiesto, sobre todo en lo relacionado al último proceso de licitación donde uno de los actores principales que participa en el SPP ha hecho evidente su poder de mercado, ganando el proceso, y marcando la pauta de un probable nuevo proceso de consolidación de esta industria en un futuro cercano.

Es importante señalar también que pese a los avances que se han logrado con la introducción del proceso de licitación de los seguros de invalidez y supervivencia, hay una serie de aspectos que requieren abordarse con un análisis más profundo en lo relacionado al estudio de las siniestralidades, así como a mecanismos que permitan continuar reduciendo costos.

E.1.2.5. La gestión de portafolio

La regulación de las inversiones de los fondos de pensiones tiene como propósito maximizar la pensión de los afiliados, dado un nivel de contribuciones y riesgo. Para lograr este objetivo general, la regulación busca maximizar la rentabilidad, dado un nivel de riesgo, y alinear los incentivos entre los gestores y los afiliados.

Uno de los problemas que enfrenta el SPP es el comportamiento manada de los gestores de inversión de las AFPs enfocado en referencias erróneas propiciadas por la regulación. El resultado son estrategias de inversión cortoplacistas y sub-óptimas, inconsistentes con los intereses de largo plazo y el ciclo de vida de los afiliados. El que las AFPs sigan referencias equivocadas, además, contribuye a que se desalineen los incentivos entre los gestores y los afiliados, lo cual va en contra del objetivo general de la regulación.

Entre los factores que contribuyen a un comportamiento manada mal enfocado de los gestores de fondos están el requerimiento regulatorio de rentabilidad mínima, un conjunto de límites de inversión muy estrictos (entre ellos, el límite de inversión en activos extranjeros y, en consecuencia, una alta ponderación del mercado local) y un escaso número de administradoras. Como se ha indicado, el comportamiento manada no es malo por sí mismo—es más bien un fenómeno bastante generalizado en la industria de administración de activos, simplemente porque dicha industria tiende a seguir puntos de referencia (índices) que sirven para evaluar su desempeño. El problema surge cuando esos puntos de referencia llevan a una gestión de inversión contraria al objetivo inherente del fondo, por ejemplo, a una gestión táctica y cortoplacista de un fondo de pensiones. Ello apunta a la necesidad de desarrollar índices de referencia (*benchmarks*) apropiados, asociados al ciclo vital de los diferentes grupos poblacionales y a un conjunto de criterios de inversión en clases de activos, relacionados a diferentes perfiles de riesgos.

Esta situación sugiere la necesidad de un cambio profundo del régimen de inversión que interactúe con una nueva estructura de la organización industrial.

E.1.2.6. El aseguramiento y productos de la etapa de retiro

Una vez terminada la etapa de acumulación, los fondos ahorrados por la persona le servirán para financiar su pensión durante la vejez. En el caso peruano, ésta toma comúnmente la forma de una renta vitalicia, la cual depende de varios factores, como las variables macroeconómicas y financieras (tasas de interés, inflación), las capas de aseguramiento (si es que, en caso de fallecimiento, el titular quiere dejar al cónyuge sobreviviente una pensión igual a la suya) y las tablas de mortalidad.

En el caso de las capas de aseguramiento, al tomar una renta vitalicia el jubilado puede decidir si la acompaña de un “período garantizado”. Al tomar este producto, el jubilado define un

período de hasta quince años (contados a partir de que empieza a recibir su pensión) en el que, en caso de fallecimiento, genera una pensión idéntica para su cónyuge sobreviviente. Sin embargo, ello tiene un costo significativo. Se estima que la persona podría sacrificar un monto superior al 15% de su pensión sin período garantizado para asegurar a su cónyuge optando por un período garantizado.

Como lo demostró la discusión generada hacia fines del 2015, el uso de las tablas de mortalidad es un elemento que no es entendido por la mayor parte de la ciudadanía y que es susceptible de ser aprovechado políticamente. Fuera de ello, al incorporar explícitamente las distribuciones de la esperanza de vida según edades, incorpora un componente de alta incertidumbre porque la esperanza de vida para los que tienen 55 años de edad en 2017, por ejemplo, es muy probablemente menor a lo que será la esperanza de vida para los que tengan 55 años en 2027. En todo caso, el hecho es que la esperanza de vida va creciendo en el tiempo, de modo que, si no se incrementa la edad de jubilación o se cotiza un monto mayor para financiar el fondo de ahorro, la tendencia es a que las pensiones alcanzadas sean cada vez menores.

Esta situación sugiere la necesidad de estudiar alternativas para mejorar las pensiones sin descuidar a quienes se encuentren en situación de ultra-longevidad (alrededor de los 85 años). Una alternativa, por ejemplo, sería combinar la renta vitalicia con un retiro programado y un seguro de ultra-longevidad. Ello permitiría generar una mayor pensión durante los primeros años de jubilación con el retiro programado y al mismo tiempo asegurar una pensión razonable con la renta vitalicia y un seguro de ultra-longevidad.

E.1.2.7. Flexibilidad excesiva sobre el ahorro previsional

El SPP nació con la finalidad de proveer pensiones de jubilación, invalidez y sobrevivencia, y cubrir gastos de sepelio de sus afiliados. Sin embargo, el objetivo de proveer pensiones de jubilación se ha desnaturalizado progresivamente en la medida que se han expedido leyes que permiten el retiro total o parcial del ahorro previsional al momento de la jubilación; y también diversos usos en la etapa activa como cubrir el riesgo de desempleo, financiar créditos hipotecarios y gastos por enfermedad terminal o cáncer que reducen el ahorro con fines jubilatorios. Estas medidas, si bien reflejan una preocupación entendible del Estado por las necesidades de liquidez de las personas, al final de cuentas no forman parte del objetivo de seguridad social en materia de pensiones. Son preocupaciones que debieran ser atendidas por otro tipo de mecanismos, que no distorsionen al sistema de pensiones, teniendo en cuenta fundamentos económicos y no motivaciones políticas de índole populista. Concretamente, insertar estas medidas dentro del sistema termina debilitando significativamente la protección en la etapa de jubilación.

Desde el año 2016 la ley permite a los afiliados que se jubilan, tanto por edad legal (65 años) o por jubilación anticipada por desempleo, a retirar el 95.5% de su CIC¹²⁹. Esta situación genera un grave problema de cobertura y alto riesgo de pobreza en la vejez para los afiliados que retiran toda su CIC y los consumen apresuradamente¹³⁰. Más aún, los problemas financieros en que pueden caer los afiliados que se gasten todo su fondo, puede repercutir en la situación económica de sus familiares cercanos.

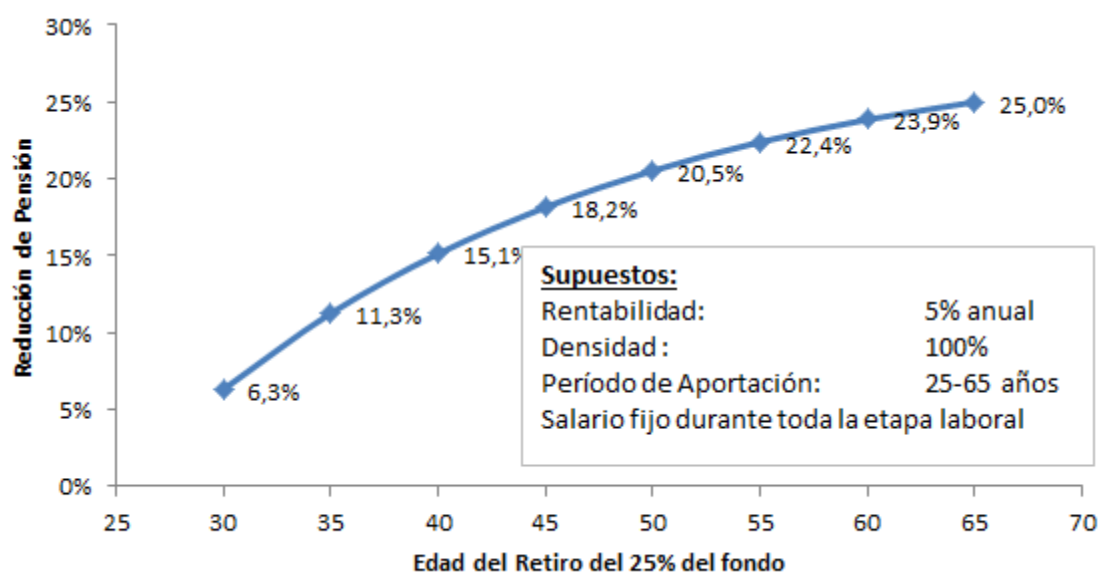
¹²⁹ El afiliado puede retirar hasta el 95.5% de su CIC, el 4.5% restante financia su cobertura de salud.

¹³⁰ No obstante, existe un grupo de afiliados que acumularon montos pequeños, principalmente por tener bajas densidades de cotización y bajos salarios. En este caso, el monto acumulado puede ser insuficiente para financiar pensiones que cubran un mínimo de los gastos en la vejez; por esta razón, la regulación permitía el retiro de la totalidad de la CIC para saldos de hasta S/ 5810.

El uso del ahorro previsional para cubrir riesgos diferentes al de la longevidad, invalidez o muerte se inició en el en año 2001, cuando se creó transitoriamente el régimen de jubilación anticipada por desempleo que permitía la jubilación de los afiliados desde los 55 años (hombres o mujeres) que estuvieran desempleados durante al menos un año. Posteriormente, se amplió la vigencia de este régimen y se flexibilizaron los requisitos permitiéndose la jubilación anticipada por desempleo a las mujeres desde los 50 años y el retiro del 50% de la CIC en caso este saldo no permita financiar una pensión igual o mayor a la remuneración mínima vital. Asimismo, la ley autoriza el uso de hasta el 25% de la CIC para financiar la cuota inicial de un crédito hipotecario para el primer inmueble del afiliado o para amortizar un crédito hipotecario vigente, y también el retiro del 50% de la CIC por enfermedad terminal o cáncer. En la práctica, el uso del ahorro pensional para cubrir el riesgo de desempleo, la carencia de vivienda o la cobertura de salud perjudica la cobertura previsional en la vejez al reducir significativamente el nivel de pensión esperada.

El retiro del 25% de la CIC para los fines antes mencionados tendrá también consecuencias negativas en la pensión del afiliado, siendo mayores las consecuencias mientras más tarde se realiza el retiro. Así por ejemplo, como se observa en el **Gráfico E.1.27**, para un afiliado que aporta por 40 años desde los 25, con una densidad de 100% y una rentabilidad de 5%, si retira a los 30 años su pensión a la edad de jubilación se reducirá en 6.3%, mientras que si lo hace a los 55 años, su pensión caerá en 22.4%.

Gráfico E.1.27.
Reducción de la pensión, según edad de retiro del 25% para primera vivienda



Elaboración: Comisión de Protección Social

La pérdida del objetivo previsional del SPP pone en cuestión la lógica del sistema, que podría generar demandas adicionales por utilizar los fondos de pensiones para otros fines, como el financiamiento de la educación o inclusive para el retiro de libre disponibilidad. Esta situación debe ser cambiada considerando que la finalidad del sistema de pensiones es brindar una pensión para lo cual se fijó una tasa de aporte del 10% del salario, la que resulta insuficiente para cubrir la multiplicidad de objetivos diferentes a las pensiones que la ley ha ido permitiendo.

E.1.2.8. La ausencia de información activa al ciudadano

Cuando en la sección anterior comentábamos el funcionamiento de los sistemas de pensiones contributivos, el del SPP y el del SNP, dejamos sin mencionar un elemento clave, sobre el cual se ha realizado poco análisis en el caso peruano y que creemos importante resaltar ahora: la educación y asesoría financiera. Desde la instauración del SPP a inicios de los años noventa se realizó un cambio sutil, pero fundamental: una proporción importante de la responsabilidad sobre los resultados de la pensión a obtener se trasladaba del Estado al ciudadano. Aquí, cabe señalar varios aspectos muy importantes.

Primero, a diferencia de los esquemas de reparto donde el objetivo de pensión estaba claramente establecido a través de una regla de contribuciones durante un período, en los esquemas de ahorro individual de contribución definida —como es el caso del modelo de las AFPs en Perú— la pensión no es conocida ex-ante y en contraste, depende de la continuidad en la contribución a lo largo de su carrera laboral, de la tasa de contribución obligatoria, de las rentabilidades obtenidas, del efecto que tengan las comisiones de administración y primas de seguro sobre su fondo y de las decisiones que tome sobre la selección del perfil de riesgo para la inversión de sus activos (la selección del multifondo). Todo lo anterior implica que, dependiendo de las variaciones de las rentabilidades en los mercados financieros, se pueden producir diferentes escenarios de pensiones. Prácticamente ningún afiliado puede realizar ese cálculo independientemente. Las cosas serían muy diferentes si el afiliado recibiera cada cierto tiempo una proyección de su pensión hecha a la medida para que pueda tomar una decisión mejor informada. Más aún, sería relevante que recibiera también asesoría activa responsable independiente (libre de conflictos de interés) que le permita mejorar su pensión. Pero eso no sucede al día de hoy, con lo que van ya más de 25 años en los que se le ha abandonado al afiliado en este sentido.

Sobre este punto, es importante señalar que las AFPs envían un reporte periódico a los afiliados que es muy útil pero que claramente es mejorable tanto en términos de simplicidad y de utilidad de la información (como incluir escenarios proyección de pensión, por ejemplo). Sin embargo, peor situación es la que viven los que contribuyen al sistema público, donde no existe un envío de información activa sobre los derechos acumulados que, por ejemplo, ayudaría con suficiente planificación a completar contribuciones, y no quedarse sin recibir pensión porque no han cumplido los 20 años de cotización.

Segundo, de la misma manera, el afiliado no recibe ningún tipo de asesoría ni información clave respecto al impacto que tiene el cobro de comisiones sobre su pensión. Este es un tema que ha demostrado ser muy sensible y que ha sido recogido activamente en el discurso político. Es entendible que las propias AFPs no tengan incentivos en dar información detallada sobre este punto que facilite al afiliado hacer comparaciones, y sobre todo indicarle al afiliado cuánto están impactando los cobros que le realizan sobre su pensión. Alguna institución o agente debería llenar este vacío.

Tercero, la situación empeora no sólo por la falta de conocimientos financieros¹³¹, sino también por las decisiones altamente complejas que el afiliado tiene que tomar. El caso quizá más destacable sobre este tema fue la decisión altamente compleja que tenía que tomar el afiliado respecto al tipo de comisión que quería que se le cobre (por saldo o por remuneración).

Todo esto trae como consecuencia que el afiliado experimente un gran desamparo, al estar desprovisto de información clave y de una asesoría activa e independiente para la toma de

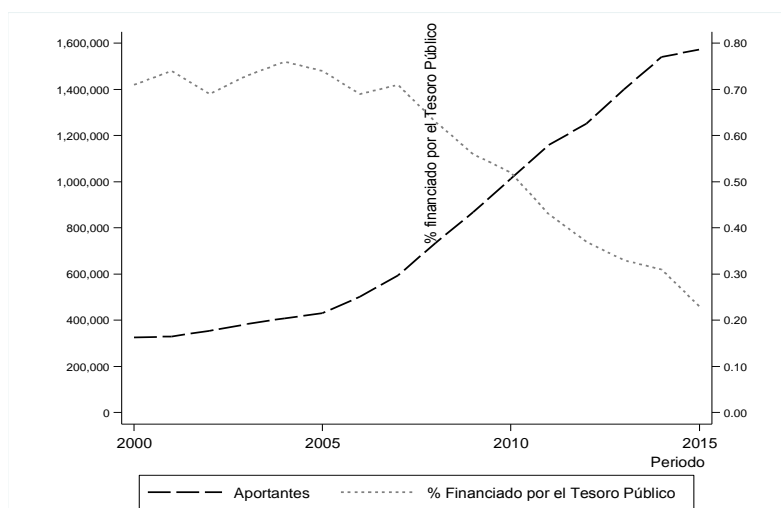
¹³¹ Ver al respecto Klapper, Lusardi y van Oudheusden (2014). En el Perú, el porcentaje de adultos que puede considerarse “letrado financiero” llega a 28%. Esta cifra es baja en comparación con la de Chile (41%), Colombia (32%) y México (32%), las cuales a su vez son bastante menores que las alcanzadas en países desarrollados, como por ejemplo Estados Unidos (57%) o Reino Unido (67%).

decisiones en relación al ingreso en su vejez. Y esto quizá, en gran medida, explique porque este sea fácilmente manipulable por el político de turno. En este sentido se deberían tomar las recomendaciones específicas que la OECD (2008) establece respecto a un acercamiento mucho más activo al afiliado, proveyéndole información y asesoría efectiva. En general, se requiere que alguna institución logre centralizar de manera efectiva esta función.

E.1.2.9 La sostenibilidad fiscal y el objetivo de reforma

En primer lugar, tenemos los problemas propios a los que se enfrenta un sistema de reparto producto del envejecimiento de la población. La tendencia hacia bajas tasas de natalidad junto con el aumento de la esperanza de vida genera problemas en la sostenibilidad fiscal de estos sistemas. Actualmente, el Perú goza de lo que es conocido como un “bono demográfico”. Esto se ve reflejado en la reducción del déficit del financiamiento, donde recursos del Tesoro Público son utilizados por la insuficiencia de los fondos de los mismos aportantes. El creciente ingreso de aportantes, junto con otros componentes económicos y legales, ha permitido reducir la brecha. En el año 2001, el financiamiento de las pensiones con recursos del Tesoro Público representaba el 74% de del pago total de pensiones, pasando a 23% en el 2015. Más aún, de mantenerse el comportamiento histórico observado, se estima que hacia el año 2018 los aportes van a ser suficientes como para financiar el pago de las pensiones. Sin embargo, este equilibrio no se mantendría en el largo plazo, pues se espera una reversión del ratio cuando muchos de los actuales afiliados se jubilen y la cantidad de aportantes no crezca al mismo ritmo. Así, a futuro, habrá una cantidad insuficiente de aportantes para financiar estas pensiones (ver **Gráfico E.1.28** y **Gráfico E.1.29**).

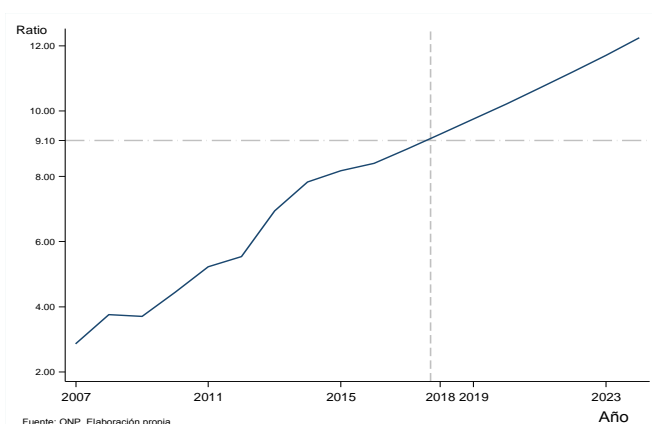
Gráfico E.1.28.
Aportantes versus el % del financiamiento de las pensiones cubierto con recursos del Tesoro Público



Fuente: ONP

Elaboración: Comisión de Protección Social

Gráfico E.1.29.
Proyección de mediano plazo: Fecha en alcanzar el ratio de equilibrio



Fuente: ONP

Elaboración: Comisión de Protección Social

En su lugar, encontramos un debilitamiento estructural del SNP producto de la convivencia con el SPP. Su introducción generó dos subsistemas segmentados con poca o nula interconexión y complementariedad. La creación del SPP debilitó aún más al sistema nacional en la medida en que se produjo una migración de las personas con mayores ingresos al sistema privado. Esto le quita recursos al sistema público e imposibilita la utilización del SNP como un medio para la redistribución de ingresos, lo que se acentúa en un contexto en el que el espacio fiscal se ha reducido debido a una menor recaudación y a la necesidad de que el gasto público lidere una postura expansiva dado el enfriamiento de la economía.

Adicionalmente, Pensión 65, que es considerado un programa social pero que debería ser considerado como parte del sistema de pensiones, tiene una presión al alza como lo señala el trabajo de Bernal (2017) previamente comentado: respecto al 2015 la presión fiscal por este programa se multiplicaría por más de 6 al 2050 (pasando en este período de 0.12% a 0.77% del PBI) y seguiría creciendo al 2075 (pasando a 1.65% del PBI).

Dicho esto, reiteramos que es crucial que la reforma del sistema previsional amplíe los alcances del sistema de pensiones a toda la población para poder reforzar el principio de seguridad social y establecer un nuevo Contrato Social en el que todos los peruanos gocen de una pensión una vez culminada su vida laboral. Para ello se requiere además de una mejora estructural en la recaudación, con el fin de sostener la mayor presión de gasto que esta reforma implicaría.

E.2. SALUD

El sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud de las personas (OMS, 2017d). Entender cómo funcionan y cómo se interrelacionan los diferentes agentes del sector, según su marco normativo, es fundamental para desarrollar una propuesta coherente de protección social en salud. En esta sección se presenta un diagnóstico resumido del sistema de salud peruano en base a su configuración y las funciones clave del sistema.

E.2.1. Configuración del sistema de salud: segmentado y fragmentado

Perú tiene un sistema de salud segmentado y fragmentado. La segmentación implica que varios subsistemas conviven dentro del sistema y cada uno tiene sus propios mecanismos de financiamiento, provisión y afiliación para grupos de población específicos, ya sea por su condición laboral, ingresos y pobreza; de esta manera, la segmentación se manifiesta tanto en la provisión como en el aseguramiento.

La fragmentación del sistema de provisión de servicios de salud se da debido a que cada subsistema funciona con mandatos específicos, sin ninguna articulación. Por ejemplo, los prestadores de EsSalud sólo atienden a afiliados de EsSalud; mientras que los prestadores públicos, aunque atienden a distintos grupos poblacionales, cobran tarifas que no cubren sus costos de operación (tarifas subsidiadas). No existe una red asistencial territorial, sino redes paralelas por subsistema que lleva a ineficiencias, duplicidad de infraestructura, competencia por el escaso recurso humano y altos costos de transacción. En suma, se forman redes de provisión de servicios que funcionan de manera aislada.


















La segmentación del aseguramiento, que no es ajena a la realidad de muchos países de América Latina, ha sido una limitante en el acceso de grupos poblacionales al aseguramiento que por sus características no encajan en los diferentes subsistemas.

Londoño y Frenk (1997) refieren que los sistemas de América Latina en sus procesos históricos han tendido a separar las funciones—el financiamiento y el aseguramiento de la prestación— y también a buscar la integración en sus sistemas para mejorar el acceso a los servicios de salud. Los autores caracterizan los modelos de salud de la región y desarrollan una propuesta con un modelo más integrado.

El **Gráfico E.2.1**, muestra el modelo segmentado a la izquierda y el modelo propuesto por los autores a la derecha. En los dos modelos, las filas representan las funciones clave, mientras que las columnas muestran los grupos sociales ordenados de menor a mayor capacidad de pago. Así, el modelo segmentado de la izquierda muestra que los grupos sociales acceden a su subsistema correspondiente, por ejemplo: la seguridad social asociada a trabajadores asalariados; el sector privado asociado a la capacidad de pago de los hogares; y el sector público para personas con poca capacidad de pago o pobres. El grupo sin subsistema (sin seguro) son personas con alguna capacidad de pago, que no clasifican como pobres, pero que tampoco tienen suficientes recursos para acceder al aseguramiento privado y que no son parte del grupo de trabajadores asalariados, como sucede en Perú. La segmentación se muestra como las flechas hacia abajo donde cada subsistema desarrolla todas las funciones, sin que éstas estén articuladas entre los subsistemas.

Por otro lado, a partir de esa aproximación de hace 20 años, que sigue estando vigente, los autores propusieron una integración de los sistemas de salud. Es decir, cada función debe regir para toda la población (ver lado derecho de el Gráfico). Por ejemplo, Ministerio de Salud (MINSA) debe asumir la regulación para todo el sistema (flecha horizontal), mientras que la seguridad social ampliada se hace cargo del financiamiento y se mantiene un pluralismo en la prestación de servicios de salud. Esta propuesta, de hace 20 años, busca el fortalecimiento de ciertas instituciones como el Ministerio de Salud en la regulación. También busca un sistema de financiamiento único que no excluya a ningún grupo poblacional. Finalmente, contempla la participación de una diversidad de tipos de prestadores de servicios de salud.

Gráfico E.2.1.
Comparación entre un modelo segmentado y uno de pluralismo estructurado

Modelo segmentado					Modelo propuesto					
Funciones	Grupos sociales				Funciones	Grupos sociales				Institución
	Capacidad de pago					Capacidad de pago				
										
	Pobres	Sin seguro	Seguro Social	Seguro Privado		Pobres	Sin seguro	Seguro Social	Seguro Privado	
Regulación					Regulación				Ministerio de Salud	
Financiamiento					Financiamiento				Seguridad social (ampliada)	
Prestación					Prestación				Pluralismo	
Institución	Ministerio de Salud		Seguridad social	Sector privado						

Fuente: Londoño y Frenk (1997)

Elaboración: Comisión de Protección Social

Las reformas en Perú han intentado seguir –aunque parcialmente– la tendencia expresada por los autores. Por un lado, con la creación del Seguro Integral de Salud (SIS) sigue la línea de buscar el aseguramiento universal, y de separar funciones dentro del sistema (aunque sólo normativamente). Se ha buscado también el mayor financiamiento para el sector, aunque persiste el subfinanciamiento para las coberturas ofrecidas. Sin embargo, el mismo SIS establece un subsistema para pobres, lo que segmenta el aseguramiento. Este aseguramiento bajo subsistemas separados y sin una provisión articulada en redes no ha permitido llegar al aseguramiento universal. En particular, ciertos grupos de la población se mantienen sin acceso a los subsistemas y por la tanto sin aseguramiento. La experiencia internacional reciente de Tailandia, Turquía, Corea del Sur entre otros, han enfrentado este problema con sistemas de aseguramiento único para toda la población con un plan básico.

Perú se encuentra en un momento crítico del avance en el aseguramiento y necesita redirigir los esfuerzos hacia la cobertura universal como el derecho ciudadano a la salud. Ello implica repensar la organización del sistema para una progresiva integración donde el ciudadano tenga acceso, pueda elegir y esté protegido, eliminando la demarcación entre subsistemas para el aseguramiento (pobres, formales, ingresos altos).

Ello permitirá optimizar los recursos disponibles, ganar sinergias de una estrategia de inversión única y no divorciada, así como evitar competir por los recursos humanos existentes.

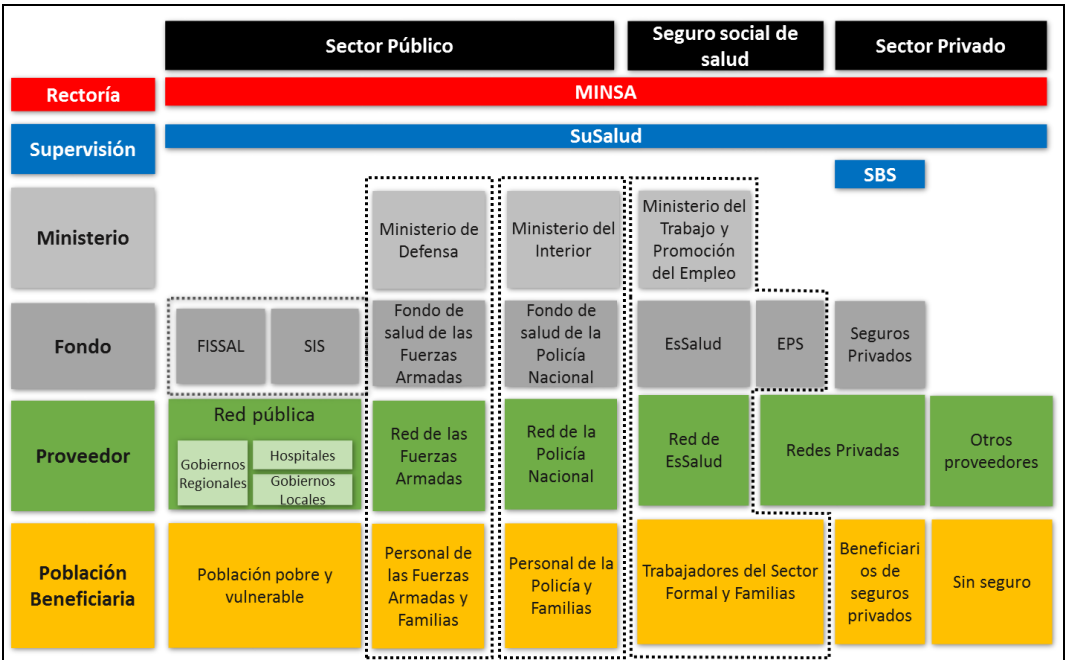
Consiguientemente, se logrará mejorar el acceso a los servicios, expandir la protección social a nuevos grupos poblacionales, mejorar el desempeño del sistema y la calidad de la atención.

E.2.1.1. Rectoría

Murray y Frenk (2000) refieren que la rectoría es la capacidad de organizar, implementar y monitorear las normas para todo el sistema de salud, garantizando un entorno equitativo para los distintos agentes del sistema (compradores, proveedores, y pacientes). Asimismo, estos autores establecen que la rectoría implica también definir las orientaciones estratégicas de todo el sistema de salud, diseñando, monitoreando y evaluando su desempeño, estableciendo prioridades, regulando y promoviendo la coordinación intersectorial. Robles Guerrero (2013), menciona que la rectoría involucra seis funciones: la conducción, la regulación y fiscalización, la modulación del financiamiento, la garantía del aseguramiento, las funciones esenciales de salud pública y la armonización de la provisión de los servicios.

El sistema de salud peruano (**Gráfico E.2.2**), se encuentra organizado bajo la rectoría y regulación del MINSA. Según la Ley Nº 27657 (Ley del Ministerio de Salud), el MINSA es el ente rector del sector salud. Por otro lado, la Ley Nº 26842 (Ley General de Salud, LGS), asigna al MINSA la dirección y gestión de la política nacional de salud, así como la supervisión de su cumplimiento de conformidad con la política general del gobierno. Esta ley establece que el gobierno es responsable de proveer los servicios de salud pública a toda la población y que la salud individual es una responsabilidad compartida por el individuo, la sociedad y el Estado.

Gráfico E.2.1.
Panorama general del sistema de salud en el Perú



Fuente: OCDE

Elaboración: Comisión de Protección Social

Respecto a las funciones específicas que implica la rectoría, dentro del sistema de salud peruano, la conducción sectorial, la regulación y fiscalización –las funciones esenciales de salud pública– son funciones exclusivas del MINSA, mientras que las otras (la modulación del financiamiento, la garantía del aseguramiento y la armonización de la provisión de los servicios) son compartidas con los Gobiernos Regionales (GORE) y Gobiernos Locales (GOLO) (Robles Guerrero, 2013). A continuación, se realiza una explicación sobre el ejercicio de cada una de las funciones dentro del sistema de salud peruano.

En su función de conducción, la rectoría del MINSA se encuentra fraccionada, ya que de manera funcional y administrativa el subsistema de las Fuerzas Armadas (FFAA) se encuentra bajo la responsabilidad del Ministerio de Defensa; el subsistema de la Policía Nacional del Perú (PNP), bajo el Ministerio del Interior; y el Seguro Social de Salud (EsSalud), bajo responsabilidad del Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo. Dada la alta fragmentación del sistema, la capacidad rectora del MINSA se ve reducida.

De las funciones exclusivas del MINSA, la regulación sanitaria y fiscalización, involucra a los mercados de seguros públicos y privados de salud, los mercados de insumos necesarios para la producción de servicios (productos farmacéuticos, equipos y recursos humanos, y tecnologías), así como la regulación de los bienes y servicios relacionados con la salud y el medio ambiente. Esta subfunción es ejercida por el MINSA a través de sus Direcciones correspondientes. Sin embargo, la reingeniería y fortalecimiento de estas funciones en el MINSA no ha sido abordada en las reformas. En ese sentido, se mantiene una regulación sanitaria débil.

La función de modulación del financiamiento¹³² del MINSA es absorbida por la Ley General de Presupuesto Público, al igual que ocurre en otros sectores. De esta manera, la determinación del financiamiento que el sector requiere trasciende al dominio del MINSA; lo mismo ocurre con la mancomunación de fondos.

Por último, la función esencial de salud pública, a pesar de que debería ser una función exclusiva del MINSA, dejó de serlo con el proceso de descentralización. En efecto, a partir de este proceso, los GORE tomaron la responsabilidad de monitorear, regular y fiscalizar en salud, así como en salud ambiental, ocupacional, materna-infantil y enfermedades crónicas. Esta mayor dispersión de la función de salud pública ha tenido algunas consecuencias desfavorables. De acuerdo a Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal y Espinosa-Henao (2016), la forma en que se ha llevado el proceso de descentralización ha generado el descuido de temas clave de salud pública por parte de ciertos GORE lo que ha llevado a emergencias sanitarias. Con esta preocupación, el MINSA, mediante el D.L. Nº 1161, creó el Viceministerio de Salud Pública. Con la Ley Nº 30423 se empezó a fortalecer su autoridad rectora pues recuperó la capacidad de intervenir en las regiones en situaciones de riesgo para la vida y la salud pública, sin necesidad de esperar emergencias (MINSA, 20 de abril de 2016). Este ha sido un primer paso; aún está pendiente el desarrollo de capacidades en las regiones y la coordinación de las intervenciones.

La separación de funciones desde la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) estableció la rectoría como función exclusiva del MINSA, con el fin de ordenar el sistema. También estableció las funciones específicas para las Instituciones Administradoras de Fondos

¹³² Entendida de acuerdo a Robles Guerrero (2013), como “la capacidad y responsabilidad de la Autoridad de Salud para definir prioridades para asignar los recursos financieros necesarios para la atención de la población con equidad, respondiendo a las prioridades sanitarias, garantizando y vigilando la complementariedad de los recursos de diferentes fuentes”.

de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)¹³³. Las IAFAS deben dar cobertura sanitaria a sus afiliados, captar y administrar los aportes de los asegurados, organizar la compra de servicios para el acceso de sus asegurados a los servicios de salud, desarrollar procedimientos para el libre acceso de los asegurados a las IPRESS, contar con procedimientos para controlar las prestaciones de salud en forma eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las IPRESS según las condiciones pactadas, entre otros. Por su parte, las funciones específicas de las IPRESS consistieron en brindar servicios según su nivel de resolución y su capacidad de gozar de autonomía administrativa, vender servicios a las IAFAS e intercambiar servicios entre sí (compra-venta).

Asimismo, se creó la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD¹³⁴) que ejerce la función de supervisión tanto de las IAFAS como de las IPRESS. Su finalidad se definió para resguardar y garantizar el derecho al acceso pleno y progresivo de las personas al aseguramiento.

A pesar de los esfuerzos para la separación de funciones, el proceso ha enfrentado dificultades y se ha ralentizado en los últimos años. Por ejemplo, en la reforma del año 2013 se creó el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) para separar la función de provisión del MINSA (PCM, 2013). Sin embargo, a través de la Ley N° 30526 del año 2016, se desarticuló el IGSS, devolviendo al MINSA la función de provisión. Esto implica que el MINSA está involucrado en decisiones ejecutivas en vez de mantenerse como rector decidiendo estratégicamente los cambios en la provisión en beneficio del sistema de salud (siguiendo a Murray y Frenk (2000)). En efecto, el MINSA como rector sectorial ha tenido poca injerencia en acelerar y proyectar la separación de funciones en los subsistemas. EsSalud por su lado no ha logrado desarrollar su función de IAFAS. Otros subsistemas como las FFAA y PNP han iniciado procesos de separación de funciones sin un propósito que los lleve a una mayor interacción de compra-venta en el sistema de salud; han permanecido aislados, solo con algunos beneficios.

De cara al sector privado, MINSA no ha logrado articular estrategias ni desarrollar una regulación preventiva y correctiva del comportamiento de este sector en el mercado de seguros y de prestación¹³⁵.

Con los GOREs, el MINSA no ha logrado la sinergia necesaria para un engranaje entre prioridades sanitarias, organización de la prestación atendiendo a la integración del sistema de provisión, con modelos de gestión que promuevan la transparencia, la rendición de cuentas y orientado a resultados. Por otro lado, con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) no ha logrado alianzas para el desarrollo de la función de financiamiento dentro del sistema de salud y, dentro de ésta, la función de compra a través del SIS. El MINSA y el MEF no han encontrado puntos de consenso para hacer viable al SIS como un seguro. Por ejemplo, existe una colisión operativa que generan los procedimientos, sistemas de soporte, pre-establecidos bajo el presupuesto público, que han sido el principal obstáculo para trascender a una discusión más estratégica sobre la importancia de la compra de servicios en salud. Por último, con otros sectores, como el MIDIS, MINSA ha perdido la posibilidad de definir los criterios de riesgo para

¹³³ IAFAS públicas, privadas y mixtas cuyo objetivo era la captación y gestión de fondos para los planes de aseguramiento en salud. IPRESS con el objetivo de proveer servicios de salud públicos, privados y mixtos con características de oportunidad y calidad

¹³⁴ Creada como Superintendencia Nacional de Aseguramiento, en el año 2013 pasó a llamarse SUSALUD al ampliar sus funciones.

¹³⁵ Con la integración vertical, por ejemplo, para evitar que se generen incentivos en desmedro de la calidad de atención, el incremento del gasto de bolsillo en los asegurados, entre otros.

salud en el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) y ha cedido por omisión un espacio de trabajo con comunidades y municipios en salud.

En suma, el MINSA comparte la función rectora con varias otras instituciones (Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, el Ministerio de Defensa y el Ministerio del Interior), lo cual debilita su rol rector. A nivel regional su rectoría se ve debilitada por las funciones que comparte con los GOREs. A ello se suman otros factores que aportan a la debilidad en la rectoría: “[...] la segmentación del sistema, la presión de los grupos de interés dentro y fuera del Estado, la enorme influencia de las agencias internacionales, la descentralización aún en proceso y la escasa formación tecnopolítica del funcionariado público en salud” (Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal, y Espinosa-Henao, 2016).

La debilidad en la rectoría genera que las instancias y mecanismos de gobernanza sean débiles, tal es el caso del Consejo Nacional de Salud (CNS) –que tiene poco reconocimiento y legitimidad, así como poco alcance dados sus acuerdos no vinculantes– y la Comisión Intergubernamental en Salud (CIGS) –que en vez de deliberar sobre la política de salud, funciona como ente de ajuste burocrático (Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal, y Espinosa-Henao, 2016). Por último, la debilidad en la rectoría genera que el MINSA, a pesar de encontrarse en un nivel de igualdad teórica con diversas entidades estatales como el MEF, en la práctica tenga una relación de inferioridad con estas.

E.2.1.2. Supervisión

SUSALUD protege los derechos en salud de la población, ejerce competencias para registrar, autorizar, supervisar y sancionar a las IAFAS e IPRESS públicas, privadas y mixtas del sistema. Tiene un rol importante en el ordenamiento de la provisión mediante el registro, la categorización –en coordinación con los GORE– y la acreditación de establecimientos de salud. El rol sancionador de SUSALUD se encuentra compartido con la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) y hasta el año 2015 con el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi). Así, la SBS supervisa a las IAFAS privadas en el manejo de sus fondos y el contenido de los contratos; mientras que SUSALUD supervisa el cumplimiento de los contratos con los ciudadanos y las IPRESS. Indecopi y SUSALUD compartían las reclamaciones de salud hasta el año 2015; ahora es sólo competencia de SUSALUD. Con ello, SUSALUD ha logrado concretar la consolidación de sus competencias para el sector.

Por otro lado, la función de protección de derechos en salud de la población es compartida con la Defensoría del Pueblo, la cual elabora informes en temas sensibles en la población como: el SIS, enfermedades de alto costo, cobros en los servicios de salud, el AUS, el acceso a medicamentos e informes sobre mujeres, discapacidad, pueblos indígenas. También “supervisa establecimientos de salud e interviene de oficio ante la queja de algún ciudadano” (Defensoría del Pueblo, 2007). La Contraloría de la República, desde el año 2012, inició operativos de salud y veedurías a hospitales de EsSalud, MINSA y FFAA con el propósito de verificar condiciones de los establecimientos, abastecimiento de vacunas y medicamentos, y cumplimiento de normas técnicas. Esta acción es asumida como operativos en cumplimiento de su rol preventivo y como parte de sus acciones de control en el cumplimiento de normas técnicas.

Los roles asignados a SUSALUD con la Ley AUS buscaron concentrar la función de supervisión, pero se encontró con diversas instituciones que ya venían asumiendo parte de sus funciones

con perspectivas diferentes. El proceso de redireccionamiento de la supervisión hacia SUSALUD después del acuerdo con Indecopi no ha continuado con otras instituciones para delimitar responsabilidades, desarrollar alianzas estratégicas y simplificar procesos. En la **Tabla E.2.1** se resumen las entidades que participan dentro de la función de supervisión: existen muchos actores involucrados, lo cual fracciona la función de supervisión y debilita el rol de SUSALUD.

Tabla E.2.1.
Entidades que participan de la función de supervisión

Organismo	Función
SUSALUD	Protege derechos en salud de la población, autoriza, fiscaliza y sanciona IAFAS e IPRESS públicas, privadas y mixtas. Recibe reclamos de salud de IAFAS públicas e IPRESS. Sistematiza información del sector y establece estándares de calidad.
SBS	Rol sancionador en el manejo de fondos y contenido de contratos de IAFAS privadas.
INDECOPI	Recibía reclamos de salud de las IAFAS públicas e IPRESS hasta el 2015.
Defensoría del Pueblo	Rol de protección de derechos en general (incluyendo derechos en salud), interviene ante la queja ciudadana.
Contraloría de la República	Realiza fiscalizaciones de transparencia y operativos preventivos en el sector público en general y, en el caso de salud, interviene a hospitales de EsSalud, MINSA y FFAA desde el 2012.
Gobiernos Regionales	Gestión y supervisión de sus proveedores de salud, manejo de contratos y registro de centros de salud.
OSCE	Vigila los procesos de contrataciones y adquisiciones del sector público, incluyendo las compras de medicamentos, insumos y equipos de las IPRESS e IAFAS.

Elaboración: Comisión de Protección Social

A pesar de lo anterior, la separación de funciones de rectoría y supervisión a través de la creación de SUSALUD ha traído mejoras en el sistema de salud: ha permitido al MINSA tomar distancia frente a las IPRESS y fortalecer su posición rectora en ese aspecto. Además, se ha podido consolidar información sobre las IAFAS, IPRESS y la población ha tenido acceso a espacios para el ejercicio de su derecho a la salud y el aseguramiento.

E.2.1.3. Financiamiento

A pesar de la tendencia creciente de los últimos años, el financiamiento para salud ha sido históricamente bajo no solo en el contexto mundial, sino incluso regional.

El gasto per cápita de salud en el Perú fue US\$ 359 en 2014, representando en el agregado 5.5% del producto bruto interno (PBI), como se observa en el **Gráfico E.2.E.2.3**. El gasto per cápita (en dólares corrientes) se ha multiplicado por 3.6 en los últimos veinte años, aunque sigue representando alrededor de 50% de la media del gasto realizado en Chile, Colombia y México (**Gráfico E.2.4**). Por su parte, si bien la participación con relación al PBI ha crecido

respecto al 4.5% del PBI alcanzado en 1995, permanece entre los menores de América Latina, superando sólo a Venezuela, Argentina y República Dominicana.

Como se puede observar en los Gráficos 3 y 4, el gasto total en salud es el más bajo comparado con Chile, Colombia, Uruguay y México y lo mismo sucede con el gasto per cápita en salud.

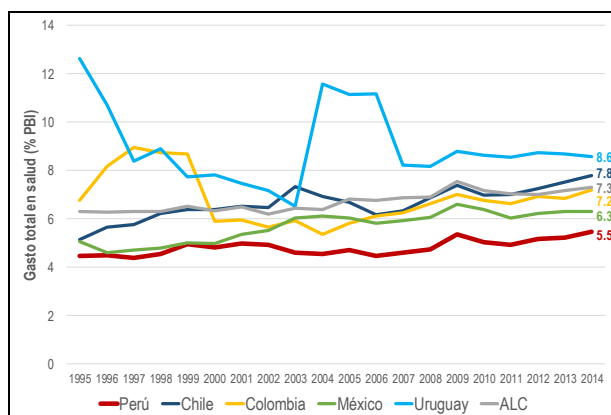
En el **Gráfico E.2.5** se observa que el esfuerzo en el financiamiento público (que incluye el gasto del subsector público y del subsector de EsSalud que se comportan como compartimentos estancos), si bien tendió a aumentar en el último quinquenio (2009-2014), resulta limitado para la envergadura de las reformas y no ha sido sostenido. Con información para el año 2014, el gasto público en salud alcanzó 3.3% del PBI (similar al de México o ligeramente inferior al de Chile, pero menor al 5.2% observado en Colombia), ubicándose –a pesar de la mejora reciente– por debajo de los niveles registrados en algunos países con menores ingresos per cápita, como Bolivia, Ecuador o El Salvador.

Al cierre del año 2016, los gastos de la función salud fueron S/ 14 822 millones (tras haber sido S/ 13 249 millones en 2014 y S/ 14 459 millones en 2015), correspondiendo un poco más de 2% de este monto al ejecutado por sanidad de las FFAA y PNP. En términos relativos frente al PBI, el gasto en salud realizado por el subsector público fue de 2.3%, 2.4% y 2.0% en 2014, 2015 y 2016, respectivamente. Por su parte, el realizado por EsSalud se mantuvo estable en 1.5% del PBI durante los mismos años.

Es decir, la persistencia del limitado gasto del subsector público per cápita y como porcentaje del PBI demanda que cualquier reforma de protección social en salud debe incluir un aumento presupuestario: Perú está atrasado en relación al requerimiento financiero necesario para lograr una cobertura adecuada de servicios de salud.

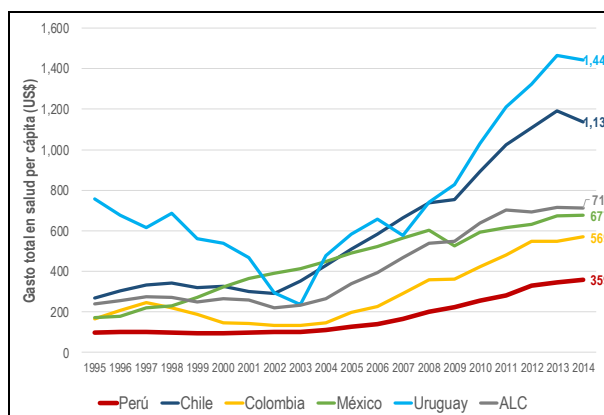
Países de la región que han emprendido reformas con miras a la cobertura universal de su población, como es el caso de Colombia y Uruguay, las han acompañado con esfuerzos importantes en el financiamiento público, de manera sostenida. Perú en cambio, a pesar de que inició reformas importantes –como el aseguramiento universal en el año 2009 y la reforma del 2013 para consolidar el aseguramiento e integrar el sistema– no tuvo el soporte financiero que estas reformas requerían.

Gráfico E.2.2.
Gasto total en salud en países seleccionados,
1995-2014
(% del PBI)



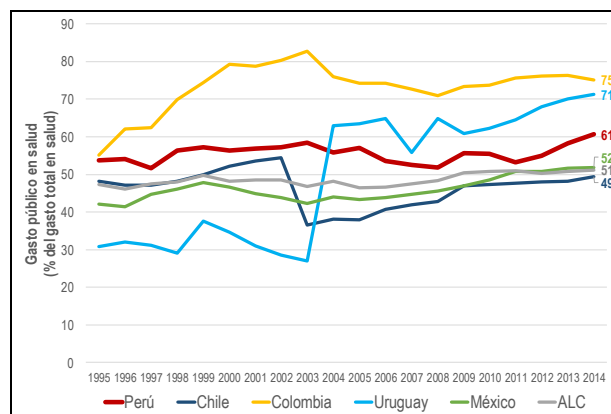
Fuente: Banco Mundial (2017a)
Elaboración: Comisión de Protección Social

Gráfico E.2.3.
Gasto total en salud en países seleccionados,
1995-2014
(USD per cápita)



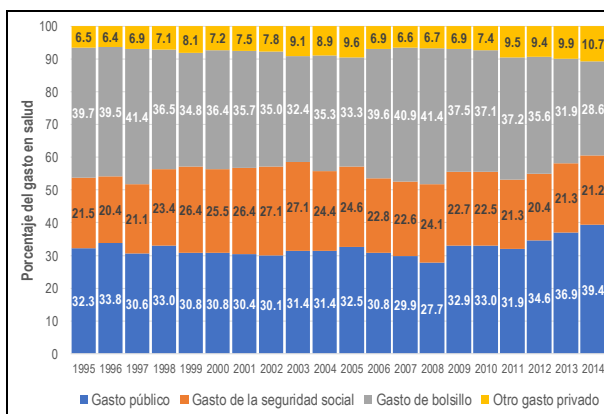
Fuente: Banco Mundial (2017a)
Elaboración: Comisión de Protección Social

Gráfico E.2.4.
Gasto público en salud en países seleccionados,
1995-2014
(% del gasto total en salud)



Fuente: Banco Mundial (2017a)
Elaboración: Comisión de Protección Social

Gráfico E.2.5.
Distribución del gasto total en salud en Perú,
1995-2014
(% del gasto total en salud)



Fuente: OMS (2017c)
Elaboración: Comisión de Protección Social

Con la reforma del año 2013, se planteó movilizar recursos para el sector de manera eficiente y lograr que el financiamiento público (incluyendo el aporte a la seguridad social) llegue a representar el 80% del financiamiento en salud y –en contraposición– que el gasto de bolsillo¹³⁶ no sobrepase el 15 a 20% del financiamiento total (CNS, 2013). Esta meta de

¹³⁶ El gasto de bolsillo en salud se refiere al pago que realizan las personas al recibir el servicio de salud, neto de cualquier reembolso que reciba de algún seguro. Por ejemplo, el pago por medicamentos en farmacia, el pago total o copago de una consulta médica, y el deducible para intervenciones quirúrgicas son gasto de bolsillo. Es considerado como la forma más inequitativa e ineficiente de financiar la salud. Es inequitativa e ineficiente porque depende de la capacidad de pago de las personas y no de las necesidades médicas que tengan.

financiamiento se afirma en la evidencia empírica de OMS (2010), que concluye que si los gastos de bolsillo se encuentran por debajo del 20% “la incidencia de la catástrofe financiera y el empobrecimiento desciende hasta niveles insignificantes”. Por ello, la ampliación del espacio fiscal para el financiamiento en salud fue uno de los principales retos de dicha reforma.

Sin embargo, el financiamiento para la salud no solo es insuficiente en comparación con lo que plantea la OMS para lograr cobertura universal ni en comparación con los países de la región. Es insuficiente porque la brecha de oferta y demanda tiene un rezago importante y para cerrarla habría que acelerar el ritmo de inversión. Es insuficiente porque el alto gasto de bolsillo en salud de los hogares mantiene en un nivel de vulnerabilidad a las familias que van saliendo de pobreza y profundiza las condiciones de los ya pobres.

OPS (2015), realizó un estudio para Latinoamérica y refiere que en el año 2010 la región tenía un promedio de ingresos del gobierno como porcentaje del PBI muy bajo, pues los países de la OCDE lo superaban en 15 puntos del PBI. Los bajos ingresos se debían a una combinación de varios aspectos, a decir, los elevados niveles de informalidad, baja recaudación y estructura tributaria regresiva comparada con países de mayor riqueza y desarrollo, donde los impuestos directos representan el 39% de la recaudación total, mientras que en Latinoamérica sólo 29.5%. De igual modo, los impuestos específicos sobre el consumo en Latinoamérica, como al tabaco y alcohol, tienen tasas muy por debajo de los países de la OCDE. El estudio plantea que existen perspectivas de creación de espacio fiscal para avanzar hacia la salud universal realizando cambios en la estructura tributaria y la formalización de la economía.

El financiamiento tiene tres componentes: la recaudación, la mancomunación y la compra de servicios. La función de recaudación se realiza para todo el sector público, incluida la función salud.

E.2.1.3.1. Recaudación

El componente de recaudación se refiere al mecanismo para recolectar los recursos para financiar el sistema. Generalmente, el subsistema público recauda vía impuestos, la seguridad social lo hace vía contribuciones en base a los sueldos de trabajadores formales asalariados (contribuciones sociales), mientras que el sector privado lo hace vía el cobro de primas.

En el caso de los recursos recaudados para el subsector público de salud, en el año 2016, estos representan el 9.7% del presupuesto público y se asignan al sector a través de los Programas Presupuestales¹³⁷ (PP) en 43.6%, 40% en presupuesto histórico y 16.4% en acciones centrales. El presupuesto que se asigna para los PP¹³⁸ en salud le da

¹³⁷ “La Dirección General de Presupuesto Público (DGPP) del MEF viene implementando desde el año 2008, de manera progresiva y con la participación de las entidades del Estado (pliegos y/o sectores), los Programas Presupuestales, definidos como la categoría que constituye un instrumento del Presupuesto por Resultados, y que es una unidad de programación de las acciones de las entidades públicas, las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos para lograr un resultado específico en la población y así contribuir al logro de un resultado final asociado a un objetivo de política pública.” (MEF, 2017a).

¹³⁸ El MINSA cuenta con nueve Programas Presupuestales: (i) 0001: Programa Articulado Nutricional; (ii) 0002: Salud materno neonatal; (iii) 0016: TBC-VIH/SIDA; (iv) 0017: Enfermedades metaxénicas y zoonosis; (v) 0018: Enfermedades no transmisibles; (vi) 0024: Prevención y control del cáncer; (vii) 0068: Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres; (viii) 0104: Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas; (ix) 0129: Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad; y (x) 0131: Control y prevención en salud mental.

prioridad al financiamiento del Programa Articulado Nutricional y el Programa Salud Materno Neonatal los que concentran el 54.4% del financiamiento. El presupuesto de salud se distribuye en 64% en el nivel central, 35% en el nivel regional y 1% en gobiernos locales. El SIS tiene un presupuesto de S/ 1516 millones en el año 2016 y depende totalmente de los recursos públicos.

EsSalud basa su financiamiento en la recaudación que se realiza vía las contribuciones de las empresas para el aseguramiento en salud de los trabajadores equivalente al 9% sobre la remuneración. La recaudación tiene varios esquemas de aporte según tipo de actividad –régimen regular, agrario y potestativo. La distribución de aportes se encuentra concentrada en el seguro regular: 94.3%; 5.2% en el seguro agrario y 0.5% en el seguro potestativo (EsSalud, junio de 2015). El presupuesto de EsSalud del año 2016 fue de S/ 10 021 millones y de estos 44.9% se destinó al gasto en personal y 7.7% a medicamentos.

Los seguros privados se financian vía la recaudación de pagos de primas ajustadas por riesgo. La combinación de las primas y la utilización de pagos de deducibles y co-pagos al momento de la utilización de los servicios de salud hacen que los aseguradores privados sean autosostenibles.

E.2.1.3.2. Mancomunación

La mancomunación de fondos es el componente del financiamiento que busca una redistribución eficiente de recursos dentro del sistema y a la población tomando en cuenta los diferentes riesgos que enfrenta la población según su condición social, su ciclo de vida y su estado de salud. La mancomunación está asociada al ofrecimiento de un plan de beneficios a financiar.

En Perú, la segmentación del sistema se da de tal manera que algunos de los subsistemas cuentan con fondos para su población objetivo, y otros se financian con presupuestos que se asignan a los grupos de población según condición laboral y nivel de ingreso.

La fragmentación del financiamiento afecta de manera negativa el aprovechamiento de los recursos escasos, genera subsidios cruzados no deseados y limita el acceso a los asegurados. Por ejemplo, se genera un subsidio cruzado cuando un asegurado de EsSalud es atendido en la red de servicios pública y el establecimiento de salud que lo atiende no le cobra a EsSalud por su atención. Generalmente, es el paciente el que efectúa un pago directo por su atención en vista de que no existe el mecanismo para reconocerlas. Sin embargo, el cobro al paciente o a EsSalud normalmente está subvaluado (porque la oferta pública está subsidiada y sus tarifas no reflejan los costos). Aquello que se deja de cobrar es lo que produce que el subsistema público subsidie al subsistema de EsSalud. El Banco Mundial (2016), por ejemplo, estima que existe un subsidio escondido desde el sistema público a EsSalud de S/ 847 millones.

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) aprobado el 2010 (MINSA, 2009a), que cubre el 65% de la carga de enfermedad de toda la población e incluye garantías

Cabe resaltar que el Programa Presupuestal 068: Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres es de carácter multisectorial, ya que es competencia de los sectores: salud, agricultura, educación, vivienda, ambiente, minería-pesca, Ministerio de Defensa y Ministerio del Interior (Oficina General de Planeamiento, 2016).

explícitas para la atención materna infantil, no se ha aplicado como el plan sobre el cual se establece la mancomunación para el sistema. No se ha afianzado como el plan de beneficios porque su aceptación implica implantar una lógica de financiamiento basado en un precio por cantidad. Es decir, una prima definida para el plan de beneficios que se debería de determinar en función del costo esperado del plan multiplicado por las personas cubiertas. Este es un desafío que no se ha asimilado en el país para financiar la salud¹³⁹.

Por otro lado, falta convertir la arquitectura del PEAS para hacerla compatible con el lenguaje de aseguramiento del mercado de seguros público y privado. Retomar el PEAS para el sistema es quizás la tarea más urgente; pues dejarlo en una aceptación silenciosa ha sido una forma de negarlo. Cada IAFAS ha seguido ofreciendo sus planes hacia coberturas cada vez mayores, aunque no se conoce de estudios que comparen la cobertura de dichos planes con el PEAS.

La aceptación de un plan de beneficios necesariamente comprometerá al desarrollo de mecanismos de pago que lo hagan viable. Ello implica desarrollar no solo la capacidad de compra de las IAFAS públicas sino adecuar los flujos de financiamiento para que los incentivos financieros en los prestadores sean claros y explícitos, como también los riesgos que éste manejo implica.

En el caso de EsSalud, cuenta con recursos para la atención de sus asegurados en su propia red de servicios (ver ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.). Su presupuesto anual es aprobado por el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE). No tiene separada la función de financiamiento de la de prestación, por lo que los recursos se destinan directamente al financiamiento de su red de atención bajo la forma de presupuestos históricos. En el año 2016, EsSalud tuvo un presupuesto de S/ 10 021 millones, de los cuales 36.7% se dedicó a la parte administrativa, según datos institucionales (EsSalud, 2016). El gasto promedio anual por asegurado en EsSalud llegó a S/ 573. Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) (en el mercado existen cuatro), que funcionan como operadores de la capa simple¹⁴⁰ para EsSalud, se financian con el 2.25% del aporte de las contribuciones (y el remanente 6.75% de la remuneración del trabajador se sigue destinando a EsSalud para financiar la capa completa). La afiliación es corporativa y voluntaria. Además, los trabajadores pagan primas entre S/ 158 y S/ 166, como la inclusión de atención para sus familiares dependientes (SUSALUD, 2016), lo que implica que el aporte para el aseguramiento en salud esté en promedio entre 11 y 12% del salario (9% pagado por el empleador y 2-3% por el trabajador). EsSalud cuenta con un Fondo de Contingencia (que tiene la función de reserva técnica) para emergencias; sin embargo, no es un fondo de aseguramiento.

¹³⁹ Los argumentos operativos en su contra han podido más que la necesidad de contar con un plan de beneficios. Estos argumentos en contra -desde el sector público como del sector privado- son de naturaleza variada.

¹⁴⁰ Con la implementación del PEAS, esa división se perdió.

Recuadro E.2.1.

La relación entre la seguridad social en salud, las distorsiones en el mercado de trabajo y la informalidad

La seguridad social en salud, que en el Perú es EsSalud, es un sistema que se basa en la condición laboral de las personas. En particular, es un sistema para los trabajadores formales asalariados que se financia mediante contribuciones en base a los sueldos para recibir cobertura de servicios de salud. Conceptualmente, debería existir una relación entre la contribución y los beneficios asociados a dicha contribución (servicios de salud). Cuando esta asociación es efectiva, las personas valoran los trabajos formales por sobre los trabajos sin dicha cobertura (informales o independientes). En la medida que los afiliados no valoren los beneficios, la contribución pasa a ser percibida como un impuesto al trabajo formal. Así, la contribución a EsSalud puede ser un desincentivo a la formalización.

La valoración que se le da a EsSalud depende de la capacidad de EsSalud de dar una cobertura de servicios efectiva a sus afiliados. Un acceso limitado a los servicios, largas esperas para recibir la atención, y otros problemas asociados al acceso a los servicios, llevan a los afiliados a buscar atención fuera del sistema de seguridad social, lo que se interpreta como una señal de que las personas no valoran los beneficios (porque, en definitiva, no los reciben).

Por otro lado, si el Estado ofrece un seguro público, como el SIS, al cual las personas pueden acceder sin tener un trabajo formal, el cual brinda alguna cobertura, entonces surge un desincentivo adicional a buscar trabajos formales. La toma de decisiones de la persona que busca trabajo (la oferta de trabajo) incluirá, entre varios factores, la evaluación del diferencial entre la informalidad con un seguro público y la formalidad con un seguro social con beneficios similares.

En suma, el trabajo formal tiene un sobre costo por las contribuciones a EsSalud, cuya valoración puede estar afectada negativamente por problemas en el acceso y calidad del servicio. El trabajo informal tiene un beneficio neto en un seguro público gratuito que ofrece acceso a servicios de salud. Así, la oferta de trabajo (trabajadores) podrían estar dispuestos a mantenerse en la informalidad cuando tienen acceso al seguro público. Por ejemplo, Aterido, Hallward-Driemeier y Pagés (2011) estudiaron el impacto de la creación del Seguro Popular en México y encontraron que éste redujo el trabajo formal en 0.4-0.7 puntos porcentuales debido a una reducción de 3.1 puntos porcentuales en la tasa de ingreso a trabajos formales.

Elaboración: Comisión de Protección Social

El SIS financia parcialmente el costo de las prestaciones de salud de la población pobre y vulnerable del país, trabajadores informales y micro-empresas. El rol del SIS es financiar sólo los medicamentos e insumos que demanda la atención de sus asegurados y cubrir algunos gastos de gestión del prestador relacionados con los asegurados del SIS. El financiamiento para estos grupos lo asigna el MEF al SIS según las reglas presupuestarias del sector público bajo dos esquemas: de PP del Sistema de Presupuesto por Resultados (PpR) y presupuesto histórico para el régimen subsidiado.

Los fondos que se asignan bajo el esquema de PpR se destinan principalmente para financiar las atenciones que brinda el primer nivel de atención bajo diversos PP. Su uso trae una serie de problemas en el sector salud que impide el cumplimiento de los fines originales de los PP: asignar el presupuesto basándose en el cumplimiento de productos medibles. Esto se produce desde el diseño de los PP, en el que principalmente se plantean indicadores de alcance (por ejemplo, cantidad de pruebas

de diagnóstico realizadas), más no de impacto (tales como las tasas de incidencia de condiciones médicas). Asimismo, a pesar de que los indicadores están planteados, muchas veces no existe forma de medirlos adecuadamente, como en el PP0131: Control y prevención en salud mental. Estos problemas en el diseño e implementación de los PP en el sector salud, generan que no sea posible cumplir los fines originales de los mismos y que en la práctica actúen como un elemento que fragmenta el presupuesto de salud y dificulta la planificación del sector.

Por otro lado, los fondos que se asignan bajo presupuesto histórico financian principalmente las atenciones en los hospitales e institutos especializados, aunque esa separación no es definitiva. No obstante, el SIS no recibe el valor correspondiente al costo variable esperado del PEAS (equivalente a una prima por dichos costos variables) como parte del cálculo de su financiamiento. En realidad, su presupuesto está muy por debajo de éste, e inclusive no toma en cuenta las otras coberturas que el SIS ofrece.

Por su parte, el régimen semicontributivo se financia al 50% con recursos públicos sobre la base de una prima estimada (en teoría); sin embargo, como ya se ha mencionado, el presupuesto asignado no se basa en la estimación de un plan de beneficio que por ley debe ser el PEAS. El SIS realiza el pago por las prestaciones de salud otorgadas a sus asegurados a las Unidades Ejecutoras (hospitales y redes de servicios). Bajo este esquema, el SIS tampoco tiene un fondo de aseguramiento.

El Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), fue creado en el año 2002 como persona jurídica de derecho privado adscrita al MINSA para favorecer a población sin acceso a salud. El año 2009, con la Ley AUS, se definió un listado de enfermedades de alto costo que debían ser financiadas por el FISSAL. Desde el año 2011, mediante Ley Nº 29761, ley de financiamiento público de los regímenes subsidiado y semicontributivo del AUS, el FISSAL pasó a estar bajo la organización del SIS para el financiamiento de enfermedades de alto costo, raras y huérfanas. El FISSAL tuvo en el año 2016 un presupuesto ejecutado de S/ 163.7 millones. No cuenta con un fondo para la mancomunación de riesgos en salud de enfermedades de alto costo. Su asignación financia casos de asegurados al régimen subsidiado del SIS con una asignación de recursos basada en el presupuesto histórico, perdiendo de esta manera su potencial transformación en un fondo nacional solidario para enfermedades de alto costo para todo el sistema de salud.

Las FFAA –que incluyen a la Fuerza Naval, Aviación y Ejército– y la PNP cuentan con un fondo de salud que reciben del Estado y que representa el 6% de la remuneración consolidada, pensión o propina según corresponda, además de aportes de los afiliados por sus derechohabientes, donaciones y utilidades de sus colocaciones, entre otros. Por el escaso número de personas afiliadas no hay una buena distribución de riesgo.

El sector privado gestiona sus primas ajustadas por riesgos. Los riesgos se administran para el grupo de población afiliada. En el mercado existen siete empresas aseguradoras, que cuentan con sus propios fondos cada una. Existe además una modalidad de aseguramiento diseñada por IPRESS privadas “pre-pagas” (dieciocho) para la adscripción de población a sus clínicas y establecimientos de atención mediante el pago de “primas” que cubren la atención de enfermedades específicas a cambio de las cuales las personas adscritas obtienen descuentos por determinadas prestaciones. Estas pre-pagas no cuentan con fondos de aseguramiento para el manejo de riesgos y no tienen supervisión financiera. El sector privado de seguros tiene el 1.5% del total de asegurados, pero concentra recursos financieros de S/ 1366 millones. Los asegurados están sujetos a copagos, deducibles, y techos de financiamiento. La regulación del

Estado es escasa, tanto sobre su conducta en el mercado como en la transparencia requerida.

A continuación, en la **Tabla E.2.2**, se resumen las características que presenta el financiamiento en el sistema.

Tabla E.2.2.
Características principales de los fondos y presupuestos

	SIS	EsSalud	EPS	FFAA y PNP	Seguros privados	Sistemas prepagos
Organización	Estatal	Estatal	Privada	Estatal	Privada	Privada
Público objetivo	Población pobre y vulnerable. Trabajadores informales	Trabajadores de todas las empresas formales	Trabajadores de todas las empresas formales	Militares y policías	Todo aquel que pueda pagar una prima	Todo aquel que pueda pagar una prima
Asegurados (2016)	46.3%	24.4%	5.1%			
Presupuesto anual 2016	S/ 1516 MM (presupuesto institucional modificado 2016) 192.9 MM FISSAL 2016	S/ 10 021 MM (ingresos 2016)	S/ 2149.2 MM (ingresos 2015)	S/ 673.7 MM (presupuesto institucional modificado de la Función Salud)	S/ 1565 MM (ingresos 2016)	S/ 109 MM (IV Trim. 2015)
Número de instituciones	2 (SIS, FISSAL)	1	4	4 (Ejército, Aviación, Naval y Policía)	7	18 (1 en oncología, el resto es general)
Cobertura de servicios	PEAS explícito	PEAS implícito		PEAS implícito		
	SIS: Amplia casi universal FISSAL: catastróficas (5 tipos de cáncer, insuficiencia renal, trasplante de hígado, médula, riñón)	Universal	Capa simple. Otras atenciones mediante una extraprima. No cubre preexistencias	Amplia para los titulares. Limitada para los familiares. No cubre preexistencias	Limitada según planes. No cubre preexistencias	Amplia. No cubre preexistencias
Fuentes de financiamiento	Tesoro Público Aporte mensual de asegurados al régimen semicontributivo	Regulares: 9% de la remuneración (empleador). Pensionistas: 4% de la pensión. Otros aportes (trabajos de riesgo, agrario, accidentes de trabajo, etc.) Ingresos por venta de servicios	2.25% de la remuneración (empleador) Complementario para trabajos de riesgo Potestativos Aportes de Extraprima	Regulares aportadas por el empleador (6% de las remuneraciones) Aporte obligatorio por familiares	Prima individual o grupal	Aporte mensual individual
Copagos y deducibles	Ninguno	Ninguno	Sí	Copagos para medicamentos	Sí	Tarifas con descuentos

Fuente: EsSalud (2017); FOSPEME (2017); IAFASFAP (2017); INEI (2017a); SaludPol (2017); SBS (2017); SIS (2017); SUSALUD (2017b).

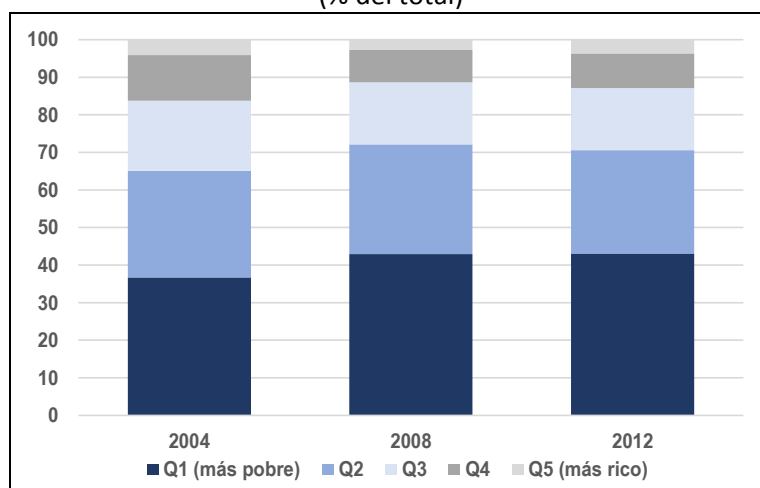
Elaboración: Comisión de Protección Social

E.2.1.3.3. Compra de servicios – aseguramiento

Los seguros actúan como intermediarios en un mercado de salud complejo, con problemas de asimetría de información, riesgos diversos, incertidumbre, entre otros, para los asegurados y los proveedores. El aseguramiento, sin embargo, no ha seguido un esquema explícito de compra de servicios.

El SIS, por ejemplo, es el principal asegurador del sistema de salud. Según datos institucionales del SIS 51.1% de la población está en el SIS; según INEI (2017a), el 46.3% de la población, y sólo un 1.5% del total de sus asegurados se encuentra en el régimen semicontributivo. Como se observa en el Gráfico E.2.6, alrededor del 70% del total son beneficiarios pertenecientes a los dos quintiles más bajos de la distribución de ingresos¹⁴¹.

Gráfico E.2.6.
Beneficios del SIS por quintiles de ingreso, 2004-2012
(% del total)



Fuente: MINSA (2015b)

Elaboración: Comisión de Protección Social

Como se mencionó anteriormente, el SIS compra servicios a los proveedores de los GOREs para sus asegurados pagando sólo el costo parcial: solo paga por los medicamentos e insumos involucrados en la atención de sus asegurados (el ya mencionado costo variable). Sin embargo, SIS utiliza varios mecanismos para asignar los recursos. Por ejemplo, para el primer nivel de atención, paga un presupuesto per cápita (para el costo variable) que se rige bajo el marco normativo del presupuesto

¹⁴¹ El SIS en el régimen subsidiado cuenta con asegurados que han sido afiliados después de evaluar su elegibilidad por su condición de pobreza mediante el SISFOH. Sin embargo, en los ámbitos territoriales con elevado nivel de pobreza, afilia de manera automática para extender beneficios de programas sociales, por ejemplo, beneficiarios de programas sociales (Qali Warma, Pensión 65, Juntos, Cuna Más, entre otros). De igual modo, tiene asegurados por el Plan de Salud Escolar, que cubre a todos los escolares de nivel inicial y primaria de las escuelas públicas (sin una evaluación de su nivel de pobreza o vulnerabilidad). Otros grupos asegurados al SIS por mandatos legales y porque de acuerdo a su ubicación no caen en la categoría de hogares, son los internos en penales, menores residentes en centros de atención residencial, internos de centros juveniles del Poder Judicial, personas de la calle, recién nacidos y niños hasta 3 años, residentes en centros poblados focalizados.

público y se asigna en partidas presupuestarias¹⁴². El presupuesto per cápita se ejecuta con la firma de convenios con los GOREs y tiene metas de cumplimiento que llevan asociado un incentivo del 20% sobre el presupuesto pactado.

El flujo del financiamiento del SIS (costo variable) y de los GOREs (costo fijo) siguen la lógica del sistema de presupuestos públicos. Es por esto que la asignación de recursos llega a las Unidades Ejecutoras (UE)¹⁴³ que luego ejecutan las transferencias a los prestadores. Sin embargo, las UE tienen discrecionalidad en la asignación de los recursos que reciben del SIS (a través del rubro de “donaciones y transferencias”) y esto implica que se pierden los incentivos de los mecanismos de pago existentes para cada prestador.

El SIS compra servicios también a los hospitales regionales, nacionales e institutos especializados aplicando pagos prospectivos “pre-liquidado” y pagos retrospectivos por servicio según el caso. Los pagos prospectivos se calculan sobre la base del volumen de atenciones promedio del año anterior y se ajusta de acuerdo al volumen de atenciones presente. El pago retrospectivo se realiza evaluando caso a caso.

El régimen semicontributivo cubre el PEAS y en los últimos años se ha ampliado la cobertura de prestaciones para los asegurados bajo este régimen. La prima mensual es de S/ 39 por asegurado¹⁴⁴. Dentro de este régimen, se encuentran los trabajadores independientes. Este seguro también incluye el aseguramiento de personas mayores de 60 años con un aporte de S/ 58 mensuales. Otro esquema de aseguramiento semicontributivo es el “seguro emprendedores” dirigido a los pequeños comerciantes y productores, bajo un régimen simplificado Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS). Bajo este esquema, se hace un solo aporte mensual fijado en función a sus compras y/o ingresos y recibe el derecho al aseguramiento; finalmente, el seguro para microempresas a cargo de los empleadores, registrados en el Registro Nacional de la Micro y Pequeña Empresa (REMYPE), a beneficio de sus trabajadores con un pago mensual de S/ 15 por cada trabajador y su familia, equivalente al 50% del aporte del Estado. A diciembre de 2016, según SUNAT había 17 242 trabajadores afiliados.

El SIS también compra servicios para la atención de sus asegurados con EsSalud a través del “intercambio-prestacional”, pero la experiencia ha representado tan solo el 1.3% del total de atenciones del SIS (SIS, 2016). De igual modo, el SIS paga a terceros (privados, FFAA, PNP) por la atención de sus asegurados en situación de emergencia. De acuerdo con la Ley y hasta diciembre de 2016 estaba habilitado a realizar compra de servicios a privados para mejorar el acceso de sus asegurados a la atención de salud.

La cobertura que ofrece el SIS a sus asegurados bajo los diferentes regímenes es amplia y ha tendido a crecer a partir del PEAS. El FISSAL es el comprador de las atenciones de enfermedades de alto costo para los afiliados al SIS bajo el régimen subsidiado y cubre, a través del Plan Esperanza¹⁴⁵, siete tipos de cáncer, trasplantes,

¹⁴² Los gastos de personal, equipamiento, instrumental, gastos de mantenimiento, y otros relacionados con la atención son financiados por el presupuesto asignado a los GOREs y el MINSA para sus prestadores.

¹⁴³ “[La unidad ejecutora] es la encargada de conducir la ejecución de operaciones orientadas a la gestión de los fondos que administran, conforme a las normas y procedimientos del Sistema Nacional de Tesorería y en tal sentido son responsables directas respecto de los ingresos y egresos que administran.” (MEF, 2017c).

¹⁴⁴ Esta cobertura se puede ampliar. Si cuenta con un derechohabiente el costo es S/ 78 soles; con dos, S/ 94; con 3 o más, S/ 115).

¹⁴⁵ El Plan Esperanza fue promulgado por el MINSA en 2012 mediante el Decreto Supremo N°009-2012-SA. Se encuentra orientado a mejorar la atención, prevención y acceso al tratamiento contra el cáncer de los afiliados al SIS. El servicio se da de manera gratuita y tiene cobertura a nivel nacional de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes de distintos tipos de cáncer. Entre estos se encuentran el cáncer de cuello

insuficiencia renal crónica y ocho enfermedades raras y huérfanas. FISSAL paga a los prestadores de manera prospectiva por paquete de atención, pre-liquidado y pago retrospectivo. La operatividad del pago se realiza mediante convenio con hospitales e institutos especializados con el fin de garantizar que los recursos se destinen de manera exclusiva para los fines previstos y con tarifas previamente acordadas. También realiza contratos con hospitales a nivel internacional para la realización de trasplantes. La perspectiva para el FISSAL inicialmente era convertirlo en el asegurador de segundo piso para el sistema de salud (reaseguro). Esta posibilidad se ha ido dejando de lado, a pesar de ser un mecanismo ampliamente utilizado en otros países y que tiene la ventaja de distribuir riesgos entre toda la población.

En relación con EsSalud, según datos institucionales, en el año 2016 cuenta con 9 525 491 afiliados, de los cuales estaban suspendidos 794 606, dejando un neto de 8 730 885 asegurados. EsSalud no realiza compra de servicios en su red, pero sí realiza compra de servicios a terceros para extender la atención de sus asegurados. Tiene contratos que se rigen de acuerdo a precios de mercado. La cobertura de servicios que ofrece EsSalud a sus asegurados y derechohabientes está definida por una lista negativa; y la cobertura financiera es completa (según la cobertura financiera especificada, no debería haber copagos o deducibles). El PEAS era ofrecido para los asegurados potestativos o independientes, pero se ha dejado de ofrecer desde el año 2011. Su población asegurada proviene del sector formal asalariado quienes encuentran obligados (monopolio legal) a cotizar al “seguro regular”. Dentro de este grupo, se encuentran trabajadores asalariados formales activos, pensionistas, trabajadores del hogar, procesadores y pescadores artesanales independientes (voluntario), trabajadores del régimen Contrato Administrativo de Servicios (CAS) y trabajadores y pensionistas de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador. Existen excepciones dentro de estos grupos dentro del seguro regular con aportaciones diferenciadas, al igual que la base imponible.

Otro seguro que tiene EsSalud es el “seguro de salud agrario” para aquellos trabajadores dependientes e independientes dedicados al cultivo, crianza, agroindustria, avicultura y acuícola (OIT, 2016) con aportación del 4% de la remuneración mínima vital.

Los aseguradores privados existen como un sistema autónomo para la población con capacidad de pago. Funciona en un sistema de libre mercado que ofrece planes de salud según primas ajustadas por riesgo (según edad y sexo), con exclusiones explícitas. Aplica copagos, deducibles y máximos atendibles. El seguro privado ofrece todo tipo de planes de aseguramiento: desde integrales a específicos para cubrir eventos catastróficos. La cobertura está asociada a una red de clínicas para la atención de los asegurados o mediante reembolsos con clínicas y servicios de terceros aplicando límites a los reembolsos. La integración vertical de seguros y prestadores privados ha llevado a la concentración de la salud privada en ocho grupos que operan bajo este mecanismo. Según datos de SUSALUD (2016), los asegurados a IAFAS privadas fueron 830 499. Los privados no promocionan al PEAS entre sus planes de seguro. Sin embargo, refieren que si cumplen con la ley y lo ofrecen a personas que lo soliciten de manera explícita.

Con información de la SBS para el año 2010, Seinfeld, Montañez y Besich (2013) refieren que la prima ofrecida para el PEAS por los privados era de S/ 1260 para personas entre 36 y 40 años, de S/ 1680 para personas entre 51-55 años, de S/ 3720

uterino, mama, colon, estómago, próstata, linfoma y leucemias; los cuales son atendidos en Hospitales, Centros, Institutos y Direcciones del MINSA (MINSA, 2012).

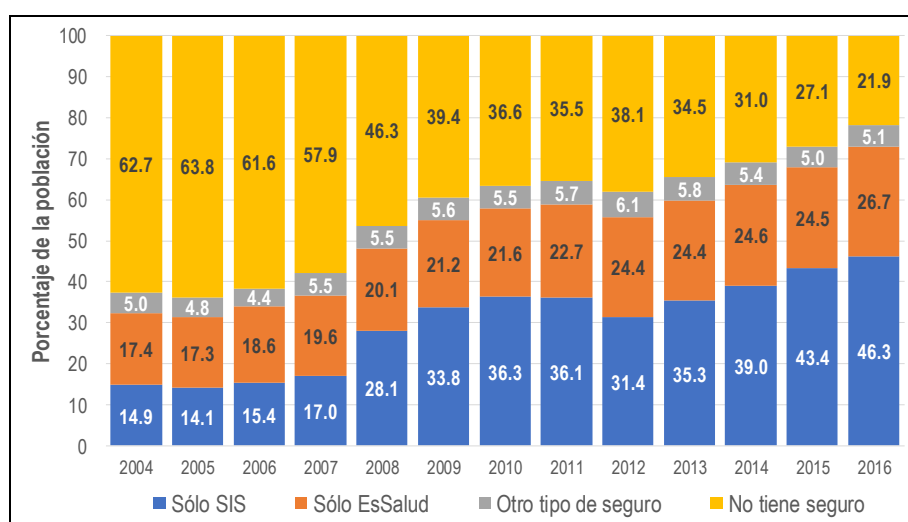
para mayores de 66 años y de S/ 5760 para mayores de 71 años. Asimismo, refieren que las clínicas pre-pagas a su vez, ofrecían afiliación a la población con primas más bajas que las aseguradoras privadas porque su oferta se limita a la oferta disponible de cada clínica; sin embargo cuando la persona era mayor de 66 años tendían a igualar las primas a las que aplican las aseguradoras privadas para los grupos mayores de 66 años.

Las Fuerzas Armadas, en específico el Fondo de Salud para el Personal Militar del Ejército (FOSPEME), ofrecen un plan básico para su personal, un plan de segunda capa que incluye intervenciones quirúrgicas o accidente que requiera hospitalización de alto costos y un plan oncológico para familiares directos, cónyuge e hijos por el que pagan S/ 35 y S/ 15, respectivamente. Ofrece para sus afiliados servicios de farmacia (con descuentos). El Fondo de Salud de la Marina de Guerra del Perú (FOSMAR) ofrece un plan básico o regular para su personal y ofrece un programa de segunda capa y oncológico para los familiares con primas según edad. Estos planes tienen toques de cobertura limitados. El Fondo de Salud de la Fuerza Aérea del Perú (FOSFAP) ofrece un plan básico para su personal y a diferencia de los anteriores fondos por un pago mensual de los familiares recibe descuentos de hasta 80% (incluye cónyuges, hijos y padres) en determinados servicios y para un programa oncológico. La Policía Nacional cuenta con SALUDPOL que opera de manera similar a los fondos de las fuerzas armadas.

E.2.1.4. Cobertura poblacional del aseguramiento

El aseguramiento ha sido el mecanismo utilizado para lograr la cobertura universal de salud. Mientras que en el año 2004 sólo el 37.3% de la población contaba con algún seguro, en el año 2016 el 78.1% de la población estaba asegurada (Gráfico E.2.8). Al año 2016, el mayor asegurador del sistema es el SIS (46.3% de la población), seguido por EsSalud (26.7%) y otros seguros (5.1%).

Gráfico E.2.7
Evolución del aseguramiento en el Perú, 2004-2016



Nota: Otro tipo de seguro incluye Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y/o Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y a la población que tiene dos o más seguros (SIS con EsSalud).

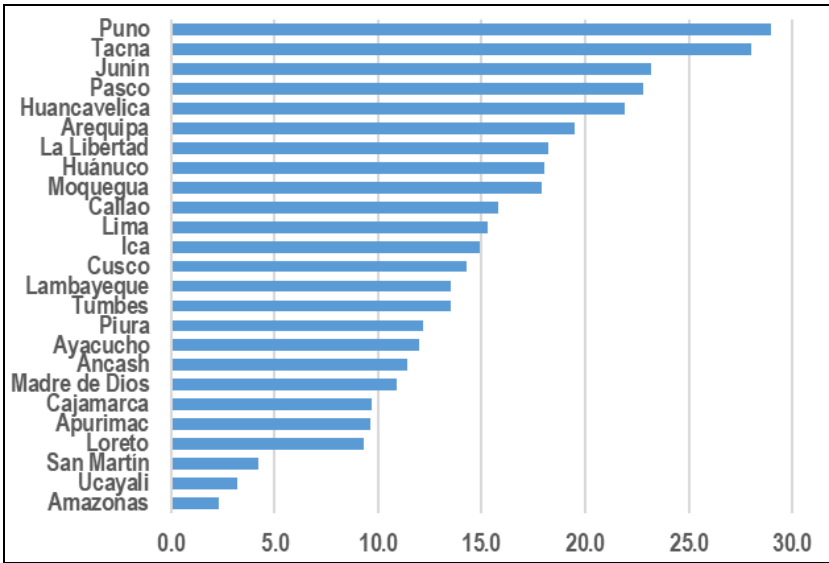
Fuente: INEI (2017a)

Elaboración: Comisión de Protección Social

En el Perú, se han logrado avances en la identificación de la población afiliada a seguros de salud gracias a la creación del Registro de Afiliados del Aseguramiento Universal en Salud, y la designación de SUSALUD como el ente normativo y administrativo de dicho registro, vinculado con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC). No obstante, siguen existiendo discrepancias importantes en cifras de afiliación por la falta de estandarización de cómo se define un asegurado.

A pesar de los avances, el 27.1% de la población no cuenta con un seguro. SUSALUD (2016) reporta que la mayor proporción de población sin seguro se encuentra en Puno, Tacna, Junín, Pasco, Huancavelica y Arequipa, mientras que Amazonas es la región con menor brecha de aseguramiento (**Gráfico E.2.9**).

Gráfico E.2.8
Población sin seguro de salud (% del total), por región



Fuente: SUSALUD (2016)
Elaboración: Comisión de Protección Social

La **Tabla E.2.3** muestra las preferencias de las personas que buscaron atención, según su selección de lugar donde consultaron por su problema de salud. En las zonas urbanas, 57.1% de las personas busca atención en farmacias y en las zonas rurales el 51.1%. La automedicación es la principal forma de solucionar los problemas de salud.

Tabla E.2.3.
Lugar de consulta de salud entre los que buscaron atención, 2016

Tipo	Urbano	Rural	Total
Establecimiento de salud	42.7	67.0	47.7
Particular	16.3	6.4	14.1
Farmacia	39.2	24.3	36.1
Otros	2.1	2.3	2.1

La **Tabla E.2.4** muestra el tipo de establecimiento y subsector que escogen las personas según su condición de aseguramiento. Así, cuando las personas sin seguro buscan atención en establecimientos de salud, en las zonas urbanas, 41.2% lo hace en establecimientos de salud de la red pública mientras que 56.4% lo hace con prestadores privados. En cambio, las personas sin seguro de las zonas rurales, 65.3% busca en la red pública y 30.1% lo hace en la red privada. Esto refleja en parte la disponibilidad de dichos proveedores, donde los proveedores públicos tienen mayor presencia en zonas rurales que los privados.

Los asegurados de los diferentes subsistemas tienden a buscar atención en sus redes propias si es que hay oferta disponible. En las zonas rurales, 47% de los asegurados de EsSalud busca atención en la red pública y la red privada; solo el 51.7% en su red (**Tabla E.2.4**). Igualmente sucede con las FFAA y PNP donde el 62.8% de los asegurados de las zonas rurales buscan atención en la red pública y privada; solo el 37.2% lo hace en su propia red. Para los asegurados de las zonas rurales, el aseguramiento no le garantiza acceso a la atención. Más aun, en general, estar asegurado no siempre garantiza una cobertura efectiva (las personas buscan atención con prestadores que no están en su subsistema de aseguramiento o se automedican).

Tabla E.2.4.
Sector del establecimiento de salud donde se busca atención, según tipo de aseguramiento
(% del total, 2016)

Sector del establecimiento de salud	Sin seguro	Sólo SIS	Sólo EsSalud	Sólo FFAA/PNP	Sólo otro	Más de un seguro
Urbano						
Público	41.2	77.9	10.3	12.3	6.9	4.2
EsSalud	1.1	2.3	68.0	2.7	9.0	19.9
FFAA/PNP	0.1	0.1	0.1	59.6	0.6	2.7
Privado	56.4	15.9	21.3	25.3	83.5	73.1
PS/CS CLAS	1.2	3.8	0.4	0.0	0.0	0.0
Rural						
Público	65.3	87.5	30.6	33.4	18.5	18.1
EsSalud	0.7	0.2	51.7	0.0	5.2	25.7
FFAA/PNP	0.2	0.0	0.0	37.2	0.0	0.0
Privado	30.1	6.5	16.4	29.4	64.8	53.8
PS/CS CLAS	3.7	5.8	1.3	0.0	11.6	2.4

Fuente: INEI (2017b)

Elaboración: Comisión de Protección Social

E.2.1.5. Provisión

La fragmentación de la provisión se mantiene en los subsistemas. Más aun, en cada subsistema existe desarticulación entre establecimientos. Los mecanismos de referencia y contra-referencia son poco utilizados y no dan continuidad a la atención de los pacientes. La provisión se encuentra organizada en niveles de atención, en especial en los subsistemas públicos.

SUSALUD desde el año 2015 puso en marcha un sistema de Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) y refiere que existen 20 291 establecimientos de salud en todo el sistema, de los cuales el 40% son públicos, 2% son de EsSalud, 1% son de

las FFAA y PNP, 56% son privados (**Tabla E.2.5**). Sobre estos últimos, la mitad de establecimientos no tiene categoría porque no cuentan con todos los servicios exigidos para clasificar a una de las categorías establecidas. Entre éstos se encuentran consultorios médicos, establecimientos de apoyo al diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación.

Tabla E.2.4.
Establecimientos de salud por categoría, según subsector

Categoría	PUBLICO ESSALUD		PUBLICO - PUBLICO (GORE, MUNICIPIOS, INPE, MINSA)		PUBLICO - FFAA/PNP		PRIVADO		TOTAL
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	
I-1	2	0.52%	4347	52.96%	33	13.25%	2613	22.81%	6995
I-2	110	28.87%	2014	24.54%	64	25.70%	1778	15.52%	3966
I-3	94	24.67%	1257	15.31%	34	13.65%	1135	9.91%	2520
I-4	12	3.15%	319	3.89%	23	9.24%	84	0.73%	438
II-1	41	10.76%	97	1.18%	4	1.61%	127	1.11%	269
II-2	16	4.20%	35	0.43%	0	0.00%	37	0.32%	88
II-E	1	0.26%	11	0.13%	1	0.40%	84	0.73%	97
III-1	8	2.10%	20	0.24%	4	1.61%	3	0.03%	35
III-2	2	0.52%	11	0.13%	0	0.00%	1	0.01%	14
III-E	1	0.26%	3	0.04%	0	0.00%	1	0.01%	5
Sin Categoría	94	24.67%	94	1.15%	86	34.54%	5590	48.81%	5864
Total	381	100.00%	8208	100.00%	249	100.00%	11453	100.00%	20291

Las categorías I (más simple), II y III (más compleja) se refieren a los niveles de atención. Los dígitos 1 (más pequeño) al 4 (más grande) se refieren al tamaño de los centros de atención. La letra E indica un centro especializado.

Fuente: SUSALUD (2017a)

Elaboración: Comisión de Protección Social

MINSA (2016) estima la brecha de oferta de servicios a partir de un estudio que determinó la brecha de inversión de infraestructura de servicios públicos para el período 2012-2021 (no considera EsSalud ni privados). Para el subsector público de salud, la necesidad de inversión en infraestructura se concentra en el nivel de atención primaria (**Tabla E.2.6**).

Tabla E.2.6.
Brecha de oferta de servicios del subsector público (número de establecimientos), 2015

Capacidad resolutive	Oferta 2015	Déficit al 2015	Déficit al 2021
Nivel I	7,804	95	779
Nivel II	139	45	65
Nivel III	34	10	14

Fuente: MINSA (2016)

Elaboración: Comisión de Protección Social

Adicionalmente, MINSA (2016) refiere que del total de hospitales públicos, el 40% tienen una antigüedad entre 26 y 50 años que no han tenido un adecuado mantenimiento o reposición. De esta manera, entre nuevas inversiones, rehabilitaciones y mejoras, ampliaciones y mejoras, el sector requiere una inversión de S/ 23 676 millones.

En los últimos años se han realizado inversiones en establecimientos con capacidad resolutive suficiente (establecimientos estratégicos) para atender los problemas de salud en ese nivel, pero la brecha persiste y la demanda de atención ha presionado por la atención en hospitales. Por otro lado, los hospitales han tenido una creciente demanda de atenciones y pocos cambios en sus modelos de gestión para hacerle frente a la demanda, además de problemas financieros, generando insatisfacción, tiempos de espera crecientes, colas y cobros. La

protección efectiva desde el lado de la oferta es un cuello de botella que requiere de pronta intervención.

A nivel de recursos humanos, la OMS estima que para que un país llegue a cubrir adecuadamente las intervenciones médicas priorizadas en el marco de las Metas de Desarrollo del Milenio requiere por lo menos de un equipo de 25 trabajadores de salud (médicos, enfermeros y obstetras) por cada 10 mil habitantes y una densidad mínima de 10 médicos por cada 10 mil habitantes. En el país, la densidad de recursos humanos en salud por encima de 25 se alcanza en 17 regiones del país (**Tabla E.2.7**); sin embargo, la densidad de médicos por encima de 10 se reduce a 11 regiones. Como se aprecia en la **Tabla E.2.8**, al cierre de 2015 se registraron 245 779 profesionales de la salud. Los datos al 2015 muestran que Perú ha superado los umbrales mínimos, con 12.2 médicos y 29.6 médicos, enfermeros y obstetras. Sin embargo, el problema de distribución de los recursos humanos muestra extremos como el caso de Callao versus Loreto y Piura.

Tabla E.2.7.
Densidad de recursos humanos por región, 2015
(por cada 10 mil habitantes)

Total		Médicos		Enfermeros		Obstetras	
Callao	46,5	Callao	24,5	Apurímac	21,0	Ayacucho	9,8
Apurímac	40,6	Lima	18,3	Callao	18,9	Apurímac	9,3
Arequipa	40,3	Arequipa	17,4	Moquegua	18,5	Huancavelica	9,2
Tacna	39,8	Tacna	14,6	Tacna	18,3	Huánuco	8,6
Moquegua	37,8	Ica	13,8	Madre de Dios	17,8	Madre de Dios	8,5
Madre de Dios	37,1	Moquegua	11,9	Arequipa	17,7	Pasco	7,9
Lima	35,8	Tumbes	11,6	Ayacucho	15,8	Moquegua	7,4
Ayacucho	32,6	La Libertad	11,2	Huancavelica	14,6	Tumbes	7,4
Ica	32,0	Madre de Dios	10,8	Lima	14,5	Amazonas	7,1
Tumbes	31,0	Lambayeque	10,7	Ica	14,0	Tacna	6,9
Huancavelica	31,0	Apurímac	10,3	Huánuco	13,4	Ancash	5,8
Pasco	28,6	Cusco	8,4	Pasco	13,3	San Martín	5,6
Huánuco	27,9	Ancash	8,2	Lambayeque	12,5	Ucayali	5,4
Lambayeque	27,4	Pasco	7,4	Tumbes	12,0	Cusco	5,3
Amazonas	26,3	Amazonas	7,3	Amazonas	11,9	Cajamarca	5,3
La Libertad	26,0	Ucayali	7,3	Cusco	11,8	Arequipa	5,2
Cusco	25,5	Huancavelica	7,2	Junín	11,3	Junín	4,9
Ancash	24,6	Ayacucho	7,0	Ucayali	10,9	Puno	4,5
Ucayali	23,6	Junín	6,6	Puno	10,9	Ica	4,2
Junín	22,8	Piura	6,6	La Libertad	10,7	Lambayeque	4,2
Puno	21,7	Puno	6,3	Ancash	10,6	La Libertad	4,1
Cajamarca	20,9	San Martín	6,3	Cajamarca	10,1	Piura	4,1
San Martín	18,2	Huánuco	5,9	Loreto	7,7	Loreto	4,1
Piura	17,7	Cajamarca	5,5	Piura	7,0	Callao	3,1
Loreto	16,9	Loreto	5,1	San Martín	6,3	Lima	3,0
Perú	29,6	Perú	12,2	Perú	12,8	Perú	4,6

Fuente: MINSA (2015a)

Elaboración: Comisión de Protección Social

Tabla E.2.8.
Recursos humanos del sector salud por institución, según grupo ocupacional y cargo, 2015

	MINSA y Gov. Reg.	EsSalud	PNP	FF.AA.	SISOL	Sector Privado	Total Nacional
Cargos Asistenciales	126.420	40.839	4.461	6.196	1.346	5.097	184.359
<i>Profesionales</i>	<i>74.142</i>	<i>28.688</i>	<i>1.969</i>	<i>3.626</i>	<i>1.085</i>	<i>5.097</i>	<i>114.607</i>
Médico	20.829	11.242	766	1.043	749	3.436	38.065
Enfermero	25.953	11.010	724	1.399	206	687	39.979
Obstetra	12.789	1.322	124	77	59	74	14.445
Otros	14.571	5.114	355	1.107	71	900	22.118
<i>Técnicos</i>	<i>48.053</i>	<i>11.093</i>	<i>203</i>	<i>1.247</i>	<i>260</i>	<i>0</i>	<i>60.856</i>
<i>Auxiliares</i>	<i>4.225</i>	<i>1.058</i>	<i>2.289</i>	<i>1.323</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>8.896</i>
Cargos Administrativos	44.533	12.606	2.032	54	1.629	0	60.854
Profesionales	5.514	3.984	268	0	130	0	9.896
Técnicos	25.277	7.960	943	54	1.257	0	35.491
Auxiliares	13.742	662	821	0	242	0	15.467
No Especificado	9	0	1	93	0	463	566
Total	170.962	53.445	6.494	6.343	2.975	5.560	245.779

Fuente: MINSA (2015a)

Elaboración: Comisión de Protección Social

Asimismo, es destacable que mientras que la razón enfermeros/médicos a nivel nacional es apenas superior a 1 a nivel nacional, en algunas regiones, como Huánuco, Ayacucho, Apurímac y Huancavelica dicho indicador es mayor a 2, lo que podría sugerir que, si bien cuantitativamente se cumple cierto nivel mínimo en las atenciones de salud, cualitativamente podría haber deficiencias. Por el contrario, la menor presencia relativa de enfermeros se encuentra en Lima, Callao y La Libertad¹⁴⁶. Asimismo, se observa que el enfoque de atención ha priorizado lo curativo antes que lo preventivo, razón por la cual, por ejemplo, EsSalud tiene 1.6 médicos especialistas por cada médico general.

Además de la escasez de recursos humanos en salud, existen otros problemas. A nivel nacional, los recursos humanos en salud poseen una distribución geográfica desigual. A nivel urbano se concentran el 84% de recursos del MINSA y GORE, además de concentrar la mayor parte de médicos especialistas, enfermeras y otros profesionales de la salud para 2013 (Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal, y Espinosa-Henao, 2016). Más aún, el 42% de los recursos humanos de salud se encuentra en Lima y la distribución se mantiene heterogénea respecto a regiones de la sierra y selva. Además, la mayor cantidad de centros médicos se concentran en las ciudades capitales de las regiones, las cuales reciben la mayor dotación de medicamentos. Las regiones que tienen un mayor déficit de abastecimiento de medicamentos son Arequipa, San Martín y Huancavelica (Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal, y Espinosa-Henao, 2016). Estas diferencias regionales impactan en la calidad de la atención.

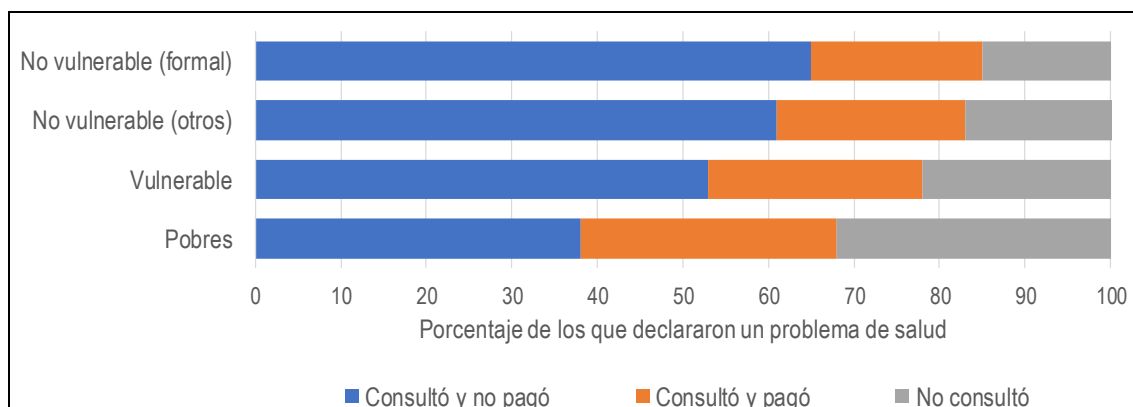
Otro problema que se tiene en el personal médico es una desmotivación y pérdida de compromiso, dadas las condiciones laborales poco adecuadas (Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal, y Espinosa-Henao, 2016). Es común que el personal trabaje paralelamente en más de un subsistema de salud, lo cual evita un uso eficiente del de los recursos humanos en salud.

¹⁴⁶ Todo lo anterior no considera la duración de la jornada de trabajo de los profesionales de la salud. Aunque no hay estadísticas recurrentes, un estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) muestra que, en el caso peruano, 89% de los médicos y 90% de los enfermeros laboraba más de 36 horas semanales, la duración de la jornada legal. Este hallazgo, aunque similar a lo reportado para Costa Rica, contrasta con los casos de Argentina y Brasil, en donde entre 51% y 68% de los profesionales de la salud laboraba más de 36 horas. Esto estaría sugiriendo una disponibilidad de recursos humanos en el sector salud inferior a la necesaria para una adecuada provisión de servicios de salud.

Con la reforma del año 2013 (D.L. Nº 1153) se buscó la creación de mecanismos para reorientar la distribución del personal de salud; creando bonos para el personal asistencial que trabajaba en zonas rurales, zonas de frontera, en atención primaria, entre otros. Asimismo, se mejoró el pago de guardias hospitalarias. Estas mejoras tenían el desafío de lograr salarios atractivos y mecanismos de retención de personal de salud en lugares más rurales y de difícil acceso geográfico y cultural (poco personal de salud habla quechua, aymara u otros). Sin embargo, los acuerdos con los trabajadores de salud fueron difíciles de lograr, la presión por mayores salarios absorbió toda la atención y los recursos disponibles y la reforma se vio frenada.

El Banco Mundial (2016), refiere que existen problemas para lograr una protección efectiva de la población desde el lado de la oferta. Como se vio anteriormente, si bien el aseguramiento en los pobres ha ido en ascenso y éste logro ha sido el más importante dentro de la estrategia, la inequidad en el acceso a la atención se ha ido incrementando en los pobres. Como se muestra en el **Gráfico E.2.10**, los pobres fueron los que menos protección financiera experimentaron en el año 2014. Las brechas de acceso a servicios para la población que reportó haber tenido una enfermedad o accidente (en las últimas cuatro semanas antes de la encuesta clasificada según situación de pobreza y vulnerabilidad), muestra que mientras el 63% de los pobres no consultó o, si consultó, debió pagar por su consulta, el 35% de los no vulnerables experimentó esta situación (**Gráfico E.2.10**). Por otro lado, los pobres siguen usando farmacias privadas por su atención de salud, lo cual conlleva gastos de bolsillo (**Gráfico E.2.11**). De igual modo, el **Gráfico E.2.11** también muestra que las restricciones en la oferta para los pobres los lleva a un no uso de servicios, en cambio para los no vulnerables tanto formales como informales desarrollan opciones para su atención, en especial en los formales. Nótese que la opción de ir de frente a una farmacia, o automedicación, también genera un problema para el sistema porque el tratamiento no necesariamente resuelve el problema de salud de las personas y en algunos casos lo puede agravar, haciendo que la necesidad de atención sea de servicios más complejos y caros a futuro.

Gráfico E.2.9.
Brechas de acceso a servicios, por situación de pobreza y vulnerabilidad, 2014

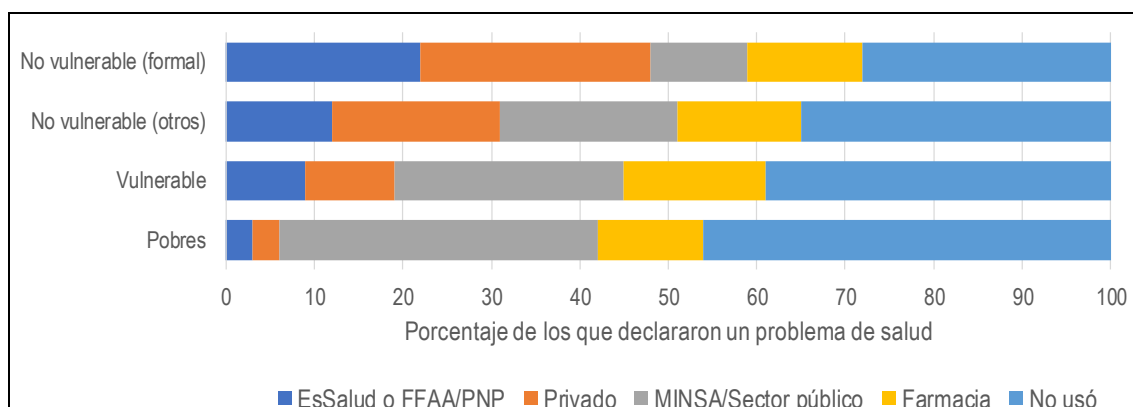


Nota: El Gráfico E.2.10 muestra el porcentaje de población que reportó no consultar un servicio de salud, consultar y pagar, y consultar sin haber pagado. Solo se incluye a la población que reportó haber tenido una enfermedad o accidente en las últimas cuatro semanas antes de la encuesta. Se excluye a aquella población que reportó que no buscó atención porque el problema no era grave.

Fuente: Banco Mundial (2016)

Elaboración: Comisión de Protección Social

Gráfico E.2.10.
Uso de proveedores, por situación de pobreza y vulnerabilidad, 2014



Nota: El Gráfico E.2.11 muestra el porcentaje de población que reportó no consultar un servicio de salud, consultar y pagar, y consultar sin haber pagado. Solo se incluye a la población que reportó haber tenido una enfermedad o accidente en las últimas cuatro semanas antes de la encuesta. Se excluye a población que reportó que no buscó atención porque el problema no era grave.

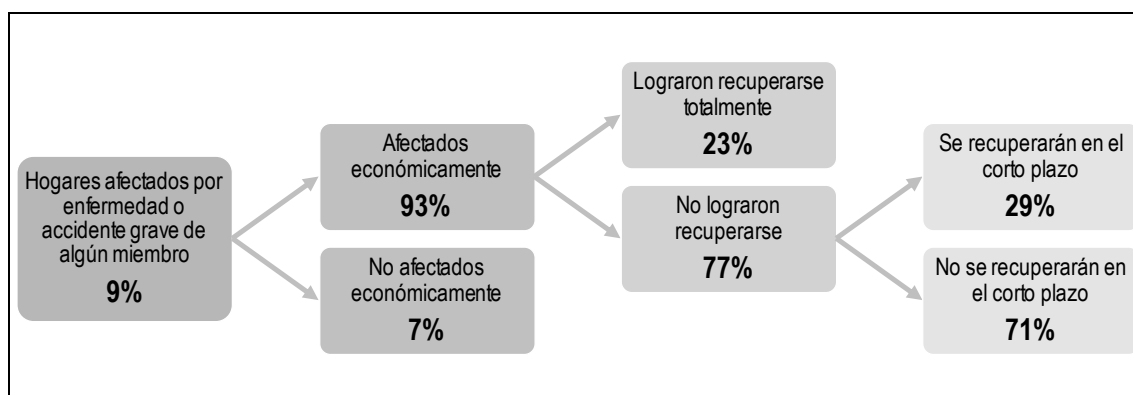
Fuente: Banco Mundial (2016)

Elaboración: Comisión de Protección Social

Todo ello, conlleva a que el sistema actual no cubra de manera satisfactoria la vulnerabilidad frente a eventos de deterioro en la salud. De este modo, los shocks de salud se ven amplificados de manera importante debido a las dificultades para acceder a mecanismos eficientes de financiamiento en salud. Como resultado, se esperaría que los sucesos de deterioro en la salud presenten impacto a corto plazo e incluso también a largo plazo en muchos casos.

Este impacto sobre el riesgo de empobrecimiento puede ser contrastado a nivel numérico. Usando información de la ENAHO, se elaboró una caracterización que permite identificar, a partir de percepciones, las consecuencias de los shocks de salud sobre el riesgo de pobreza en las familias, distinguiéndose efectos de corto y largo plazo. El **Gráfico E.2.12** permite identificar algunos de estos efectos. Por ejemplo, muestra que, en el 2015, sólo el 9% de los hogares enfrentó un shock de salud. Sin embargo, del total de familias que experimentaron esta situación, el 93% reconoció consecuencias económicas y 55% de estas consideró que no se recuperarán en el corto plazo.

Gráfico E.2.11.
Evolución de los hogares afectados por enfermedad o accidente grave de algún miembro en el impacto económico y recuperación, 2015
 (%)



Elaboración: Comisión de Protección Social

E.2.2. Hechos estilizados sobre la situación del sistema de salud

A la luz de las evidencias de resultados alcanzados y cuellos de botella en el sistema de salud se plantean hechos estilizados de estudios realizados para el país. Estos recogen distintos aspectos vinculados con el sector: sistema de salud, cobertura universal, protección financiera y gestión sanitaria.

E.2.2.1. Sistema de salud

El sistema de salud peruano no ha sabido adaptarse a los cambios en la dinámica poblacional, epidemiológica y en las innovaciones sanitarias, menos aún ha sabido adaptarse a la creciente demanda de servicios procurada por la ampliación en el aseguramiento. La convivencia de varios subsistemas ha profundizado las ineficiencias y ha favorecido el crecimiento desordenado de la oferta de servicios tanto pública y privada para dar atención a estos cambios. Así mismo, la falta de recursos públicos para el financiamiento del SIS y de la oferta de servicios ha ido en desmedro de la calidad de la atención, ha abierto paso al descontento y la desconfianza en el sistema. Al respecto, Cetrángolo *et al.* (2013), Banco Mundial (2016) y Solari (2014) refieren:

- “Perú se encuentra en un proceso de transición demográfica” (Cetrángolo *et al.*, 2013). Los sistemas son dinámicos y deben adaptarse a las presiones contextuales que se van dando debido a cambios demográficos, epidemiológicos, desigualdades e inestabilidad económica, mayor conciencia social y ciudadana sobre el derecho a la salud, entre otros. Según DGE-MINSA (2012), la Dirección Epidemiología ha determinado que Perú se encuentra en post transición epidemiológico. La carga de enfermedad del año 2012 en todas las regiones del país es mayor por enfermedades no transmisibles.
- “El sistema se caracteriza por un elevado grado de fragmentación institucional, fuente de inequidades e ineficiencias” (Cetrángolo *et al.*, 2013).
- “Como rasgo de un país desigual, el sistema ha desarrollado una gran fragmentación regional” (Cetrángolo *et al.*, 2013).

- “Los grandes desafíos actuales llevan a preguntarse si se podrá sostener el aseguramiento universal manteniendo la arquitectura actual (del sistema), o si se requerirá transitar hacia la unificación del sistema. Históricamente, la gran diferencia de gasto entre EsSalud y el sector público se visualizaba como un impedimento para lograrlo; sin embargo, la realidad actual nos indica que la brecha en gasto entre EsSalud y el sector público se ha reducido dramáticamente en la última década. Mientras que en el año 2005 el gasto por persona en EsSalud era de 3.5 veces el gasto del sector público, en el 2014 (esta tasa) se ha reducido a 1.5. Asimismo, la evidencia muestra una gran disparidad del financiamiento entre regiones, tanto del lado EsSalud como del lado SIS; en ciertas regiones queda poca diferencia de gasto entre afiliados EsSalud y afiliados SIS. Muchos países de la OCDE han aprovechado de circunstancias similares para aminorar la fragmentación de sus sistemas de salud. El nuevo gobierno debería considerar si es deseable mantener la arquitectura actual, en la que EsSalud y el SIS/sector público operan independientemente financiando a sus propios proveedores” (Banco Mundial, 2016).
- “Si bien aún queda pendiente definir el sistema de salud que el Perú necesita para alcanzar el aseguramiento universal, esta indefinición no debería impedir avanzar en la modernización del sistema actual” (Banco Mundial, 2016).
- “En un escenario ideal, se podría proponer la unificación del sistema de salud, como en Brasil, situación no que contempla “paralizar” el sistema privado, pero que sí pretende unificar a los subsistemas públicos, en lugar de diversificar los gestores del mismo. Esta decisión sin embargo, requiere de un compromiso y apoyo político del más alto nivel, así como de una participación ciudadana concreta, elementos sumamente difíciles de conseguir” (Solari, 2014).

E.2.2.2. Cobertura universal

El avance hacia el logro de la cobertura universal enfrenta varios problemas: el acceso a los servicios, en especial de los pobres se ha traducido en un problema de inequidad. La no consulta de los pobres ha ido asociada a la búsqueda de farmacias (automedicación) y a un creciente gasto de bolsillo. El mayor aseguramiento de la población también ha encontrado un cuello de botella para continuar su ascenso, al mantener la organización del aseguramiento y del sistema sujeto a la calificación de las personas como pobres, formales, y con ingresos altos, han ido dejando fuera de estas opciones a un número creciente de personas. La discusión se ha enfrascado en el gran número de asegurados al SIS, principalmente el reclamo de que el SIS asegura a personas no pobres lo que se interpreta como “filtración”. Sin embargo, esto deja de confrontar la realidad de las limitaciones del esquema de aseguramiento actual. Cetrángolo *et al.* (2013) y Banco Mundial (2016) refieren:

- “La cobertura de seguros de salud ha aumentado durante la última década. La cobertura de EsSalud ha crecido, pero aún es baja. Las mayores deficiencias de cobertura de salud se registran en los sectores de ingresos medios” (Cetrángolo *et al.*, 2013). “No se ha logrado expandir de manera significativa el régimen semicontributivo. Esto tiene como consecuencia que un 30% de la población sigue sin cobertura formal, especialmente en los grupos de población que no laboran en el sector formal. La historia reciente muestra que el Perú puede esperar grandes presiones para universalizar la cobertura no contributiva (siguiendo los pasos de México y Colombia)” (Banco Mundial, 2016).

- “No se está utilizando el paquete de beneficios del PEAS para priorizar servicios, inversión ni monitorear la cobertura efectiva de la población. Por un lado, EsSalud continúa ofreciendo un paquete ilimitado de servicios –la falta de priorización de la prevención y de la atención primaria no solamente es ineficiente; además genera sobre-demanda en los otros niveles. Mientras tanto, el SIS ha expandido la definición de su paquete de servicios sin que se tenga claridad sobre la capacidad de entrega del servicio, el costo real de este paquete o el financiamiento del mismo” (Banco Mundial, 2016).
- Más aun, existe una fragmentación significativa en el financiamiento del sector que se da por los múltiples programas presupuestales que pagan en función de un presupuesto que intentó ser en sus orígenes por resultados, pero en realidad termina siendo por insumos. Ello debilita la función del SIS, genera ineficiencias en el sistema y dificultades en los prestadores.
- En el mismo sentido, el pago que realiza el SIS por las atenciones a sus asegurados responde solamente al llamado costo variable de la atención; léase insumos y medicamentos. En tanto, el llamado costo fijo, se cubre a través del presupuesto histórico.
- “El intercambio prestacional (compra-venta) entre EsSalud y el sistema público sigue siendo casi inexistente en la práctica. La población no afiliada a EsSalud no puede usar los servicios de los proveedores de la misma; por otro lado, los afiliados de EsSalud pueden atenderse tanto en los proveedores de EsSalud como en los proveedores públicos. Sin embargo, EsSalud no paga el costo de la atención de sus asegurados al sector público, y por ende los proveedores públicos no venden servicios a EsSalud. La percepción de la existencia de una brecha de disponibilidad y calidad de servicios entre EsSalud y el servicio público sigue generando descontento de la población ya que es vista como segregación de los pobres” (Banco Mundial, 2016). El acceso de los asegurados de EsSalud a la red pública se logra a través del gasto de bolsillo de un cobro subsidiado de la red pública.

E.2.2.3. Protección financiera

El avance en el aseguramiento de la población ha sido un logro destacable; sin embargo, las diferencias entre la protección financiera que los asegurados logran dentro del sistema se ha hecho regresiva. Por ejemplo, los asegurados al SIS han ido experimentando un menor financiamiento por su cobertura de servicios. El financiamiento público es sumamente reducido y no ha ido aumentando a la par que los asegurados. El presupuesto para el sector público no se define en función de un costo per cápita por asegurado sino más bien por presupuesto histórico, lo que es ineficiente y se traduce en una reducción en el acceso e ineffectividad del aseguramiento.

- “El gasto en salud, en especial el público, es sumamente reducido. El gasto de bolsillo es excesivo. Una parte importante del gasto de bolsillo está destinada a la compra de medicamentos y servicios de diagnóstico. La disponibilidad de recursos presenta grandes brechas regionales” (Cetrángolo *et al.*, 2013).
- “Existen elementos básicos que deben funcionar a fin de hacer operativo el aseguramiento universal en cualquier sistema:
 - Tener claridad sobre cuál es la población asegurada y cuál es la población que aún falta asegurar;

- Tener claridad sobre la estrategia de financiamiento del aseguramiento;
- Contar con mecanismos de priorización del gasto que fomenten la equidad y oportunidad del acceso;
- Contar con mecanismos de compra de servicios que permitan la eficiencia del gasto;
- Tener claridad sobre la capacidad de entrega con calidad del paquete de beneficios del aseguramiento;
- Contar con las condiciones adecuadas a fin de sostener el funcionamiento efectivo del aseguramiento” (Banco Mundial, 2016).

E.2.2.4. Gestión sanitaria

La inversión en infraestructura de salud para cerrar el rezago en la brecha oferta y demanda ha sido un proceso lento y desarticulado.

- “Los recursos humanos y de infraestructura con que cuenta el sector parecen insuficientes y dispersos institucionalmente” (Cetrángolo *et al.*, 2013).
- La fragmentación en la provisión lleva a duplicidad en la inversión, competencia por escasos recursos humanos y falta de planeamiento integral a favor de los ciudadanos. La lógica de redes integradas con enfoque territorial reduce estos problemas.

E.2.3. Principales problemas existentes en el sistema de salud actual

A continuación, se resumen los principales problemas del sistema de salud que se han presentado en el diagnóstico.

El sistema de salud de Perú es segmentado en el aseguramiento, con múltiples subsistemas de salud coexistiendo. La prestación de servicios de salud está fragmentada. Esto implica un sistema ineficiente e inequitativo en el aseguramiento y en la provisión de servicios de salud.

A pesar de que ha habido reformas que han buscado mejorar el desempeño del sistema a través de la separación de funciones, la existencia de subsistemas de salud paralelos y sin una provisión articulada en redes no ha permitido ni el aseguramiento universal ni la mejora en la calidad de la atención. Uno de los principales problemas es que persisten grupos de la población sin acceso al aseguramiento (27.1% de personas no cuenta con un seguro de salud).

El sistema no cuenta con un liderazgo claro y efectivo. El MINSA tiene una rectoría debilitada por la fragmentación en su función para cada subsistema. Esto implica una gobernanza débil que afecta a todo el sector salud. Asimismo, las funciones que los GOREs y el MINSA no están adecuadamente articuladas en las regiones y no se ha generado un sistema de rendición de cuentas efectivo. Este debilitamiento también proviene de que no existe una adecuada separación de funciones. Tanto el MINSA como EsSalud mantienen las funciones de prestación y de financiamiento.

La supervisión de los diferentes ámbitos del sector también es fragmentada. Las IAFAS e IPRESS son supervisadas por diferentes instituciones para temas específicos. Así, SUSALUD pierde autoridad y no ha sido capaz de impulsar buenas prácticas en la atención a las personas, ni supervisar adecuadamente a las IPRESS y IAFAS.

En términos de financiamiento, el sector salud se encuentra desfinanciado, tanto en comparación con otros países como en relación a los servicios que deberían estar cubiertos por cada subsistema. Asimismo, existe una gran fragmentación en el financiamiento: algunos de los subsistemas cuentan con fondos para su población objetivo, y otros se financian con presupuestos que se asignan a los grupos de población según condición laboral y nivel de ingreso. Los fondos no se manejan de forma mancomunada, lo cual genera diferencias en el riesgo promedio entre fondos y en los costos asociados.

El flujo de financiamiento de los subsectores genera más ineficiencias y gastos administrativos innecesarios. En el sector público, convive el sistema PP y presupuestos históricos. Por un lado, la aplicación de PP en el sector salud ha sido ineficiente porque genera una sobrecarga a los prestadores para reportar y responder a los requerimientos del MEF. Este sistema además plantea objetivos en la producción que generalmente son medidos por indicadores de alcance y no de impacto, que no son acordes con una lógica sanitaria. Por otro lado, el financiamiento separado entre “costos fijos” a través de los GOREs y “costos variables” a través del SIS limitan la capacidad de planificar de los prestadores.

En relación a la infraestructura y los recursos humanos, existe una deficiencia en el uso de los recursos disponibles y una mala asignación territorial. Los recursos no se optimizan, existe una duplicación de esfuerzos por la fragmentación que existe en la prestación. Por un lado, en el subsistema público, el más grande del país, existen altas restricciones de oferta. El 40% de hospitales del MINSA tienen una antigüedad entre 26 y 50 años y no han tenido un adecuado mantenimiento adecuado. Por otro lado, existen limitaciones en cuanto a recursos humanos, donde falta la disponibilidad de médicos especialistas y profesionales de la salud, pero además persisten grandes diferencias en su disponibilidad entre regiones, lo cual perjudica la calidad de la atención.

Finalmente, no se ha logrado establecer un sistema de referencia y contra-referencia, de tal manera que las atenciones no se concentran en el primer nivel de atención por las restricciones existentes en cuanto a insumos y recursos humanos.

E.3. SEGURO DE DESEMPLEO

E.3.1. Marco Conceptual

El objetivo de un seguro de desempleo es proteger a los trabajadores ante un siniestro: la pérdida del empleo. El seguro ofrece un beneficio, en la forma de salario de reemplazo o de pago único, a aquellas personas que han perdido su empleo para que puedan dedicarse a la búsqueda de uno nuevo. En este sentido, el riesgo moral de ofrecer un seguro de desempleo es evidente: recibir un ingreso por no trabajar puede desincentivar el trabajo. Así, recibir un salario de reemplazo puede inducir a períodos de desempleo más largos o más frecuentes entre los beneficiarios que frente al resto de trabajadores o en comparación con la situación sin seguro. Entonces, ¿cómo asegurar que el beneficiario destine su tiempo a la búsqueda de empleo y no al ocio? ¿Cómo evitar que los desempleados incurran en periodos de desempleo más largos? ¿Cómo evitar que los trabajadores caigan de manera más frecuente en el desempleo? Los primeros estudios sobre diseños de protección ante el desempleo aparecieron para contestar a estas preguntas, siendo en su mayoría estudios teóricos que buscaron encontrar un modelo de seguro óptimo de desempleo que permitiera proteger a los trabajadores sin distorsionar su comportamiento ni el de los mercados laborales.

Shavell y Weiss (1979) fueron los pioneros del diseño de un seguro de desempleo óptimo. Ellos desarrollan un modelo de búsqueda de empleo que lidia con el riesgo moral de rechazar un empleo para seguir siendo beneficiario del seguro. Plantean una economía en la que todos los agentes son iguales y aversos al riesgo, y en la que el empleo es absorbente, es decir que una vez que el trabajador consigue un empleo se mantiene en éste para siempre. La probabilidad de encontrar un empleo, en este modelo, está sujeta al nivel de esfuerzo en la búsqueda y al salario de reserva. Finalmente, no hay mercado de capitales y los trabajadores no pueden endeudarse. Los primeros resultados de la versión más simple del modelo indican que un seguro de desempleo óptimo debería de mantener los beneficios constantes durante el periodo de desempleo. Sin embargo, al incluir riesgo moral en el comportamiento de los trabajadores los resultados cambian. Bajo este escenario, los beneficios deberían ser decrecientes a lo largo del periodo de desempleo, ya que monitorear el esfuerzo de cada beneficiario es demasiado costoso. Con beneficios decrecientes se presiona al trabajador a realizar una búsqueda más intensiva.

Hopenhayn y Nicolini (1997) proponen un diseño del seguro de desempleo en la misma línea que Shavell y Weiss (1979). En su modelo de búsqueda de empleo, los agentes también son iguales entre sí, aversos al riesgo, el empleo es absorbente y no hay mercado de capitales. Ante el riesgo moral, Hopenhayn y Nicolini incrementan el set de herramientas de política que pueden utilizarse. Incluyen además del beneficio de desempleo, un impuesto al salario percibido inmediatamente después del desempleo. Encuentran que para lograr un seguro de desempleo óptimo, los beneficios deben decrecer con el tiempo de desempleo y el impuesto debe incrementar según la duración del desempleo anterior. Utilizando ambos instrumentos se fomenta el esfuerzo de los trabajadores para conseguir un nuevo empleo, ya que ambos hacen que la búsqueda prolongada de empleo sea más costosa. Además, a mayor penalidad por periodos de desempleo mayores razones para evitar el desempleo. Estos incentivos pueden tener repercusiones no deseadas en las preferencias de los trabajadores sobre, por ejemplo, la industria en la que se busca el empleo. Estos efectos son ignorados por los autores.

Los trabajos seminales de Shavell y Weiss (1979) y Hopenhayn y Nicolini (1997) abrieron una discusión sobre el perfil que debería tener el pago de beneficios a lo largo del periodo de desempleo. Esto es, cómo se debería de comportar el pago de beneficios a lo largo del tiempo de desempleo. Si bien ambos trabajos concluyen que los beneficios deben ser decrecientes con el tiempo, la razón del comportamiento decreciente y el comportamiento en sí son desafiadas por la literatura posterior.

Un trabajo que discute el comportamiento decreciente de los beneficios es el de Wang y Williamson (1996). En su modelo, ellos consideran un riesgo moral adicional al de los modelos anteriores: la destrucción del empleo. Argumentan que un seguro de desempleo puede fomentar el desempleo. Al hacer más atractivo el desempleo, los trabajadores se esfuerzan menos en mantener su trabajo. Así, en el modelo que proponen, tanto la probabilidad de encontrar un empleo como la de perder un empleo dependen del esfuerzo del trabajador. Los parámetros son calibrados de tal forma que los flujos al desempleo, el ratio de desempleo y la tasa de cobertura coincidan con las del sistema de seguro de desempleo de Estados Unidos de esa época. Para prevenir la destrucción del empleo, los autores presentan un sistema de pago de beneficios bajo al inicio del periodo de desempleo, pero que se incrementa con el tiempo hasta cierto punto para luego volver a caer. De esta manera, se desincentiva la entrada al desempleo y los empleos que suponen *temporary layoffs*.

Hasta ahora se han visto modelos de desempleo que reducen las distorsiones del mercado laboral a problemas de riesgo moral. Sin embargo, hay estudios que consideran que parte de la distorsión en el mercado se debe a la incapacidad del Estado de observar el perfil y las preferencias que tienen los beneficiarios. Al no poder observarlo, el Estado ofrece beneficios tanto al trabajador que efectivamente busca un nuevo empleo, como al trabajador que prefiere ser desempleado para siempre. Así, las distorsiones de mercado también se dan por un problema de selección adversa. En esta línea, Cremer, Marchand y Pestieau (1996) argumentan que los problemas que supone un seguro de desempleo no son solo de riesgo moral, sino también de selección adversa. En su modelo de búsqueda de empleo identifican una discrepancia entre el empleo que los desempleados prefieren y el empleo que se les ofrece. Un seguro de desempleo les permite a estos individuos esperar a que llegue un trabajo que consideren adecuado para ellos. Sin embargo, hay un segundo tipo de individuos cuya habilidad en actividades informales es más valiosa y que preferirán quedarse en el sector informal. Que este segundo grupo reciba beneficios de desempleo puede empujarlos a quedarse desempleados para siempre. En el modelo planteado existe asimetría de información entre el Estado y los individuos. El Estado no puede observar las preferencias de los trabajadores, el esfuerzo de búsqueda de empleo ni la habilidad en el sector informal, de modo que ante este problema de selección adversa, el modelo de seguro que predomina es aquel en dos etapas que tiene beneficios decrecientes a lo largo del periodo de desempleo.

Un análisis más complejo de la economía laboral considera a los salarios (y no sólo al esfuerzo) como una variable endógena. Todos los modelos presentados hasta ahora asumen que la distribución de los salarios está dada y que los únicos factores que cambian con los trabajadores son el nivel de esfuerzo en la búsqueda del empleo, el tiempo que se mantienen desempleados y en algunos casos el esfuerzo para mantener el empleo. Sin embargo, en la práctica la negociación entre trabajador y empleador define en cierta medida los salarios. Los siguientes modelos incluyen los salarios como una variable endógena.

El primero de ellos es el de Cahuc y Lehmann (1999). Ellos argumentan que el nivel de desempleo influye en los salarios, en la demanda por empleo y en la intensidad de la búsqueda de empleo. Por lo tanto, un estudio sobre los efectos del seguro de desempleo no puede asumir salarios exógenos, como han estado haciendo los autores anteriores. Cahuc y Lehmann se cuestionan si el pago de beneficios debe decrecer con el tiempo de desempleo al considerar salarios endógenos. En el modelo, de salarios y esfuerzo endógeno, se asume que los trabajadores pueden estar en alguna de las tres condiciones: empleado, desempleado en el corto plazo y desempleado en el largo plazo. Los salarios se determinan por una negociación colectiva dentro de la empresa (acuerdos colectivos), de manera que la negociación de un trabajador determina el salario de toda la empresa. Si el contrato se rompe, el trabajador que negoció el salario cae al desempleo de corto plazo. Ante la pregunta que se plantean, los autores encuentran que con beneficios decrecientes a lo largo del período de desempleo no sólo se induce a los trabajadores a buscar un trabajo con mayor intensidad sino que los beneficios decrecientes también conducen a un incremento en los salarios. El alza de los salarios implica un incremento en la tasa de desempleo que puede contrarrestar el efecto del mayor esfuerzo de búsqueda. De esta manera, la pregunta de investigación se vuelve incluso más cuestionable.

Fredriksson y Holmlund (2001) también consideran los salarios, además del esfuerzo, como endógenos e incorporan libre entrada de nuevos empleos. Tanto el nivel de esfuerzo como los salarios se ven afectados por las características del seguro de desempleo. Los autores se centran en un modelo de seguro con dos niveles de beneficios. En un primer momento, los desempleados acceden a beneficios. Una vez agotados los beneficios a los que accedieron, se les otorga una especie de asistencia social, que es mucho menor que el beneficio anterior. Ellos encuentran que para un seguro óptimo los pagos de beneficio deben ser decrecientes con el tiempo de desempleo.

En el marco de la literatura internacional, los países en desarrollo han levantado un interés especial por las características de sus mercados laborales. Una característica en especial ha sido origen de muchos estudios: la informalidad. ¿Qué sucede si los desempleados pueden optar por una opción adicional, esto es la de trabajar en un empleo informal? ¿Qué papel juega el seguro de desempleo en la decisión de mantener un empleo formal? Como se verá a continuación, las consecuencias de un mercado laboral informal no son triviales. Es necesario incluir la existencia de este mercado paralelo en el análisis de un seguro de desempleo.

Bardey y Jaramillo (2011) analizan el efecto de un incremento en los beneficios del seguro de desempleo sobre el esfuerzo por conseguir un empleo en el sector formal para países en desarrollo, en los cuales existe un amplio mercado de trabajo informal. Su análisis se limita a un único periodo de desempleo. No observan el efecto en futuros periodos de desempleo ni el riesgo moral que éstos traen consigo. En su modelo, un trabajador desempleado puede destinar su tiempo a tres actividades: (i) buscar un empleo en el sector formal de la economía, (ii) ganar dinero en alguna actividad informal, o (iii) al ocio. En una economía con un sector informal, el incremento de los beneficios de un seguro de desempleo incrementa el esfuerzo realizado para asegurar un empleo en el sector formal. Esto se debe al hecho de que los beneficios disminuyen el costo de oportunidad marginal generado por el esfuerzo.

De manera complementaria, Bosch (2016) explica los posibles beneficios y retos de un seguro de desempleo en el contexto de una economía altamente informal. Como explica Bosch, un seguro correctamente implementado puede favorecer el trabajo formal al hacerlo más valioso que el empleo informal. Además, la evidencia en países en desarrollo demuestra que un salario

de reemplazo es una mejor herramienta para proveer un ingreso seguro en caso de pérdida de empleo. Sin embargo, en una economía altamente informal, la cobertura de dicho sistema sería baja. Además los problemas morales usuales que enfrenta un seguro de desempleo se intensificarían, ya que los trabajadores podrían reclamar un seguro de desempleo mientras trabajan en un empleo informal.

Otros autores también aportan a la literatura del seguro de desempleo en un mercado de alta informalidad desde una perspectiva más crítica, como las conclusiones recogidas en la publicación editada por Pagés, Rigolini y Robalino (2013). Uno de los argumentos más resaltantes es que bajo un modelo “bismarckiano” en el que las contribuciones son obligatorias para financiar los beneficios, economías en desarrollo sufrirán inevitablemente problemas de cobertura debido a que gran parte del mercado laboral es informal, auto-empleado o agrícola. Una solución a este problema es crear sistemas no contributivos que protejan a todos los trabajadores. Sin embargo, ello genera distorsiones que, como se menciona en el estudio, pueden provenir del lado de la oferta o del lado de la demanda. Sobre el lado de la oferta, se generan incentivos a tomar empleos informales si el seguro se expande a todos los trabajadores, y si los beneficios son suficientemente grandes se incrementa la duración del desempleo. Por el lado de la demanda, las contribuciones obligatorias pueden generar incentivos para contratar de manera informal, sobre todo en el caso de baja productividad de los trabajadores. Algunas de las recomendaciones para expandir la cobertura de aseguramiento social sin distorsionar son las siguientes: (i) dar más flexibilidad para escoger los programas a los que se afilia, proveyendo de mejor información e incentivos para afiliarse; (ii) recurrir a acuerdos concretos redistributivos que ayuden a reducir la pobreza y la desigualdad; y (iii) reducir la carga impositiva, mejorando los vínculos entre las contribuciones y los beneficios.

Muchos de los trabajos que lidian con la informalidad en el contexto de un seguro de desempleo, lo hacen desde las propias experiencias de los países que lidian con ese problema. González-Rozada y Ruffo (2014) evalúan los efectos de proveer mayores beneficios, mayor cobertura y mayor duración del seguro de desempleo en Argentina, una economía con significativa informalidad, a partir del análisis de las variaciones de los beneficios originados por los cambios en la legislación argentina entre el 2006 y el 2007. Sus estimaciones se basan en datos administrativos de la seguridad social. Los autores encuentran que un incremento en la tasa de reemplazo del salario incrementa la duración del desempleo y genera salarios más altos en el siguiente empleo. Por otro lado, la extensión de los beneficios incrementa en mayor medida la duración del desempleo, pero en menor medida el salario futuro. Finalmente, sobre el efecto en el bienestar, incrementos en el beneficio traen mejores resultados que incrementos del mismo monto utilizados para alargar la provisión del seguro. Así, los autores concluyen que en Argentina un seguro de desempleo debe ser de duración corta y de beneficios generosos.

Espino y Sánchez (2015) se preguntan cómo la presencia de la informalidad afecta el desarrollo de un seguro de desempleo óptimo. Ellos desarrollan un modelo simple de un período con agentes aversos al riesgo que pueden decidir entre trabajar en un empleo formal o uno informal. Las empresas, por su parte, son neutrales al riesgo. Su modelo es una extensión del de Blanchard y Tirole (2008), que incluye al empleo informal, el cual no puede ser observado por el Estado. El estudio encuentra que en economías con alto riesgo de informalidad, se deberían pagar indemnizaciones altas por despido. En ese escenario, el gobierno debería de establecer un pago de castigo en vez de un beneficio de seguro de desempleo. Es decir, se

debería establecer un impuesto a la informalidad, de tal manera que se incentive el trabajo formal

Finalmente, Álvarez-Parra y Sánchez (2009) desarrollan una extensión del modelo de Hopenhayn y Nicolini (1997), al incluir un mercado laboral informal en su marco de referencia. Su principal hallazgo es que los beneficios de un seguro óptimo deben caer abruptamente a cero después de algunos meses de cobertura y que los esfuerzos del trabajador por conseguir un empleo deben concentrarse en el primer mes de desempleo. Luego de esto, el riesgo de que el empleado reclame sus beneficios y opte por un trabajo informal es alto. Así, un modelo óptimo no debería incluir beneficios para los desempleados de largo plazo.

Un aspecto adicional de los sistemas de seguro de desempleo es que incorporan servicios para la reinserción del trabajador o de “activación”, que típicamente incluyen asesoría y apoyo para la búsqueda de empleo, pero también pueden incluir capacitaciones o entrenamiento que refuerce las habilidades en el trabajo.¹⁴⁷ Card, Kluve y Weber (2010) han hecho una revisión sistemática de la evidencia sobre la efectividad de estos servicios y concluyen que las intervenciones más efectivas son las de asistencia en la búsqueda de empleo (*job search assistance*). Así mismo, capacitaciones en aula o prácticas en empresas tienen impactos positivos en el mediano plazo. En cualquier caso, estos tipos de intervenciones constituyen elementos claves para un programa de seguro de desempleo en la medida en que pueden acelerar la reinserción laboral, así como mejorar la calidad del empleo para el trabajador.

En resumen, la revisión de la literatura permite observar el rol central que juega el tema de los incentivos para un seguro de desempleo y, en particular, el riesgo moral. El grueso de la literatura y particularmente aquélla que ha considerado las características de los mercados laborales en países en desarrollo sugiere un modelo de salarios de reemplazo decrecientes con el tiempo de desempleo. Modelos más complejos de seguros de desempleo incluyen penalidades a periodos de desempleo largos o consecutivos, incluyendo impuestos a los salarios una vez obtenido un empleo. En cualquier caso, la literatura más relevante enfocada en países de Latinoamérica, que al igual que Perú sufren de problemas como altas tasas de informalidad sugiere que un seguro de desempleo óptimo debería ser de duración corta y beneficios decrecientes. Así mismo, debería estar ligado a servicios que faciliten una buena y rápida reinserción de los trabajadores.

E.3.2. Experiencias internacionales

Desde la década pasada se ha registrado presencia de los seguros de desempleo en América Latina, incorporando prácticas de los países de la OCDE para buscar la cobertura de la población vulnerable a la pérdida del empleo. Como se observa en la **Tabla E.3.1**, existen diferentes esquemas tanto en lo referente al financiamiento (si es realizado por el trabajador, el empleador o por el Estado) así como en lo que se refiere a las tasas de reemplazo, beneficios (máximos y mínimos), duración y población objetivo.

¹⁴⁷ Véase la reciente serie de publicaciones *Back to Work*, de la OECD, enfocada en las experiencias de países con programas orientados a apoyar la reinserción laboral.

Tabla E.3.1.
Comparativo de los seguros de desempleo, América Latina y OECD

	Financiamiento			Tasa de reemplazo	Beneficios		Duración	Cobertura
	Trabajador	Empleador	Estado		Mínimo	Máximo		
América Latina								
Brasil	-	-	Total	80%	Sí	Sí	3-5 meses	Empleados del sector privado, de casa particular y pescadores
Chile	0.64%	2.40%	Contribu- ción fija anual	50% decreciente	Sí	Sí	1-5 meses	Empleados del sector privado, incluidos temporales
Colombia	-	8.30%	-	Pago de suma alzada equivalente a un mes de salario por año	No	No	-	Empleados
OCDE								
Bélgica	0.87%	1.46%	Déficit	60% decreciente		Sí	Caracte- rísticas individuo	Empleados
Dinamarca	8%	-	Subsidio	90%		Sí	1-48 meses	Empleados, incluyendo cuenta propia
España	1.55% - 1.6%	5.5% - 7.7%	Subsidio	70% - 60%	Sí	Sí	4-24 meses	Empleados privados
Francia	2.40%	4.25%	Total	57.2% - 75%		Sí	24 meses	Empleados
Luxemburgo	Impuesto voluntario	-	Total	80%	Sí	Sí	24 meses	Empleados, incluyendo cuenta propia
Suiza	1.1%	1.1%	Subsidio	89% - 70%	Sí	Sí	8.6 – 17.3 meses	Empleados

Fuente: Social Security Programs Throughout the World: Europe 2016, Social Security Programs Throughout the World: The Americas, 2015

Elaboración: Comisión de Protección Social

E.3.2.1. En América Latina

E.3.2.1.1. Chile

En el caso chileno, la participación es obligatoria para todos los trabajadores asalariados en el sector privado. En este sistema contribuyen al seguro trabajador, empleador y el Estado. El aporte de los trabajadores es 0.6% (de su remuneración mensual) a su cuenta individual, mientras que el empleador aporta 1.6% a la cuenta de ahorros individual y 0.8% al fondo común (Fondo de Solidaridad) que se utiliza en el caso de que los ahorros de la cuenta individual no cubran los beneficios de desempleo.

El beneficio cubre hasta 5 meses de la remuneración de reemplazo y la tasa de reemplazo es una fracción decreciente del último salario del trabajador (empezando en 37%). Los trabajadores temporales acceden sólo a la cuenta individual, al igual que los desempleados voluntarios, mientras que los desempleados involuntarios del sector privado formal sí acceden a ambas fuentes.

E.3.2.1.2. Brasil

En este sistema, participan obligatoriamente los trabajadores asalariados del sector privado, donde los empleadores depositan 8% del salario del trabajador en una cuenta de ahorros individual, a la que el trabajador puede acceder si es despedido. El acceso para el seguro de desempleo es para los asalariados del sector privado que hayan contribuido por lo menos seis meses. La duración del beneficio depende del tiempo que se aportó al seguro, variando entre 3 y 5 meses. Los beneficios son una proporción constante del último salario pero tiene un cierto tope; además el nivel del beneficio es una proporción decreciente del nivel de ingreso, alcanzando hasta 80% del salario para quienes se encuentren en la parte inferior de la distribución salarial. También se permite el acceso a la totalidad de la cuenta una vez se haya dejado de aportar por más de 3 años o por jubilación.

E.3.2.1.3. Colombia

Acceden al sistema todos los trabajadores formales del sector público y privado cuyos empleadores hayan realizado aportes a Cajas de Compensación Familiar por al menos 12 meses en los últimos 3 años, siendo la contribución de los empleadores de 9,3% del salario de los empleados, equivalente a un salario anual. La contribución es obligatoria para todos aquellos afiliados a Cajas de Compensación Familiar; para trabajadores independientes, la afiliación es voluntaria. La remuneración de reemplazo es una fracción del promedio del salario en el último año y se recibe por un máximo de 6 meses. Para acceder al fondo, se debe estar en situación de despido o de jubilación, pero también se puede acceder bajo otras condiciones, como para el financiamiento de la educación de los hijos o para conseguir una hipoteca.

E.3.2.2. En otros países

Las tasas de reemplazo en los países de la OECD van desde un máximo de 80% para Suiza y Luxemburgo, hasta un mínimo de 31% para Corea y República Checa. Otros países, como España y Francia, tienen tasas de reemplazo de 69%.

La duración de las remuneraciones de reemplazo oscila desde 6 meses para Estados Unidos e Italia hasta un máximo de 48 meses en Dinamarca, o incluso ningún límite como en Bélgica.

Los seguros de desempleo obligatorios en países de la OECD son de dos tipos: los de tasas de reemplazo fijas y los de tasas ajustadas por el ingreso. En ambas modalidades, se requiere un periodo mínimo de contribución al sistema.

E.3.3. El mercado laboral peruano

E.3.3.1. Oferta Laboral

El Perú se encuentra en un proceso clásico de transición demográfica, habiendo pasado primero de altas a bajas tasas de mortalidad infantil, proceso que –como se observa en el **Gráfico E.3.1**- se inició en los años cincuenta y, posteriormente, desde mediados de los setenta (ver **Gráfico E.3.2**), de altos a bajos índices de fecundidad. Dichas tendencias se mantendrían en las próximas décadas, aunque la velocidad de los cambios será más moderada en el futuro.

Gráfico E.3.1.
Tasa de Mortalidad Infantil
(por cada 1000 nacidos vivos)

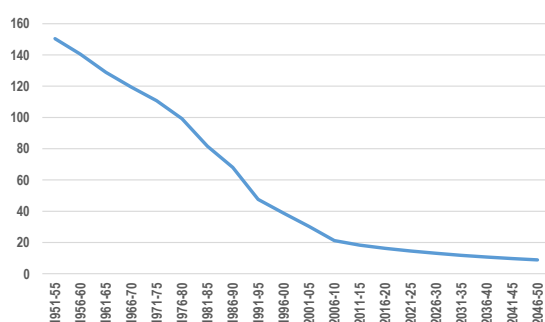
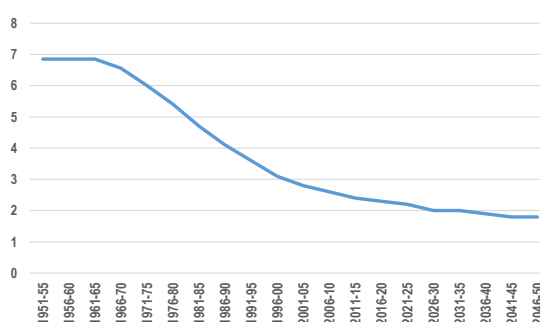


Gráfico E.3.2.
Tasa de Fecundidad
(Número de hijos por mujer)



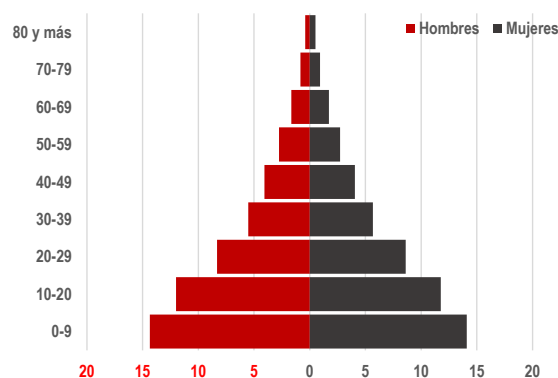
Fuente: CEPAL

Elaboración: Comisión de Protección Social

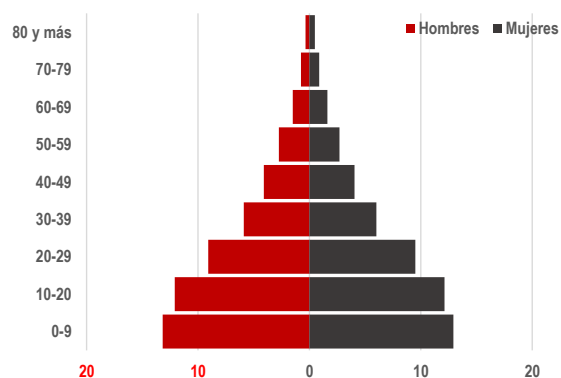
Ambos cambios se han reflejado en un continuo incremento de la esperanza de vida, la cual ha pasado de 53 años en 1971 a 63 en 1985 y a 75 en 2016. Asimismo, han transformado la estructura etaria de la población. El **Gráfico E.3.3** ilustra dichos cambios y las proyecciones correspondientes para los próximos años. En dicho gráfico se observa que la proporción de individuos entre los 15 y 65 años era de 54.7% en 1981 y ha venido aumentando en los últimos años hasta llegar a 63.1%, según datos del censo 2007, estimándose que llegue a 66.7% en 2021. Estas tendencias son aún más acentuadas en el sector urbano, ya que la población entre 16 y 65 años representó 57.6% del total en 1981, tasa que se incrementó a 65.6% en 2007 y llegaría a 67.6% en 2021. Debe considerarse que como resultado tanto del envejecimiento natural como de una esperanza de vida más prolongada, el grupo de adultos mayores está aumentando su participación en la población total, mientras que la proporción de la población menor de 15 años de edad está disminuyendo (ver **Gráfico E.3.4**).

Gráfico E.3.3.
Pirámide Poblacional

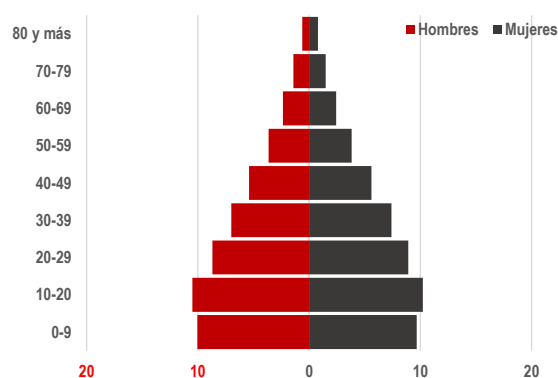
(Perú, 1981)



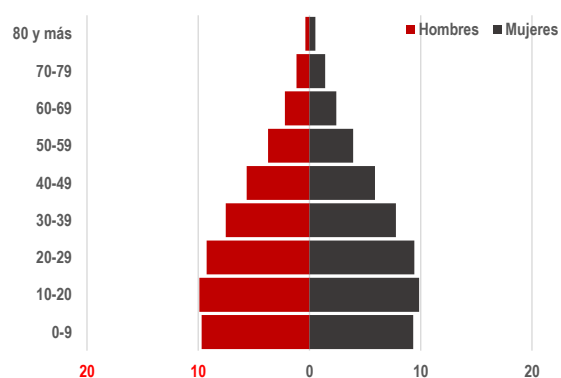
(Perú Urbano, 1981)



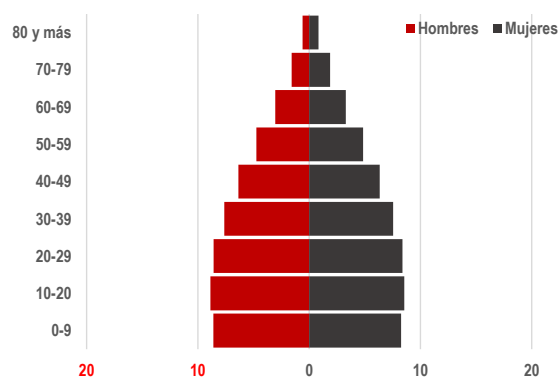
(Perú, 2007)



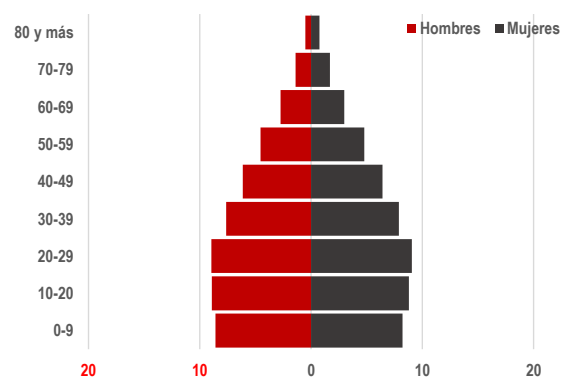
(Perú Urbano, 2007)



(Perú, 2021)



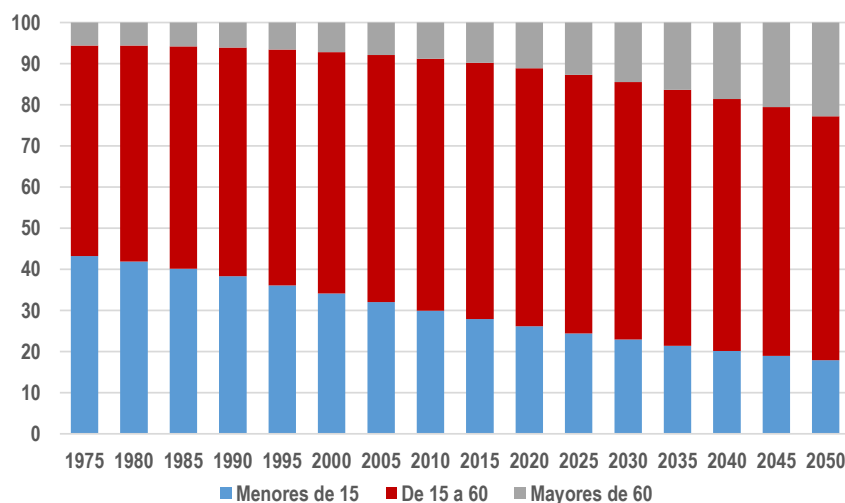
(Perú Urbano, 2021)



Fuente: INEI

Elaboración: Comisión de Protección Social

Gráfico E.3.4.
Distribución de la Población por Edades
(% del total)



Fuente: CEPAL

Elaboración: Comisión de Protección Social

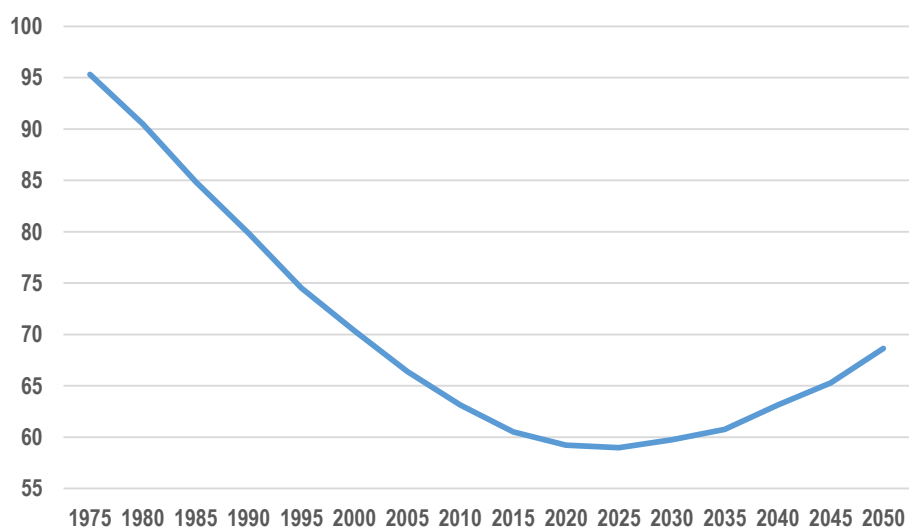
A consecuencia de estos cambios demográficos, la tasa de dependencia –definida como la relación entre el número de individuos menores de 15 o mayores de 64 años y el número de personas en edad de trabajar– muestra una tendencia a la baja, aunque como se aprecia en el **Gráfico E.3.5**, es de esperarse que la inflexión en esta tendencia se produzca dentro de los próximos 10 años¹⁴⁸. Esta situación presenta al Perú con una ventana temporal de oportunidad para mejorar el crecimiento económico. Dicho escenario genera la posibilidad de que los hogares aumenten su nivel de ahorro, inviertan en capital humano y garanticen mejores condiciones no sólo para la vejez de los jefes de hogar, sino también para los estándares de vida de sus hijos. Sin embargo, este escenario desafía también la capacidad del mercado laboral, puesto que obliga al mercado a generar suficientes puestos de trabajo como para absorber la creciente fuerza laboral. Es decir, la transición demográfica genera una ventana de oportunidad para los hogares al tiempo que una mayor presión para el mercado laboral.

¹⁴⁸ Si adicionalmente a las personas menores de 15 años y a las mayores de 65, se considera también a las que se encuentran desempleadas y subempleadas, la inflexión ya habría empezado alrededor del año 2010. Ello sugiere que el proceso de formalización de la economía peruana es tan lento que el ratio de dependencia crece aceleradamente, algo que sugiere tomar con cautela el bono demográfico.

Gráfico E.3.5

Tasa de Dependencia

(Menores de 15 y Mayores de 60 años como % de la Población entre 15 y 60 años)

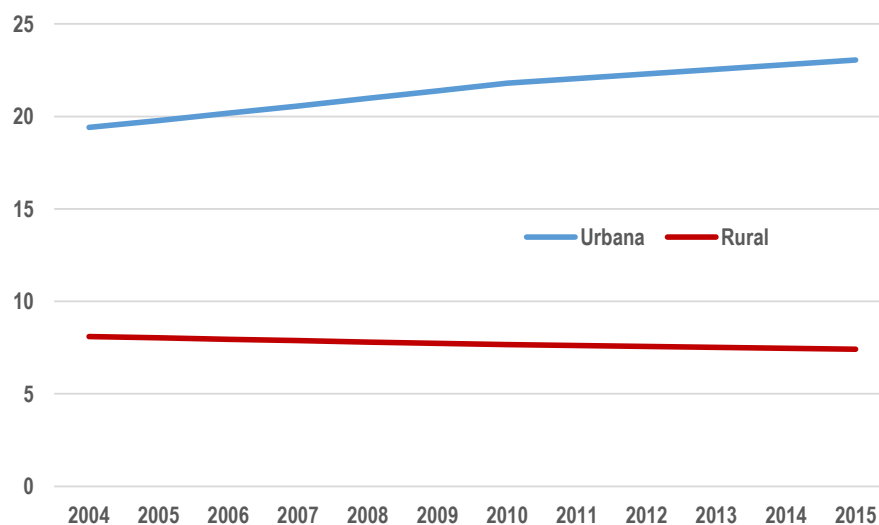


Fuente: CEPAL

Elaboración: Comisión de Protección Social

Paralelamente, a lo largo de las últimas décadas, tal como se aprecia en el **Gráfico E.3.6**, el Perú ha entrado en un proceso de urbanización de la población, que en los años más recientes se ha traducido en un continuo incremento de la población urbana, la cual representó 75.6% del total en 2015. En contraste, desde 2004 la población rural ha decrecido a un ritmo promedio de 0.8% anual. Como indican Jaramillo y Sparrow (2011), los mercados urbanos y rurales son muy diferentes. Tal como se aprecia en el **Gráfico E.3.7**, la población en edad de trabajar de las zonas rurales es proporcionalmente más pequeña que la población en edad de trabajar en las zonas urbanas, lo que implica que la tasa de dependencia es mayor (ver **Gráfico E.3.8**). Esto está asociado al menor ritmo del cambio demográfico en el área rural, así como a procesos de migración selectiva del campo a la ciudad.

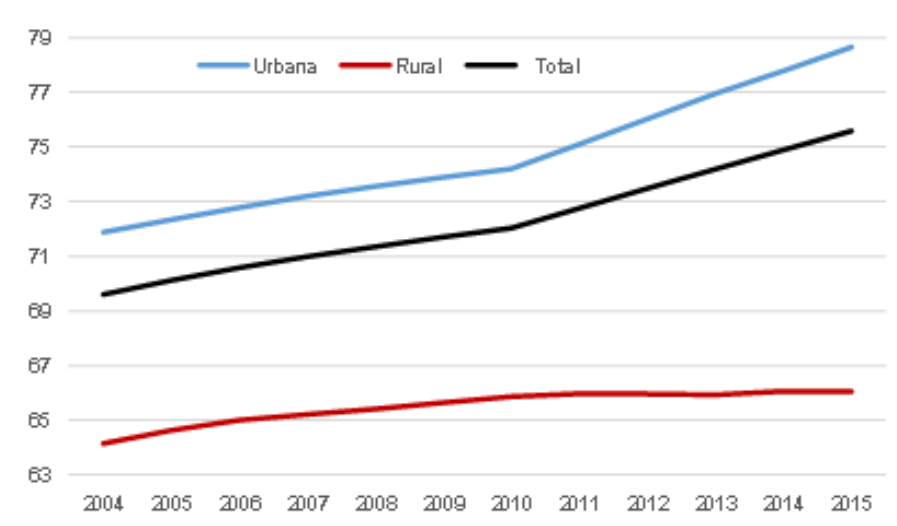
Gráfico E.3.6.
Población Urbana y Rural
(Millones de Habitantes)



Fuente: INEI

Elaboración: Comisión de Protección Social

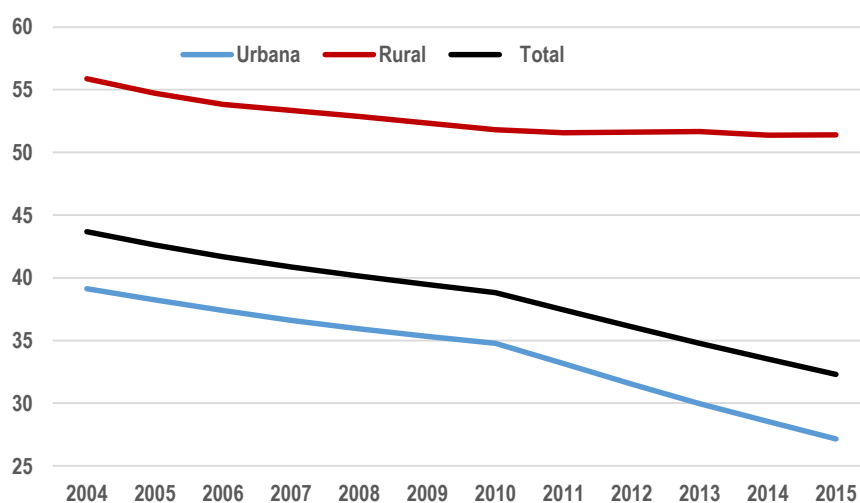
Gráfico E.3.7.
Población en Edad de Trabajar
(Como % de la población total)



Fuente: MINTRA

Elaboración: Comisión de Protección Social

Gráfico E.3.8.
Tasa de Dependencia, Urbana y Rural
(Población menor de 15 años y mayor de 65 años, como % de población entre 15 y 65 años)

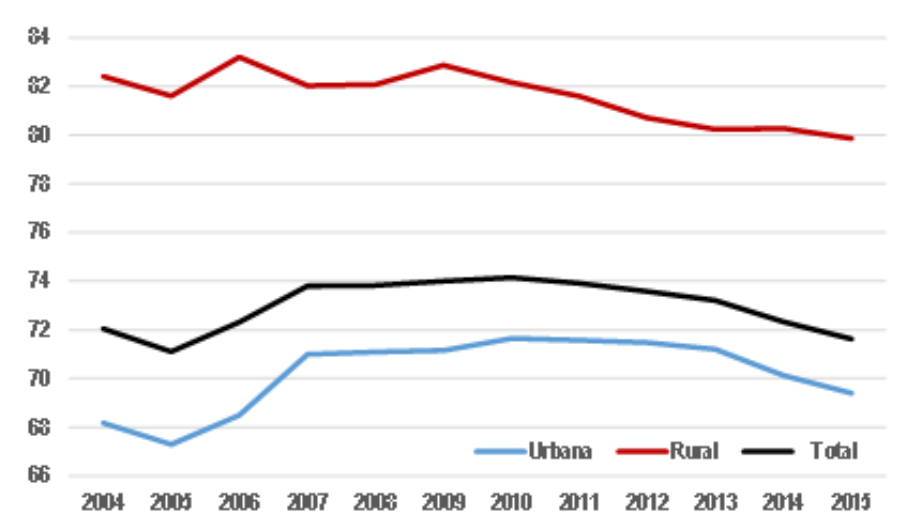


Fuente: MINTRA

Elaboración: Comisión de Protección Social

Por otro lado, la tasa de actividad, esto es, la población económicamente activa como porcentaje de la población en edad de trabajar, es más alta en el área rural (ver **Gráfico E.3.9**). Esto está relacionado al hecho de que en el segmento urbano parte de la población decide voluntariamente no participar en el mercado laboral, dedicándose a estudiar o a labores domésticas, lo que es notablemente inferior en el segmento rural. Así mismo, la tasa de empleo en las zonas rurales también es considerablemente más altas que en las zona urbana, por lo que el desempleo prácticamente no existe en las zonas rurales, ubicándose en 0.8% en 2015 (ver **Gráfico E.3.10** y **Gráfico E.3.11**). Ello responde a que el empleo en las zonas rurales tiene una dinámica muy diferente de la de las zonas urbanas. En las zonas rurales, por ejemplo, muchos de los miembros del hogar sin contrato de trabajo se reportan como empleados en las encuestas, mientras trabajen en la tierra de la familia o ayuden durante los períodos de siembra o cosecha. Además, las regulaciones laborales casi no se aplican y la informalidad es extendida en dichas zonas.

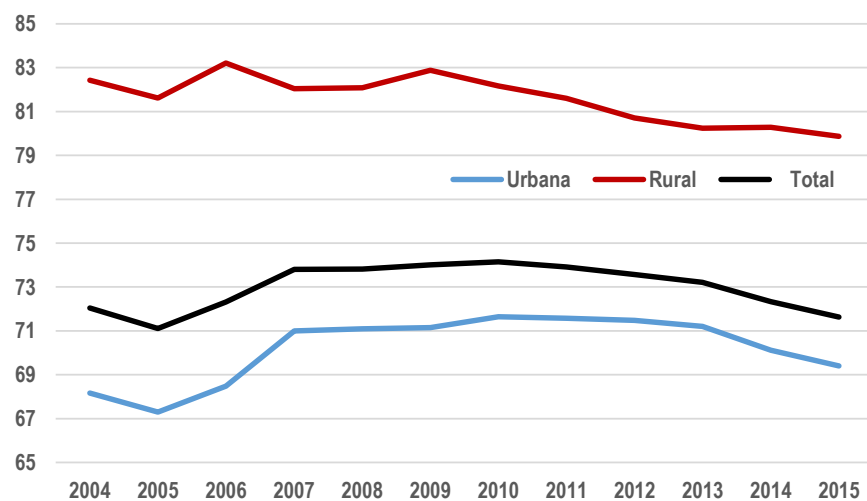
Gráfico E.3.9.
Población Económicamente Activa
 (Como % de la Población en Edad de Trabajar)



Fuente: MINTRA

Elaboración: Comisión de Protección Social

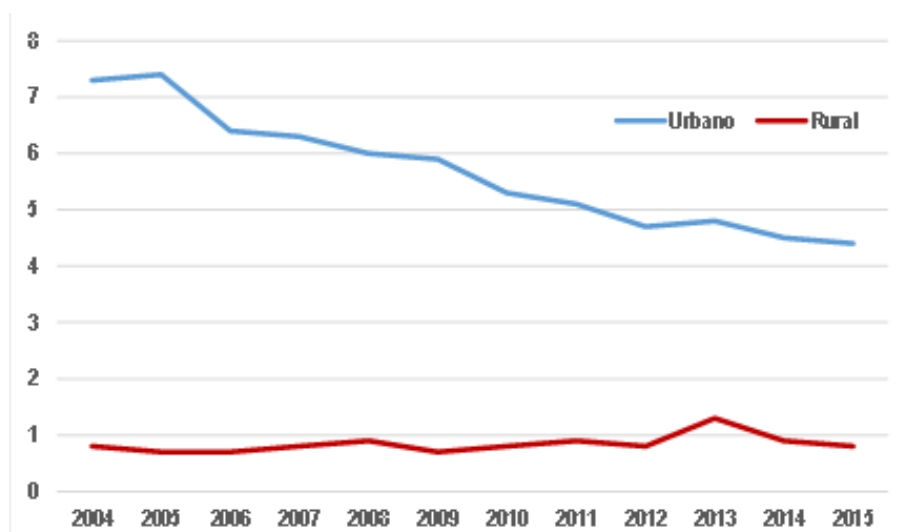
Gráfico E.3.10.
Tasa de Ocupación
 (Población ocupada como % de la población en edad de trabajar)



Fuente: MINTRA

Elaboración: Comisión de Protección Social

Gráfico E.3.11.
Tasa de Desempleo
(Población desempleada como % de la Población Económicamente Activa)



Fuente: MINTRA

Elaboración: Comisión de Protección Social

Finalmente, la **Tabla E.3.2** muestra la evolución del nivel de logro educativo de la fuerza laboral en la última década. Como se puede observar, el nivel promedio ha mejorado, habiéndose reducido la proporción de la población con nivel de educación primaria o menor, mientras que ha aumentado la proporción con educación secundaria o post-secundaria. Si bien grueso, este es un indicador de cierta mejora en la capacidad productiva de la fuerza laboral.

Tabla E.3.2.
Nivel de logro educativo alcanzado para la PEA, 2004 y 2015

	2004		2015	
	Número de personas	%	Número de personas	%
Sin nivel/inicial	871,604	6.01%	586,164	3.44%
Primaria	4,032,296	27.80%	3,789,091	22.23%
Secundaria	6,116,597	42.17%	7,547,688	44.28%
Superior no universitaria	1,718,461	11.85%	2,340,799	13.73%
Superior universitaria	1,642,483	11.32%	2,513,667	14.75%
Post-grado universitario	123,641	0.85%	269,313	1.58%
Total PEA	14,505,082	100.00%	17,046,721	100.00%

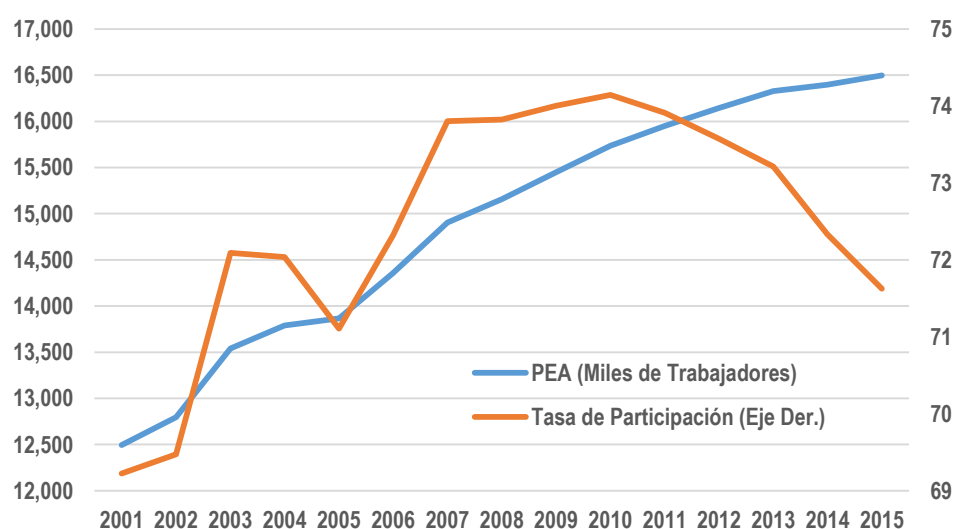
Fuente: ENAHO

Elaboración: Comisión de Protección Social

E.3.3.2. Demanda Laboral

¿Cómo ha respondido el mercado laboral a los desafíos previamente mencionados? Si bien el aumento de la tasa de participación supone mayor oferta laboral, ¿cómo ha respondido la demanda? El **Gráfico E.3.12** presenta la evolución de la Población Económicamente Activa (PEA) en términos absolutos y en términos relativos (como porcentaje de la Población en Edad de Trabajar, PET), siendo este último indicador la tasa de actividad o tasa de participación. Previsiblemente, debido al crecimiento de la población en edad de trabajar, la PEA presenta una tendencia ascendente en términos absolutos. La tasa de participación también ha presentado en el período 2001-2010 una tendencia ascendente, posiblemente asociada a la expansión económica en el período, la que se ha revertido sólo en los últimos años. Así, durante el período de expansión no solo aumentó el porcentaje de la población en edad de trabajar, sino también lo hizo la tasa de actividad; en el período de moderación del crecimiento, si bien la población en edad de trabajar siguió aumentando, la tasa de participación se redujo.

Gráfico E.3.12.
Población Económicamente Activa
(En miles de personas y como % de la Población en Edad de Trabajar)

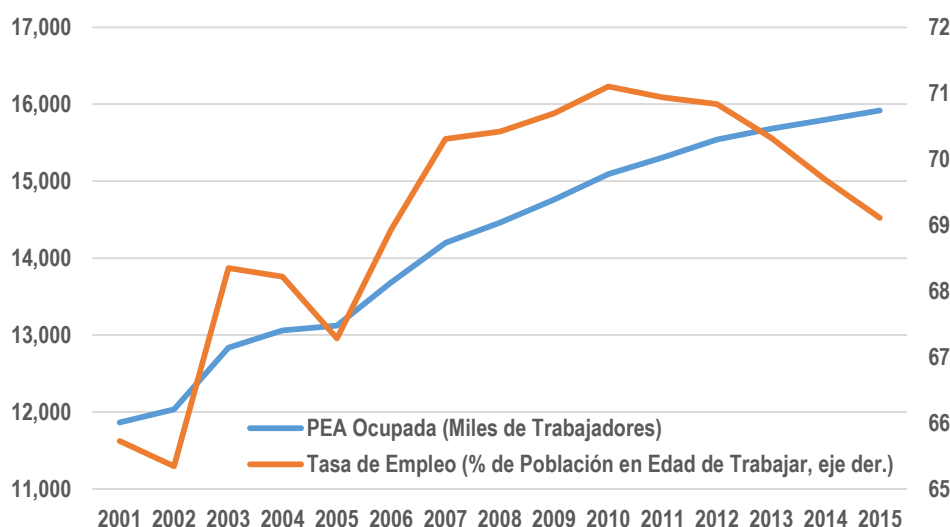


Fuente: MINTRA

Elaboración: Comisión de Protección Social

El **Gráfico E.3.13** muestra que la demanda laboral ha respondido a la expansión de la oferta de trabajo: tanto el tamaño de la fuerza laboral como la proporción de la población ocupada frente a la población en edad de trabajar —es decir, la tasa de empleo— aumentaron de manera constante durante el *boom* económico de la década pasada, aunque la segunda se moderó conforme se reducía la tasa de crecimiento del producto.

Gráfico E.3.13.
Población Económicamente Activa Ocupada
 (En miles de personas y como % de la Población en Edad de Trabajar)



Fuente: MINTRA

Elaboración: Comisión de Protección Social

En general, el crecimiento del empleo está estrechamente asociado al crecimiento del PBI, aunque el del empleo suele ser mucho menos volátil que el del PBI. Sin embargo, la fuerte reducción en el ritmo de crecimiento del PBI en el 2009, debida a la crisis internacional, no se tradujo en una reducción de la tasa de crecimiento del empleo, generando el inusual resultado para el período de una elasticidad empleo-producto cercana a 2 ese año. En todo caso, tomando promedios trianuales, como en la **Tabla E.3.2**, se observa una elasticidad empleo-producto relativamente estable, ubicándose en el rango 0.208 a 0.366, con una tendencia a situarse alrededor de 0.25. Cabe destacar que la variación del empleo utilizada en estos cálculos es la total, no sólo la correspondiente al sector formal.

Tabla E.3.2
Elasticidad Empleo – Producto (Promedio en períodos indicados)

	2009-11	2010-12	2011-13	2012-14	2013-15	Promedio	Mediana
Elasticidad Empleo-Producto punto	0,366	0,251	0,211	0,219	0,208	0,252	0,245
Var. % del PBI	5,2	6,9	6,1	4,8	3,9	5,3	5,2
Var. % del Empleo	1,9	1,7	1,3	1,0	0,8	1,4	1,3

Fuente: MINTRA

Elaboración: Comisión de Protección Social

La distribución del empleo por tamaño de empresa se presenta en la **Tabla E.3.3**. Como se puede observar, casi la mitad del empleo fuera del sector público está conformada por trabajadores independientes. Entre el resto de trabajadores del sector privado, más de la mitad se ubican en empresas de menos de 10 trabajadores. Una característica particular del

mercado laboral peruano es que hay más trabajadores en empresas grandes (de más de 100 trabajadores) que en las empresas medianas (de entre 11 y 100 trabajadores). Aunque el tema no ha sido investigado sistemáticamente, uno sospecharía que es estas últimas donde el costo de las regulaciones es mayor, puesto que las más pequeñas tienen más facilidad para escapar a la supervisión mientras que las más grandes tienen capacidad financiera para cumplirla.

Tabla E.3.3.
Estructura del empleo en el sector privado por tamaño de empresa, 2015

	Número de trabajadores	%
Independientes	5,658,453	48.44%
Empresas con 10 empleados o menos	3,054,505	26.15%
Empresas con más de 10 empleados y menos de 100	1,453,376	12.44%
Empresas con 100 empleados o más	1,513,951	12.96%
Empleo total privado	11,680,284	100.00%

Nota: Se ha excluido en estos cálculos a trabajadores familiares no remunerados y empleados domésticos.

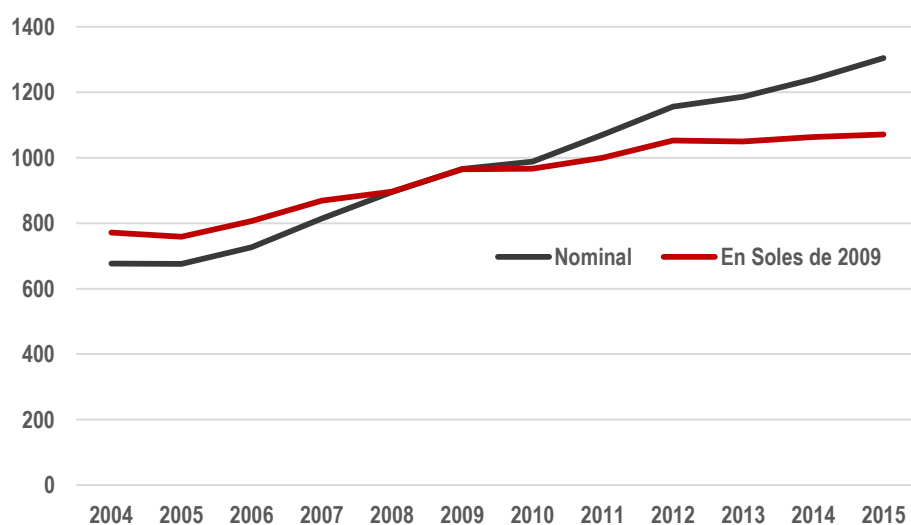
Fuente: ENAHO

Elaboración: Comisión de Protección Social

Esta fuerte concentración del mercado en trabajadores independientes y en pequeñas empresas está detrás de los bajos niveles de productividad de la economía nacional, puesto que está bien documentado que la productividad en las empresas de mayor tamaño es bastante mayor que en las más pequeñas (Céspedes et al., 2014).

En cuanto a la evolución del ingreso, como se observa en el **Gráfico E.3.14**, si bien sigue creciendo en términos nominales, la evolución en términos reales muestra un menor dinamismo y está prácticamente estancado desde 2012. En cuanto a la composición de los ingresos, en la **Tabla E.3.4** se observa la importancia de los ingresos no monetarios en el sector rural (donde la incidencia de autoconsumo o de trueque aún son significativas, frente a lo que se aprecia en el sector urbano); de esta manera, los ingresos no monetarios representan 18.5% de los ingresos en el sector rural y sólo 4.9% en el caso urbano.

Gráfico E.3.14.
Ingreso Laboral Promedio
(Soles Corrientes y Soles de 2009)



Fuente: MINTRA

Elaboración: Comisión de Protección Social

Tabla E.3.4.
Ingreso Mensual, Monetario y No Monetario
(Soles, 2015)

Total	1305,0
Monetario	1223,1
No Monetario	81,8
Por Área de Residencia	
Urbana	1462,7
Monetario	1391,2
No Monetario	71,5
Rural	668,5
Monetario	545,1
No Monetario	123,4

Fuente: INEI

Elaboración: Comisión de Protección Social

E.3.3.3. Informalidad

Un problema fundamental cuando se analiza la estructura de la fuerza laboral ocupada es el de qué definición de informalidad usar, pues hay varias, cada una de las cuales se centra en un aspecto diferente. Como destacan Jaramillo y Sparrow (2011), el concepto de informalidad fue presentado por Keith Hart en 1970 y publicado por primera vez por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1972. La primera definición oficial de informalidad fue introducida en 1982 por la Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo y consideró los siguientes grupos como informales: i) los trabajadores no profesionales independientes; ii) los trabajadores familiares no remunerados; iii) los trabajadores dependientes en empresas privadas con menos de 5 trabajadores; y iv) los trabajadores domésticos. En 1993, la conferencia introdujo una nueva definición que se centró en los aspectos legales de la institución donde el trabajador estaba empleado. Más recientemente, hacia fines de los años noventa, la OIT comenzó a asociar el concepto de formalidad con la noción de "trabajo decente", que incluye cuatro dimensiones: derechos, empleo, protección social y diálogo.

Desde el año 2002, la OIT recomienda utilizar el término "economía informal" en vez del generalmente utilizado "sector informal". El concepto de economía informal incluye trabajadores "especialmente vulnerables", los cuales se definen como los que no están protegidos por el marco regulatorio o que carecen de protección del empleo. En el año 2003, la conferencia también aprobó una directiva que incluye una definición estadística del empleo informal. De acuerdo con esta última directiva, las empresas se pueden clasificar como formales, siempre que cumplan con algunas condiciones, tales como tamaño de la empresa en términos del empleo que genera (el umbral se determinará de acuerdo con las circunstancias nacionales) o condición de registro según formas específicas previstas en la legislación nacional. Dado lo anterior, queda claro que la informalidad puede incluir una serie de aspectos aunque, lamentablemente, la mayoría de las definiciones solo resulta útil en el análisis de algún aspecto específico. Así, por ejemplo, una definición que se basa en el tamaño de la empresa en términos de empleo no nos permite identificar los avances del gobierno en cuanto a la formalización de las pequeñas empresas; de manera similar, usar una definición de informalidad enfocada en el grado de vulnerabilidad del trabajador podría no funcionar cuando el gobierno promueve sistemas de protección social que ya no están vinculados al empleo.

Dadas estas limitaciones, utilizaremos, como Jaramillo y Sparrow (2011), dos definiciones de formalidad con las que esperamos poder analizar los aspectos más importantes del concepto. La primera definición se centra en la concepción de la informalidad como la mano de obra fuera del sector industrial moderno (empleo en el sector informal), mientras que la segunda se centra en la concepción del trabajo informal como el que no cuenta con beneficios sociales (empleo informal). La primera definición ("Definición 1") está asociada a la establecida por la OIT en 1982, considerando dos tipos de trabajadores: asalariados y trabajadores independientes. Los asalariados se clasifican como informales si la empresa en la que trabajan es informal. De acuerdo con estos criterios, las empresas privadas son consideradas como informales si tienen menos de 10 trabajadores. Los trabajadores independientes informales se definen como trabajadores independientes sin educación superior. La segunda definición de informalidad ("Definición 2") se centra en el acceso de los trabajadores a la seguridad social. Por lo tanto, se define como trabajadores informales a quienes laboran en el sector privado, sin beneficios para la salud. Esta última definición considera a los trabajadores domésticos y los trabajadores familiares no remunerados como parte del sector informal, independientemente de su acceso a los beneficios sociales. Ambas definiciones se resumen en la **Tabla E.3.4**.

Tabla E.3.4.
Definiciones de informalidad
(Informal 1 y 2)

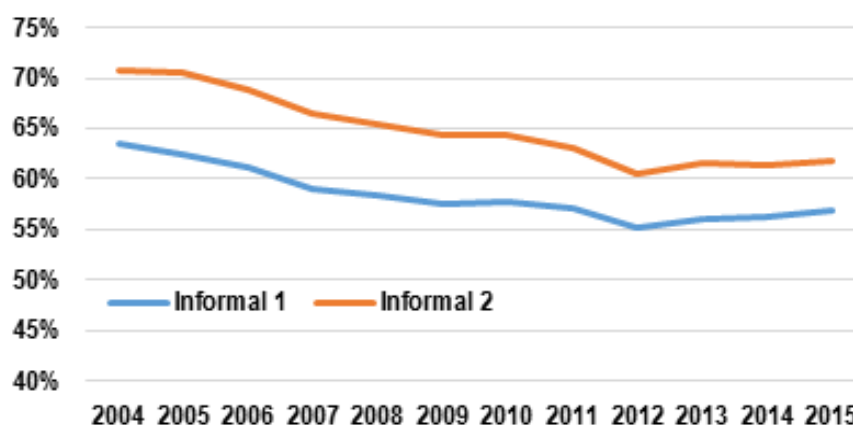
	Definición 1	Definición 2
Asalariados	Son informales si trabajan en empresas con 10 trabajadores o menos.	Son informales si no tienen acceso a beneficios para la salud. Los trabajadores domésticos y el grupo de trabajadores familiares no remunerados siempre son informales.
Trabajadores independientes	Son informales si no cuentan con educación superior.	

Fuente: Jaramillo y Sparrow (2014)

Elaboración: Comisión de Protección Social

El **Gráfico E.3.15** presenta el nivel de informalidad en las áreas urbanas usando la definición 1 y la definición 2. Como muestra el gráfico, la informalidad (usando cualquiera de las definiciones) es alta en las áreas urbanas, pues se trata de una condición presentada por alrededor de 60% de la fuerza laboral total urbana ocupada. La informalidad es mayor usando la definición 2 (en base a los beneficios sociales), pero también es la que más se ha reducido en los últimos años, lo cual sugiere que los esfuerzos recientes por mejorar la cobertura de la seguridad social en salud han sido relativamente efectivos. En cualquier caso, se aprecia que la informalidad de la fuerza laboral decreció de manera continua aunque moderada entre 2004 y 2012, año a partir de la cual ha vuelto a incrementarse. No obstante, permanece por encima del 50% de la fuerza laboral. Es interesante observar cómo la informalidad laboral ha perdurado en la economía peruana a pesar de haber logrado un crecimiento durante más de una década, lo que sugiere dificultades para que la misma se reduzca en ausencia de nuevas medidas orientadas a este fin. Así, la informalidad limita el volumen de la población potencialmente cubierta con un seguro de desempleo, esto es, los trabajadores asalariados formales, tanto como el acceso a la protección social en general.

Gráfico E.3.15.
Fuerza laboral informal según definiciones 1 y 2
(% de la población ocupada)

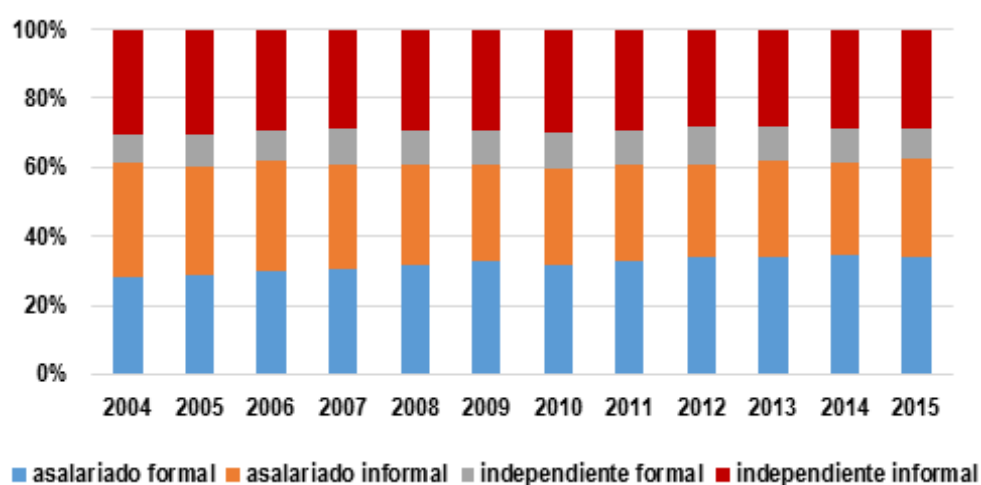


Fuente: MINTRA

Elaboración: Comisión de Protección Social

Por otro lado, tomando la primera definición, se presenta en el **Gráfico E.3.16** la evolución de la estructura del mercado laboral peruano según tipo de trabajador, la cual revela cierta persistencia del trabajo independiente en cerca de 40% del empleo total. Mientras *grosso modo*, la mitad de los trabajadores asalariados son formales (e incluso ya empezando a verse en los últimos años una participación del sector formal superior a la del informal), en el caso de los trabajadores independientes la incidencia de informalidad se mantiene alta, superando en más de tres veces la del sector formal. Los asalariados formales, en cambio, son más que los informales. Este es un cambio que se ha venido dando en la última década. Sin embargo, los asalariados informales todavía abarcan más de un cuarto de los trabajadores de la economía.

Gráfico E.3.16
Informalidad por tipo de trabajador
(% del total)

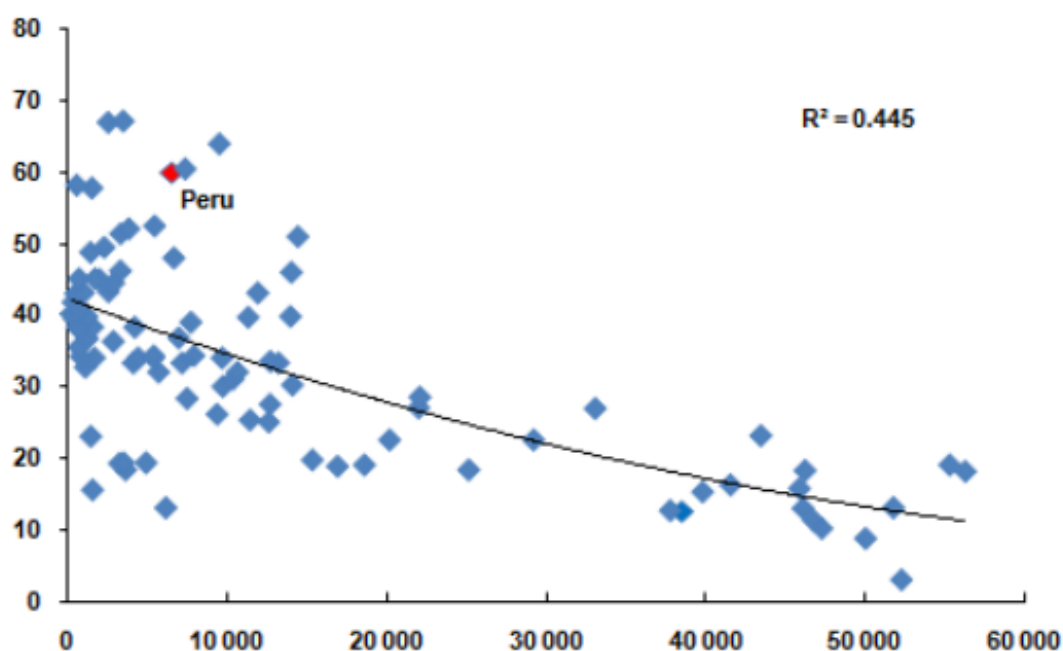


Fuente: MINTRA

Elaboración: Comisión de Protección Social

¿Cuán alta es nuestra informalidad con relación a países de similar nivel de desarrollo? El **Gráfico E.3.17** permite responder a esta pregunta: es bastante más alta. En efecto, Perú (el punto rojo en el gráfico) tiene alrededor de 20 puntos porcentuales más de lo que corresponde a su nivel de ingreso per cápita.

Gráfico E.3.17
Informalidad y PBI per capita, 2012



Fuente: Banco Mundial

Elaboración: Comisión de Protección Social

En el contexto del seguro de desempleo que se está evaluando, una dimensión que puede ser útil también es la aproximación a la informalidad en relación al contrato laboral. Por ejemplo, la idea de asalariado formal estaría vinculada a que, de manera general, los trabajadores formales sean los dependientes con contrato registrados en la planilla electrónica. Como se puede observar en las **Tablas E.3.5 y E.3.6**, estos representan poco menos de la cuarta parte de la PEA ocupada. Así mismo, los trabajadores asalariados con contrato por tiempo indefinido, población foco de un seguro de desempleo estándar, es una porción más bien pequeña de la PEA asalariada, alrededor de 15%.

Tabla E.3.5.
Empleo Asalariado y No Asalariado, 2015
(Miles de Personas)

	Urbano	Lima Metr.	Resto	Rural	Total
Contrato Indefinido	1102	545	558	51	1153
Contrato a Plazo Fijo	2474	1362	1113	159	2634
Sin Contrato	2613	1001	1612	641	3254
Resto	413	209	204	39	452
Total Asalariado	6603	3116	3487	890	7493
No Asalariado	5432	1846	3585	2994	8426
Total	12035	4963	7072	3884	15919

Fuente: INEI

Elaboración: Comisión de Protección Social

Tabla E.3.6.
Empleo Asalariado y No Asalariado, 2015
 (Como % de la Población Ocupada)

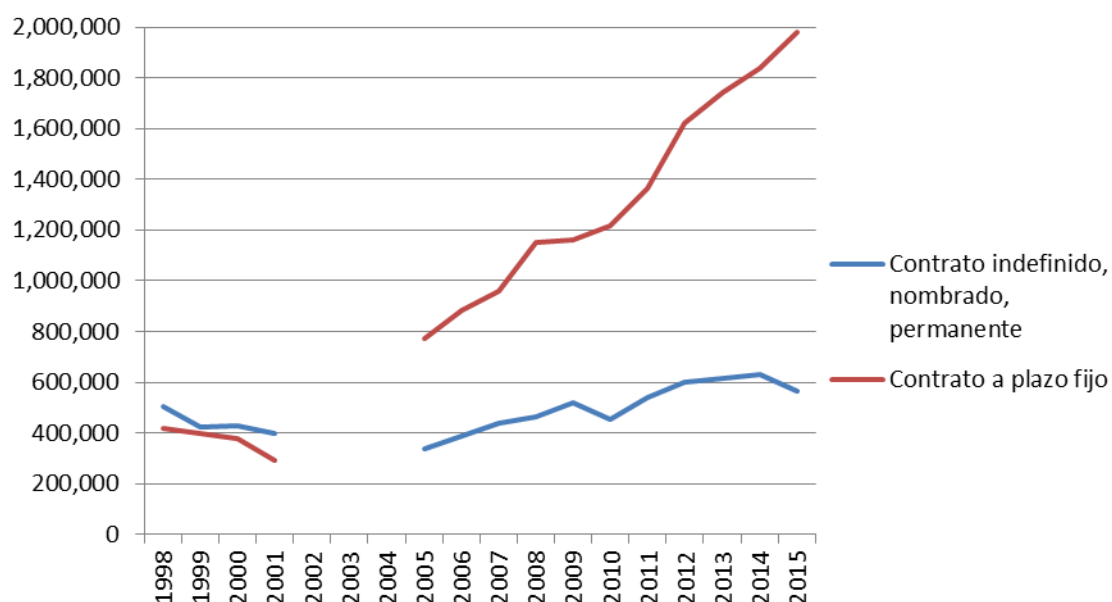
	Urbano	Lima Metr.	Resto	Rural	Total
Contrato Indefinido	9.2	11.0	7.9	1.3	7.2
Contrato a Plazo Fijo	20.6	27.4	15.7	4.1	16.5
Sin Contrato	21.7	20.2	22.8	16.5	20.4
Resto	3.4	4.2	2.9	1.0	2.8
Total Asalariado	54.9	62.8	49.3	22.9	47.1
No Asalariado	45.1	37.2	50.7	77.1	52.9

Fuente: INEI

Elaboración: Comisión de Protección Social

Esta más bien pequeña proporción de contratos por tiempo indefinido es sorprendente puesto que ésta es la modalidad de contrato que promueve la legislación laboral. El declive en su uso viene de inicios de la década pasada, como se muestra en el **Gráfico E.3.18** y parece asociada a la progresiva restauración de la reposición en el puesto de trabajo como vía preferente para compensar a trabajadores que han sufrido un despido.

Gráfico E.3.18.
Evolución de las modalidades de contratos laborales



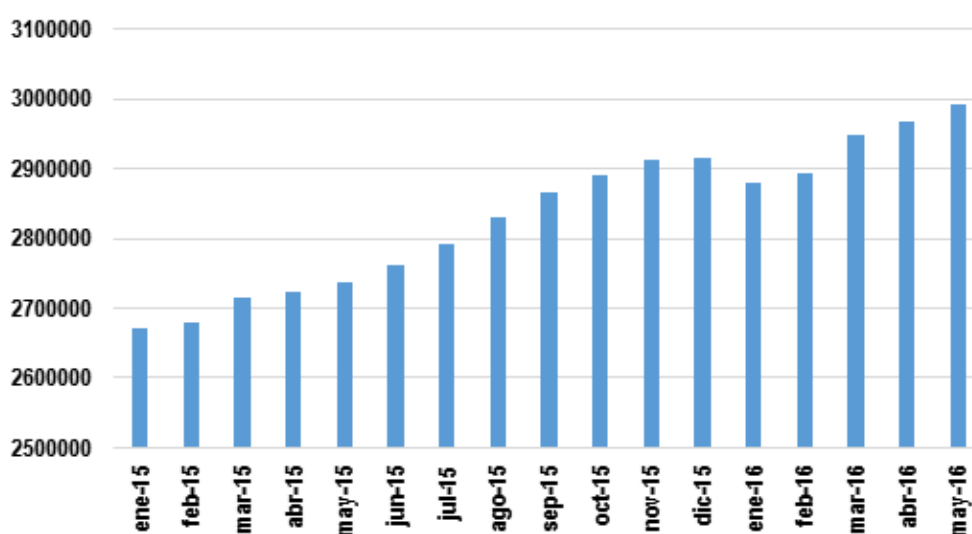
Fuente: ENAHO – metodología anterior y actualizada

Elaboración: Comisión de Protección Social

E.3.3.3.1 Características del empleo asalariado formal

En los 17 meses que siguieron a enero de 2015, en promedio cada mes 2,8 millones de trabajadores en promedio se encontraron empleados en trabajos formales del sector privado. El crecimiento promedio mensual anualizado de la PEA ocupada, según este registro obligatorio para todas las empresas formales, fue de 12%. Con crecimientos de este nivel de la PEA ocupada formal, como se observa en el **Gráfico E.3.19**, un seguro de desempleo sería cada vez más viable, ya que éste se favorece de una mayor escala para la gestión colectiva de riesgos.

Gráfico E.3.19.
PEA Ocupada



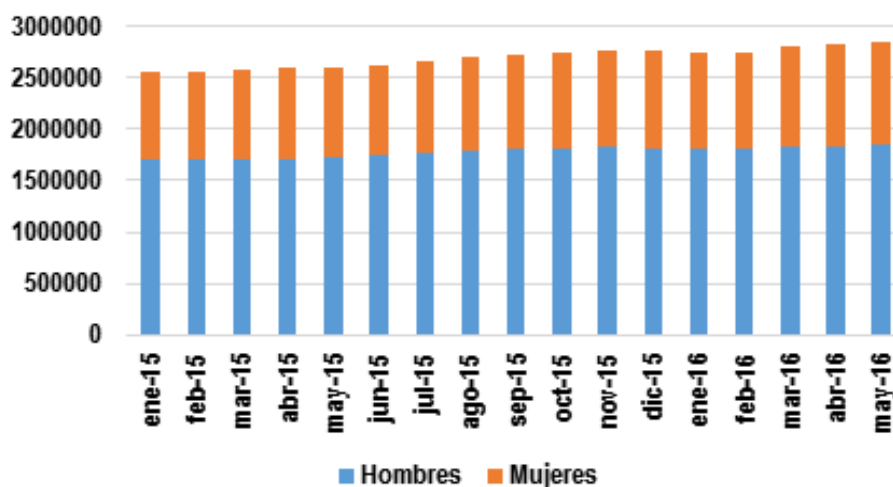
Fuente: Planilla Electrónica

Elaboración: Comisión de Protección Social

Si bien un seguro de desempleo se favorece de una mayor cantidad de aportantes, éstos también son potenciales desempleados a quienes se les tendría que cubrir con el seguro si caen en el desempleo. Como hemos visto en la sección D.1 sobre el mercado laboral y analizamos en detalle en la sección E, existen grupos poblacionales que caen en el desempleo más fácilmente y otros que salen del desempleo más rápidamente. Por lo tanto, la composición de la PEA empleada también es importante para el diseño del seguro de desempleo.

Tanto las mujeres como los hombres tienen tasas relativamente estables y similares de rotación, aunque aquéllas de las mujeres están ligeramente por debajo de las tasas de rotación de los hombres. En el **Gráfico E.3.20**, observamos también que la composición de la PEA es principalmente masculina. El 66% de la PEA ocupada formal son hombres, mientras que solo el 34% de los trabajadores son mujeres.

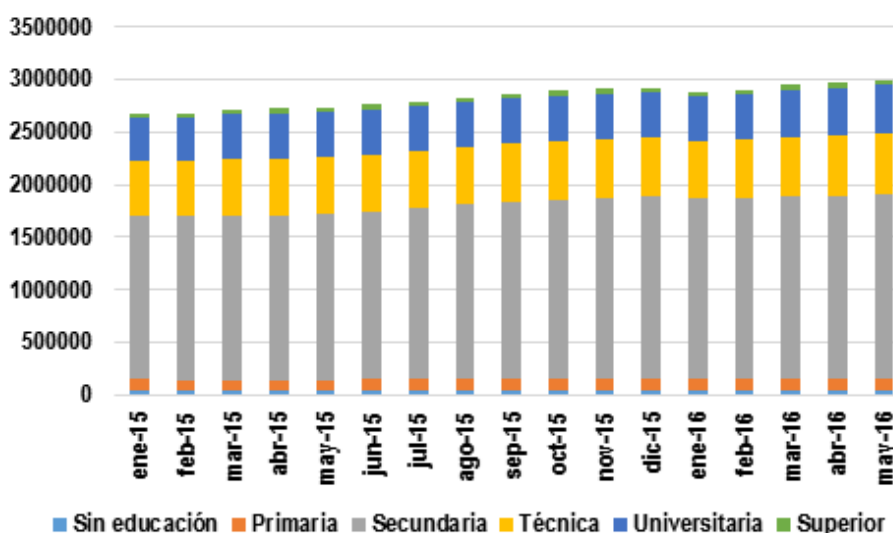
Gráfico E.3.20.
Población Empleada por Género



Fuente: Planilla Electrónica
Elaboración: Comisión de Protección Social

En el **Gráfico E.3.21** podemos observar que el grueso de trabajadores del sector privado formal son aquéllos con nivel de educación secundaria. Hay una muy pequeña proporción de trabajadores con educación primaria y sin educación (en la base de cada barra). Yendo al otro extremo de la distribución de logro educativo, el grupo de trabajadores con educación superior, es un porcentaje menor de la PEA ocupada, aunque creciente. Como veremos más adelante, éste es el grupo con tasas de rotación más parecidas a los países desarrollados. Esta estructura es consistente con las características de logro educativo de la fuerza laboral, como las presentamos en la sub-sección anterior (**Tabla E.3.2**).

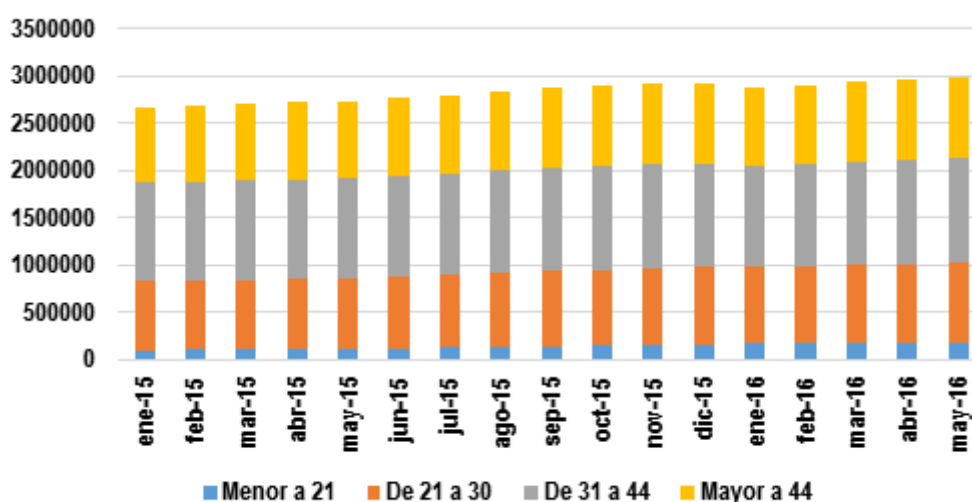
Gráfico E.3.21.
Empleo por Nivel Educativo



Fuente: Planilla Electrónica
Elaboración: Comisión de Protección Social

La composición de trabajadores por grupos de edad es más prometedora con miras a la implementación del seguro que la del nivel educativo. Los jóvenes menores a 21 años, que tienen tasas de rotación más altas al promedio del mercado laboral, solo conforman el 5% de la PEA Ocupada (ver **Gráfico E.3.22**). Los adultos mayores a 30 años, los grupos etarios con tasas de rotación más bajas, conforman casi el 70% de la PEA Ocupada. Esta composición parecería ser favorable para un eventual seguro de desempleo. En la siguiente sección se analiza en detalle las dinámicas de rotación en el mercado laboral peruano.

Gráfico E.3.22.
Empleo por Edades

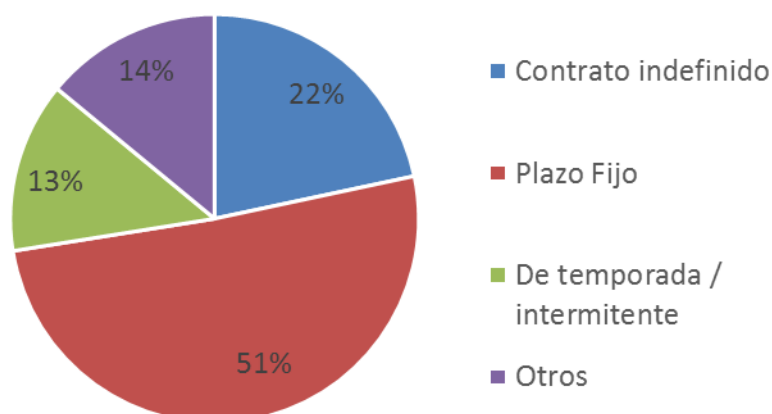


Fuente: Planilla Electrónica

Elaboración: Comisión de Protección Social

Finalmente, los datos de esta fuente (Planilla Electrónica) corrobora el hallazgo mostrado en la sub-sección anterior del predominio de los contratos temporales y el limitado uso de los contratos por tiempo indefinido, como se puede apreciar en el **Gráfico E.3.23**.

Gráfico E.3.23.
PEA asalariada formal por tipo de contrato, 2010-2016



Fuente: Planilla Electrónica

Elaboración: Comisión de Protección Social

E.3.4. Dinámica del mercado laboral en el Perú: rotación

El mercado laboral se encuentra en constante movimiento: trabajadores cambian de empleo o pasan al desempleo, desempleados encuentran trabajo, jóvenes se unen a la fuerza laboral y los adultos mayores se retiran. Un primer indicador de la importancia de estos movimientos en el Perú lo da el volumen de trabajadores que tuvieron un empleo formal en el Perú en algún momento entre inicios de 2015 y mediados de 2016 comparados con el volumen promedio de empleados también formales en cada mes. Mientras que los primeros suman 5 millones de personas, los segundos son apenas 2.8 millones.

Los flujos desde y hacia el empleo y el desempleo, así como la velocidad a la que estos suceden (tasas de rotación) definen el tamaño de la PEA ocupada así como la tasa de desempleo. Para entender la idea de estos flujos, se puede utilizar la analogía de “la tina de agua” (Sahin y Patterson, 2012). En ésta se piensa que el stock de desempleados es la cantidad de agua en una tina. Los cambios en este nivel de agua se determinan por la tasa en la que el agua entra y sale de la tina. Así, si la tasa de entrada de agua es igual a la de salida, el nivel de agua se mantiene constante. Si se abre el grifo a su máxima potencia haciendo que la tasa de entrada sea mayor, entonces el nivel de agua subirá. Lo mismo sucede con el stock del desempleo: su nivel depende de los flujos de entrada y salida hacia este status laboral. Un análisis de estos flujos es crucial para un seguro de desempleo, ya que ellos determinarán tanto la masa de aportantes al seguro (ocupados) como sus beneficiarios (desempleados) en cualquier momento del tiempo.

E.3.4.1. Flujos hacia y desde el desempleo

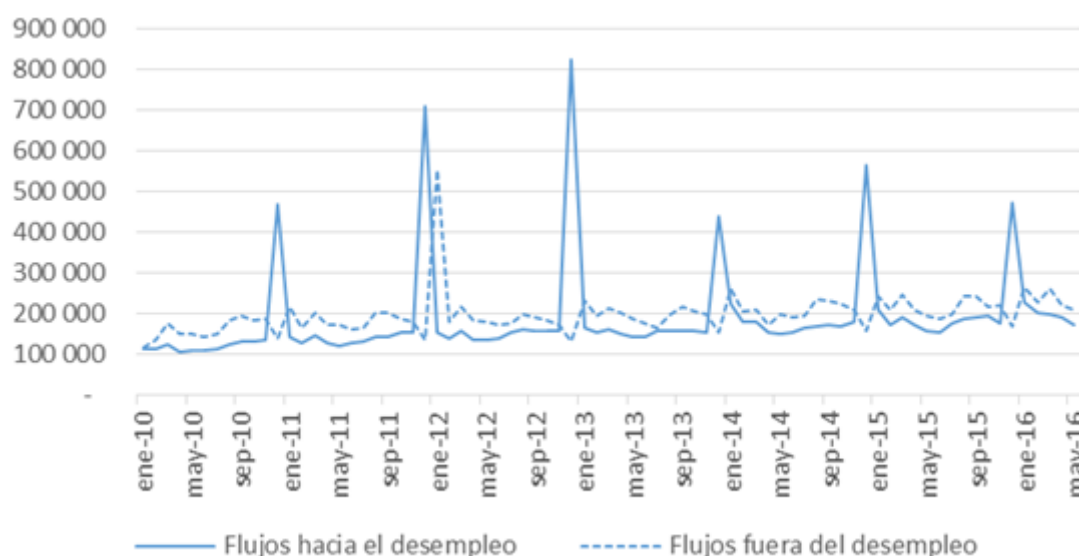
La cantidad de personas que entran y salen del desempleo debe ser analizada como una fracción de la PEA Ocupada y la desempleada respectivamente. Para analizar la dinámica del mercado laboral, como en la analogía de la “tina de agua” previamente presentada, se deben calcular las tasas de entrada (e) y salida del desempleo (s).

$$e = \frac{D}{E}$$
$$s = \frac{X}{U}$$
$$PEA = U + E$$

La tasa de entrada (e), se calcula como el número de personas que cae en el desempleo (D) entre el stock de empleados (E). La tasa de salida (s), se calcula como las personas que salen del desempleo (X) entre el total de desempleados (U). El stock de desempleados (U) sumado al de empleados (E) conforman el total de la PEA. (Brugess y Turon, 2000).

El **Gráfico E.3.24** muestra los flujos desde y hacia el desempleo en el sector formal. En un mes cualquiera en promedio 190 000 individuos terminan un empleo formal y 200 000 lo inician. Como se puede observar, existe una marcada, pero puntual, estacionalidad: en los meses de diciembre los flujos de salida del empleo suben dramáticamente, mientras que en el mes de enero suben los flujos hacia el empleo, aunque en menor proporción que los anteriores. Esto podría estar asociado a contratos temporales, que son la mayor parte de los contratos formales, que terminan su vigencia en el último mes del año.

Gráfico E.3.24.
Flujos dentro y fuera del desempleo



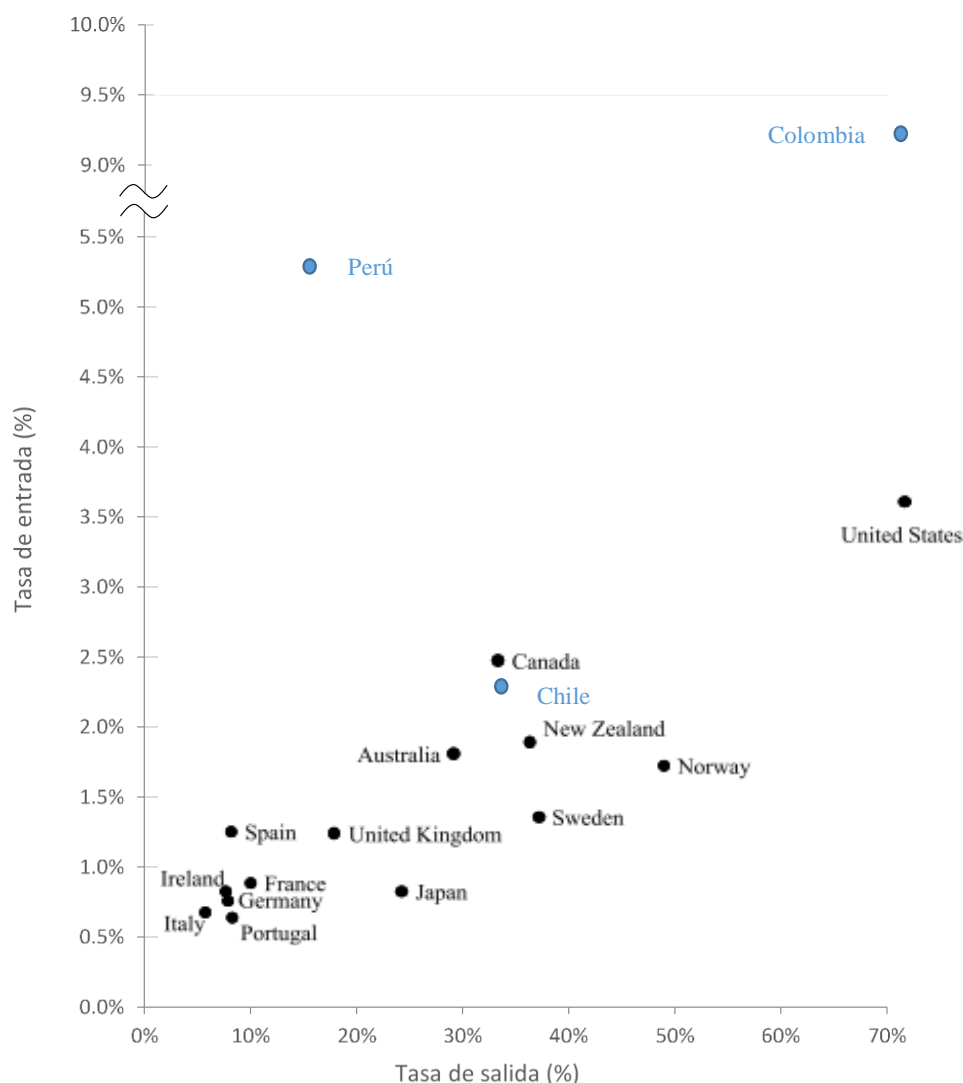
Fuente: Planilla Electrónica

Elaboración: Comisión de Protección Social

Una forma de contextualizar estas tasas de entrada y salida del desempleo es compararlas con los ratios de otros países. En el siguiente gráfico (**Gráfico E.3.25**), tomado de Elsby et al. (2011), se pueden observar las tasas de una muestra de países desarrollados. A estos se le ha agregado datos de Chile, Colombia y Perú. Este último dato refleja el promedio para trabajadores del sector formal entre el 2015 y el 2016, mientras que los promedios de los países desarrollados son del año 2011. No obstante, la comparación es útil en términos generales.

En Estados Unidos, la tasa de salida es elevada, supera por mucho las tasas de salida de países europeos, como Italia, España o Alemania. De la misma manera, las tasas de entrada de Estados Unidos se encuentran bastante por encima del resto de países desarrollados. Es decir, en comparación con el resto de países, Estados Unidos tiene tasas de entrada y de salida de desempleo superiores al promedio. De manera similar, tanto las tasas de entrada como las de salida de Alemania son inferiores a las de los demás países desarrollados. El Reino Unido se encuentra en el medio de estos dos patrones para ambas tasas de rotación. Perú, en cambio, parece salirse de estos patrones. Por un lado, la tasa de salida del desempleo se asemeja a las tasas de España, Francia y Portugal. Es decir, están en el lado inferior de la distribución. Sin embargo, las tasas de entrada al desempleo son superiores incluso a las de Estados Unidos, donde el despido no está regulado. Las tasas de rotación en el mercado laboral peruano son, pues, singularmente altas, a pesar de, o tal vez debido a, lo fuertemente regulado que está el despido.

Gráfico E.3.25.
Tasas promedio de entrada y salida del desempleo



Nota: En el caso peruano los datos corresponden a trabajadores asalariados del sector formal.

Fuente: Elsby et al. (2011) para todos los países excepto Perú, Colombia y Chile. El dato de Perú es elaboración propia en base a la Planilla Electrónica entre 2015 y 2016. El dato de Colombia es extraído de Javier Lasso (2011) en base a Gran Encuesta Integrada de Hogares del 2010, el de Chile es extraído de Marcel y Naudon (2016) en base a la Encuesta Nacional del Empleo entre 1996 y 2009.

Elaboración: Comisión de Protección Social

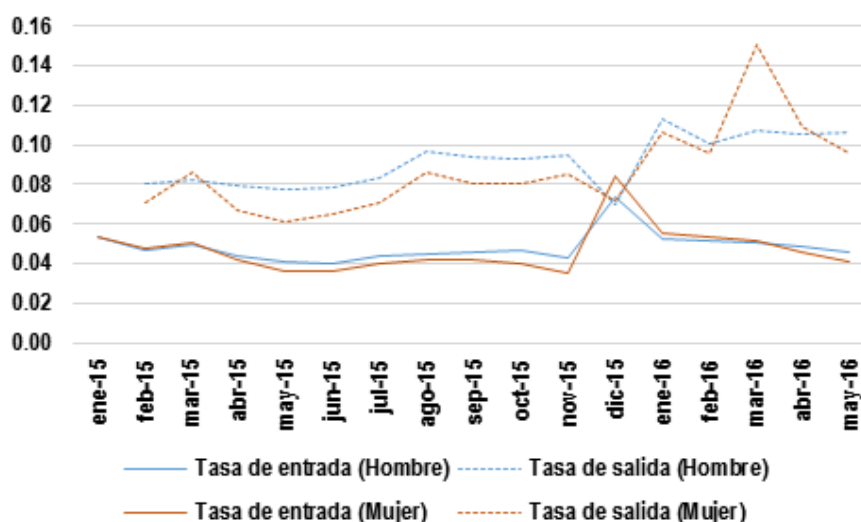
E.3.4.2. Tasas de entrada y salida del desempleo por características del trabajador

Con el objetivo de caracterizar estas tasas de rotación, se estiman estas tasas según las siguientes características observables de los trabajadores: género, educación y edad. Los siguientes ratios se calculan como el total de personas que salieron o entraron al desempleo, entre la cantidad de personas que hay empleadas o desempleadas con esa característica.

Se encuentra que las mujeres tienen en promedio tasas de rotación más bajas que los hombres: caen con menor frecuencia al desempleo, pero también salen más lentamente de esta situación. La mayor diferencia se ve en las tasas de salida. Mientras que los hombres tienen una tasa de salida de 9,1% las mujeres tienen una de 8,6% (ver **Gráfico E.3.26**). En

promedio, las mujeres que componen la planilla electrónica son más jóvenes que los hombres, pero más educadas que ellos.

Gráfico E.3.26.
Tasas de entrada y salida del desempleo por género



Fuente: Planilla Electrónica

Elaboración: Comisión de Protección Social

La rotación laboral por nivel educativo es más heterogénea que la diferenciación por género. Los siguientes seis gráficos (**Gráfico E.3.27**) muestran las tasas de entrada y salida para los trabajadores sin educación, con primaria completa, con secundaria completa, con educación técnica, universitaria y superior como maestría y doctorado. A simple vista, pareciera que los trabajadores de niveles educativos más altos son más volátiles en su paso entre el empleo y el desempleo. Sin embargo, al analizar tasa por tasa vemos que las personas con menores niveles educativos tienen tasa de entrada al desempleo muy por encima de aquellas de mayores niveles educativos. Los trabajadores con primaria completa caen en el desempleo a una tasa de 7%, mientras que los de educación universitaria lo hacen en promedio a una tasa de 2%. Lo contrario sucede con la tasa de salida del desempleo. Los trabajadores con menor educación salen del desempleo a una tasa en promedio de 7%, mientras que los más educados salen del desempleo a una tasa de casi 9%.

Así, mientras los empleados de menor educación tienen tasas de entrada y salida del desempleo casi al mismo nivel, los trabajadores más educados tienen una brecha más grande entre estas tasas. Caen con menor frecuencia en el desempleo y salen más rápido de este. Su rotación laboral es más parecida a aquella de países desarrollados como Italia o España, que se encuentran en el lado inferior de la distribución de países desarrollados visto anteriormente.

Gráfico E.3.27.
Tasas de entrada y salida del desempleo por nivel educativo

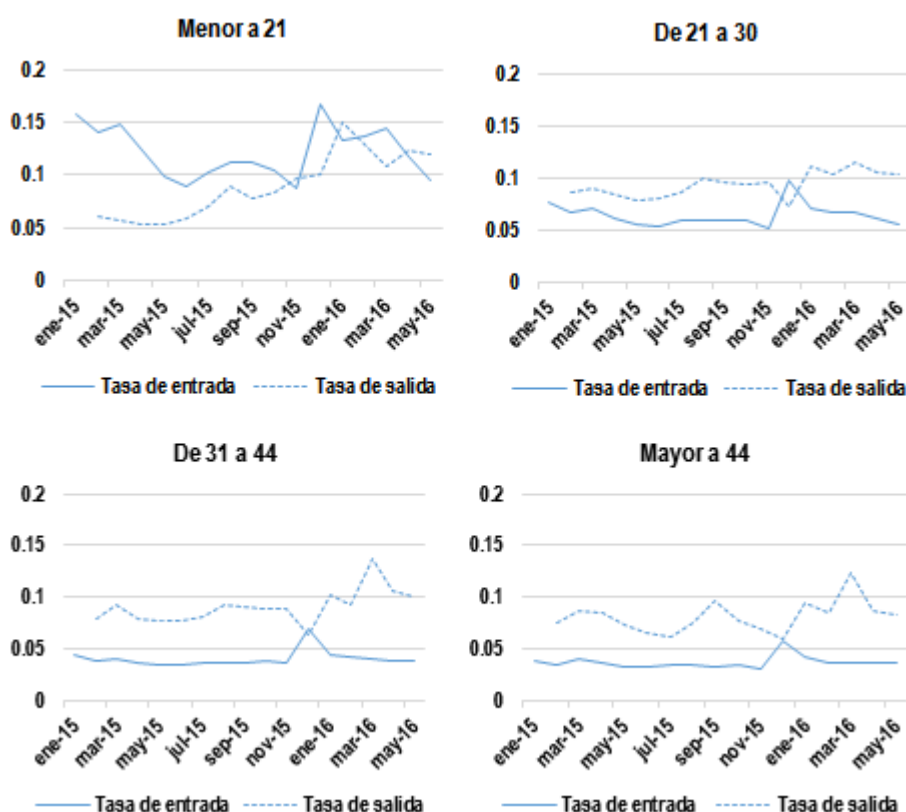


Fuente: Planilla Electrónica
Elaboración: Comisión de Protección Social

La rotación laboral también es heterogénea por grupos de edad. En los siguientes gráficos (**Gráfico E.3.28**) se muestran las rotaciones laborales para cuatro grupos etarios: jóvenes menores a 21 años, trabajadores de 21 a 30 años, adultos entre 31 y 44 años y adultos mayores a 44 años. Los jóvenes menores a 21 años tienen ratios más volátiles de rotación. Además, son el subgrupo de la población que entra con mayor rapidez al desempleo, con una tasa de 11%. Su tasa de salida del desempleo bordea el 9%. A diferencia de todos los subgrupos poblacionales que se han visto hasta ahora, los jóvenes menores a 21 años entran al desempleo con mayor rapidez con la que salen. Es decir o el stock de jóvenes desempleados se incrementa constantemente o muchos de ellos tienden a salir del sector formal o de la fuerza laboral.

Conforme la edad avanza, las tasas de rotación se van estabilizando. Para ningún otro grupo las tasas de entrada superan a las de salida. Las tasas de entrada y salida promedio para los subgrupos de 31 a 44 años y de 44 a más son muy similares. Lo que significa que a partir de cierto nivel de edad, no hay diferencia en el comportamiento laboral de los adultos por su edad.

Gráfico E.3.28.
Tasas de entrada y salida del desempleo por edad



Elaboración: Comisión de Protección Social

E.3.4.3. Duración del empleo y el desempleo

De acuerdo a la Planilla Electrónica, la duración completa promedio del empleo formal es de 1.4 años, similar a la de la duración del empleo incompleta.¹⁴⁹ Debido a que esta fuente registra solamente el empleo formal, no sirve para medir la duración del desempleo, puesto que una vez fuera del empleo formal el trabajador puede haber pasado al sector informal o incluso haber salido de la fuerza laboral. Una estimación reciente de la duración del desempleo con datos de la encuesta de hogares arroja una duración incompleta del desempleo de 3.4 semanas (Jaramillo y Sparrow 2011).¹⁵⁰ Así mismo, 80% de los desempleados llevaban

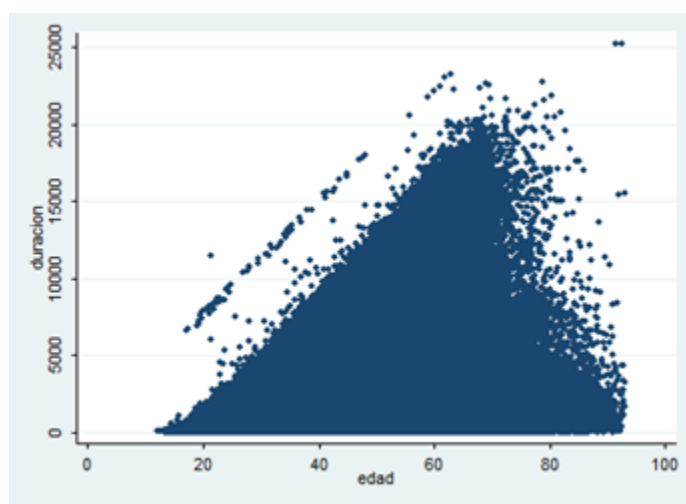
¹⁴⁹ La duración del empleo completa se refiere a la relación laboral ya terminada, cuyo inicio y fin son conocidos. La duración del empleo incompleta se refiere a la relación laboral vigente el mes de análisis.

¹⁵⁰ Es incompleta porque de la encuesta no se puede observar cuando el trabajador obtuvo un empleo, sino solamente cuánto tiempo lleva buscándolo.

buscando empleo por menos de 4 semanas al momento de ser encuestados. Estos datos sugieren que la duración promedio de los episodios de desempleo es más bien corta.

Así como la composición de la PEA ocupada es crucial para entender qué flujos laborales afectarían más a un seguro de desempleo, la duración del empleo y el desempleo es fundamental para entender la intensidad con la que estos flujos afectarían a un seguro de desempleo. Comenzando con la duración del empleo, en el **Gráfico E.3.29** se puede observar la relación entre dicha duración y la edad de los trabajadores. La relación es claramente positiva. Con el incremento de la edad las personas reportan empleos más duraderos, aunque con este incremento la dispersión de las observaciones también se agranda. Los empleos cortos están presentes en todos los niveles etarios.

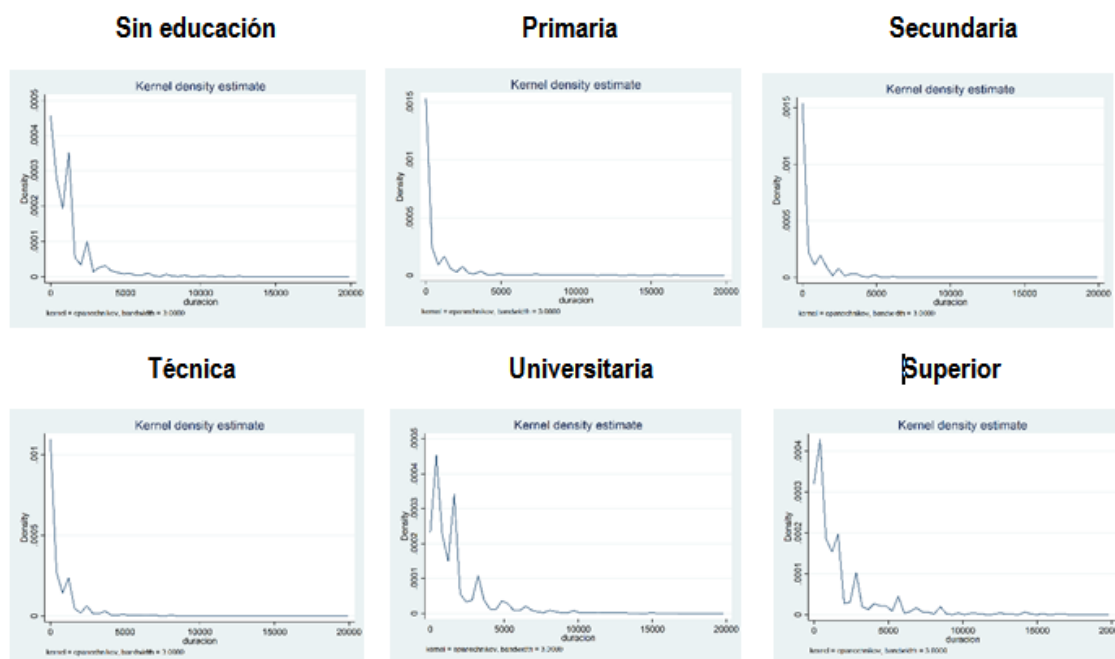
Gráfico E.3.29.
Duración del empleo según la edad



Elaboración: Comisión de Protección Social

La duración promedio del empleo formal de los hombres es ligeramente superior a la duración promedio de las mujeres. Los primeros con 858 días y los segundos con 788 días. La duración del empleo según nivel educativo es creciente: mientras mayor sea el nivel educativo mayor será la duración de su empleo. Los trabajadores más educados tienen entonces mayor estabilidad laboral. Los siguientes gráficos de densidad (**Gráfico E.3.30**) muestran las tendencias descritas sobre la duración del empleo por nivel educativo.

Gráfico E.3.30.
Duración del empleo por nivel educativo

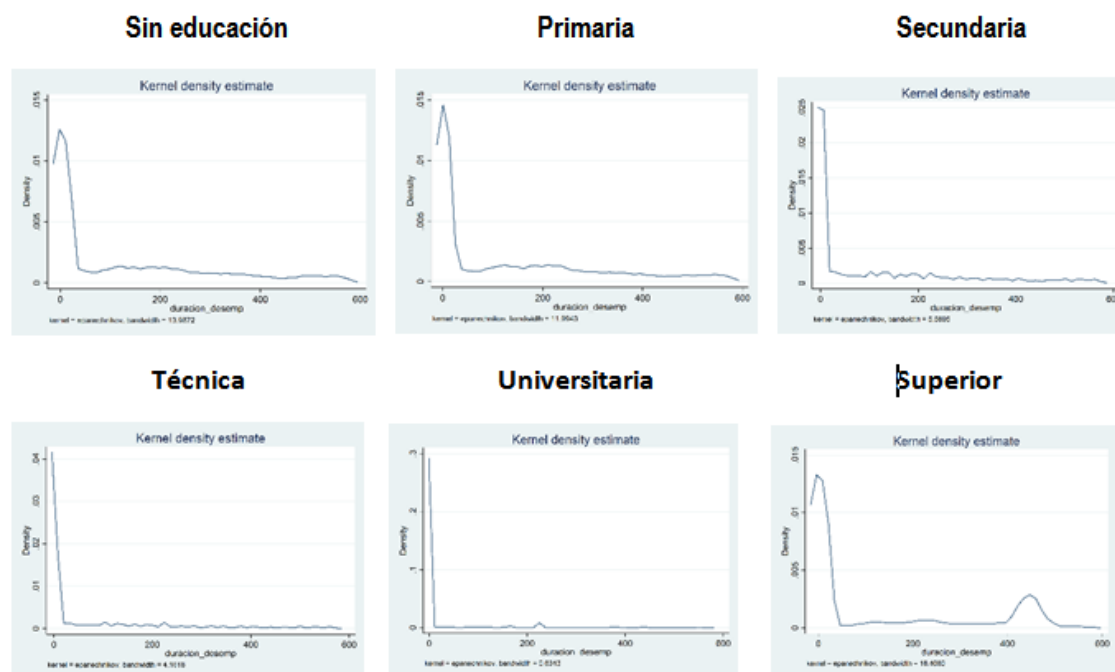


Elaboración: Comisión de Protección Social

Finalmente, analizamos la duración del desempleo. En promedio el desempleo completo del trabajador peruano formal dura 3 meses. Esto se mantiene tanto para hombres como para mujeres. La duración del desempleo es mayor para los jóvenes menores a 21 años, llegando a superar los 4 meses. La menor duración del desempleo entre grupos etarios es la de los adultos entre 30 y 44 años, quienes se mantienen desempleados alrededor de 80 días.

La duración promedio del desempleo es decreciente con relación al nivel educativo. Las personas menos educadas tienen periodos de desempleo de un promedio de 4 meses, mientras que los egresados universitarios por ejemplo tienen periodos de desempleo menores a los 2 meses. En esta línea, los profesionales con educación superior a la universitaria son una excepción. Ellos tienen en promedio una duración del desempleo también de 4 meses: similar a la de aquellos que no tienen ningún nivel educativo. ¿Qué hay detrás de este comportamiento? Una posible explicación es que los profesionales con postgrado son más exigentes en su selección de trabajo y prefieran esperar más tiempo en el desempleo hasta conseguir un empleo que les satisfaga. Una vez conseguido, como hemos visto en la sección de duración del empleo, ellos son los que más tiempo se quedan en sus empleos. Las tendencias descritas se muestran en los siguientes gráficos (**Gráfico E.3.31**).

Gráfico E.3.31.
Duración del desempleo por nivel educativo



Elaboración: Comisión de Protección Social

La **Tabla E.3.7** resume los resultados comentados.

Tabla E.3.7.
Duraciones del Empleo y el Desempleo por características

	Duración promedio (semanas)	
	Empleo	Desempleo
Género		
Hombre	123	13
Mujer	113	13
Edad		
Menor de 21	23	18
De 21 a 30	58	15
De 31 a 44	123	12
Mayor a 44	209	13
Nivel educativo		
Sin educación	113	17
Primaria	132	17
Secundaria	93	15
Técnica	140	11
Universitaria	183	8
Superior	197	17

Elaboración: Comisión de Protección Social

E.3.5. Causas inmediatas de las salidas del empleo

Una característica central de los seguros es que la materia asegurable deben ser eventos ajenos a la voluntad de los individuos. Así, un seguro de desempleo puede proveer cobertura solamente contra salidas del empleo involuntarias. En este contexto, un aspecto importante de la rotación laboral para el diseño de un seguro de desempleo es en qué medida las salidas del empleo son exógenas a las decisiones de los trabajadores. La **Tabla E.3.8** sistematiza esta información para todas las salidas de un empleo formal entre los años 2010 y 2016. El hallazgo central es que sólo el 5.6% de los trabajadores que salieron de un empleo formal lo hicieron debido a que fueron despedidos de sus empleos. El grueso de las salidas (54.6%) está asociada a renunciaciones, mientras que un también sustantivo 36.5% se debió al fin de un contrato a plazo fijo. La baja incidencia de despidos en el sector formal puede deberse a un sub-reportaje de los mismos y a su encubrimiento bajo la modalidad de renuncia. Evidencia anecdótica indica que, dados los altos costos de despido, existe una negociación entre empleado y empleador por la “renuncia” del trabajador que les evita a ambos los costos del despido.

En efecto, actualmente la legislación peruana contempla tres mecanismos de protección frente al desempleo que actúan concurrentemente. El primero es la compensación por tiempo de servicios, que el trabajador recibe en una cuenta individual a razón de un salario por año trabajado. El segundo es la llamada “indemnización por despido arbitrario”, que ordena pagar 1.5 remuneraciones por el número de años trabajados cuando el despido no es motivado por causa grave. El tercero, surgido a raíz de la interpretación del Tribunal Constitucional del mandato de “protección adecuada” en la Constitución, involucra la reposición del trabajador en su puesto de trabajo como vía preferente para protegerlo siempre que éste así lo demande.¹⁵¹ Es claro que llegar a un acuerdo de renuncia por el trabajador está en el interés del empleador, pero también del trabajador que prefiere evitar los costos financieros y de reputación en el mercado de un largo proceso judicial.

La documentada baja incidencia de despidos tiene implicancias críticas para el diseño de un seguro de desempleo, puesto que reduce sustancialmente su potencial cobertura. Estas se analizan en la siguiente sección.

Tabla E.3.8
Total de desempleados por causa

Causas de desempleo	Total	%
Renuncias	5 601 556	54.6%
Despidos	569 903	5.6%
Fin de contratos	3 742 004	36.5%
Otros	336 850	3.3%
Total	10 250 313	100.0%

Elaboración: Comisión de Protección Social

¹⁵¹ Si bien este mecanismo de la reposición existe en otros países, con y sin seguro de desempleo, las condiciones bajo las cuales se aplica son bastante más restringidas que en el Perú y tienden a circunscribirse a casos de violación de derechos o discriminación. Véase OECD, *Employment Protection Legislation Database, Update 2013*.

E.4. ANEXO DEL DIAGNÓSTICO

Anexo E.1. Funcionamiento del Fondo Consolidado de Reservas - FCR

En abril de 1996, se creó el FCR con la finalidad de consolidar la reforma previsional peruana y respaldar las obligaciones de los regímenes pensionarios a cargo de la Oficina de Normalización Previsional (ONP). La misión fundamental del FCR, determinada por su Ley de creación, es capitalizar sus recursos en tanto sus reservas no cubran las necesidades derivadas de las obligaciones pensionarias a cargo de la ONP. El Directorio administra los recursos del FCR tomando en cuenta los criterios de seguridad, rentabilidad y diversificación del Portafolio del FCR, con una visión de largo plazo. Así la estrategia adoptada por el FCR considera diversificar la cartera tanto en activos (inversión en mercados emergentes, infraestructura) como en plazos, con el fin de: (i) reducir el riesgo de inversión, (ii) elevar la rentabilidad del portafolio del FCR, y (iii) aumentar el valor del fondo, a fin de mejorar el calce de los ingresos con los pagos por pensiones.

Actualmente, las inversiones del FCR se concentran mayoritariamente en el mercado local (72% entre depósitos a plazo y bonos del Estado Peruano, acciones). En el mercado internacional se concentra el 28%, destinado principalmente a instrumentos de renta fija. Por otra parte, en los últimos 5 años, la rentabilidad real ha sido superior a la tasa de interés técnica actuarial utilizada para el cálculo de reservas actuariales del SNP.

El Portafolio Consolidado del FCR está compuesto por activos financieros e inmobiliarios cuya administración está a cargo del Directorio del FCR, y la titularidad de las acciones de ELECTROPERÚ cuya administración está a cargo de FONAFE.

A octubre de 2016, dicho Portafolio ascendió a S/ 15 975 millones, considerando ELECTROPERÚ a valores contables, y a S/ 19 600 millones si la valoración de ELECTROPERÚ se hiciera a precios de mercado.

En cualquier contexto, es visible la fuerte concentración en activos financieros.

Tabla Anexo E.1.1.
Portafolio Consolidado del FCR^{1/}
(S/ millones)

Composición	Valor
a) Activos Financieros	13 530
b) Activos Inmobiliarios	591
Total administrado por el Directorio FCR (a+b)	14 121
c.1) Acciones de Electroperú S.A. a valor contable	1 854
c.2) Acciones de Electroperú S.A. a valor de mercado	5 479
Total Portafolio Consolidado FCR (a+b+c1)	15 975
Total Portafolio Consolidado FCR (a+b+c2)	19 600

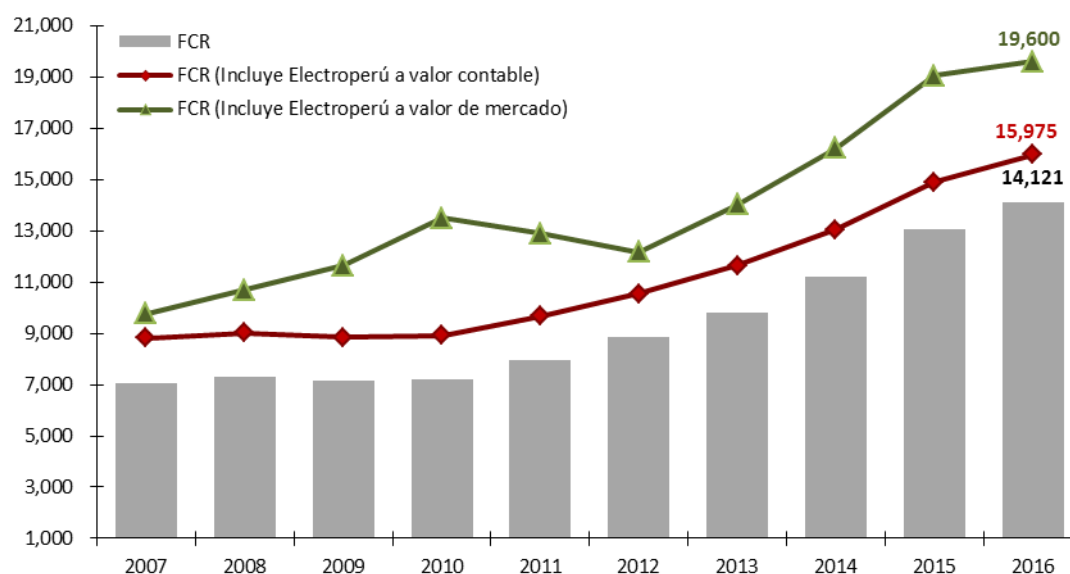
1/ A octubre de 2016

Fuente: ONP

Elaboración: Comisión de Protección Social

La evolución del Portafolio Consolidado del FCR en los últimos 10 años ha mantenido una tendencia creciente, como puede visualizarse en el gráfico que sigue a continuación.

Gráfico Anexo E.1.1.
Evolución del portafolio consolidado del FCR ^{1/}
(S/ millones)



1/ A octubre de 2016

Fuente: ONP

Elaboración: Comisión de Protección Social

Respecto de los recursos que administra el Directorio del FCR, estos pueden ser agrupados, según su naturaleza, de la siguiente forma:

- Fondo FCR Decreto Ley N° 19990.
- Fondos Previsionales con Reserva Actuarial.
- Fondo FCR Bonos de Reconocimiento.
- Fondos Especiales, Fondo para la Asistencia Previsional (FASP) Ley N° 28046, Fondo Pesquero Ley N° 30003 y Fondo Complementario de Jubilación Minera, Metalúrgica y Siderúrgica (FCJMMS) Ley N° 29741.

Tabla Anexo E.1.2.
Fondos que componen el portafolio consolidado FCR^{1/}
(en millones de S/)

FONDO	EQUIVALENTE	%
FCR DL 19990	14 588	94.8%
Activos Financieros	12 734	82.8%
Acciones ELECTROPERÚ S.A.	1854	12.0%
FONDOS PREVISIONALES CON RESERVA ACTUARIAL	609	4.0%
FCR - CACHIMAYO	0	0.0%
FCR - CENTROMIN PERU S.A.	26	0.2%
FCR – ELECTROLIMA	0	0.0%
FCR - EMSAL	6	0.0%
FCR - ENAPU S.A. D.S.101-2010-EF	19	0.1%
FCR - ENAPU S.A. DS 129-2006-EF	38	0.2%
FCR - ENATA	3	0.0%
FCR - ENTEL	512	3.3%
FCR - LUSA	0	0.0%
FCR – PARAMONGA	1	0.0%
FCR - PESCA PERU S.A.	2	0.0%
FCR - RTP	0	0.0%
FCR BONOS DE RECONOCIMIENTO	8	0.1%
FONDOS ESPECIALES	179	1.2%
FCR - FASP LEY N° 28046	33	0.2%
FCR - REP. PESQ. LEY N° 30003	129	0.8%
FCR - FCJMMS LEY N° 29741	17	0.1%
TOTAL	15 383	100.0%

Fuente: ONP

Elaboración: Comisión de Protección Social

Por último, en relación a la rentabilidad del Portafolio FCR, esta ha tenido también una trayectoria creciente, con algunos puntos de inflexión como el de los periodos 2009 y 2012.

Anexo E.2. Beneficios no pensionarios del SNP

Anexo E.2.1. Pensión de invalidez

La pensión de invalidez es otorgada cuando el afiliado presenta una incapacidad física o mental que le impide ganar más de la tercera parte de la remuneración que percibiría otro trabajador de la misma categoría, en un trabajo igual. Alternativamente, califica a pensión de invalidez aquel que haya gozado de subsidio de enfermedad durante el tiempo máximo permitido y continuara en estado de invalidez.

Si la incapacidad se produce por un accidente de trabajo o por enfermedad profesional, no se requiere un período mínimo de aportaciones. Sólo se exige que el trabajador se encuentre aportando al sistema en el momento en el que se produce la invalidez. De acuerdo con el número de años de aportación, el trabajador puede tener derecho a recibir pensión sin encontrarse aportando en el momento en el que se produce la incapacidad, cualquiera que fuere la causa de ésta¹⁵².

La pensión de invalidez es igual al 50% de la remuneración de referencia. Cuando el trabajador cuente con más de tres años de aportaciones, se considera un incremento de 1% por cada año completo que exceda de tres años.

Anexo E.2.2. Pensión de viudez

En el caso de los afiliados hombres beneficiarios de una pensión titular, su cónyuge tiene derecho a percibir la prestación de viudez al fallecimiento del pensionista titular. En el caso de las afiliadas mujeres, su cónyuge tiene tal derecho al fallecimiento de la pensionista titular sólo cuando el cónyuge presenta condición de invalidez o tiene más de 60 años. Adicionalmente, el cónyuge varón debe haber dependido económicamente del pensionista titular.

El monto de la pensión de viudez corresponde al 50% de la pensión del pensionista titular. Cabe mencionar que la pensión mínima de viudez equivale a S/ 350.

Anexo E.2.3. Pensión de orfandad

Tienen derecho a la pensión de orfandad los hijos de un pensionista titular fallecido, menores de 18 años; los menores de 21 años siempre y cuando continúen estudiando; y los hijos inválidos mayores de 18 años.

El monto de la pensión de orfandad es igual al 50% del monto de la pensión que percibía el pensionista titular. Cabe mencionar que la pensión mínima de orfandad equivale a S/ 270.

¹⁵² Si el trabajador tiene derecho a recibir pensión por invalidez, cualquiera que fuera la causa y sin que necesariamente se encuentre aportando en el momento en el que se produce la invalidez, cuando cumple una de las siguientes tres condiciones: (1) haber aportado por 15 años o más; (2) haber aportado por más de 3 y menos de 15 años pero contar con, por lo menos, 12 meses de aportación durante los 36 meses anteriores al momento de la invalidez; o (3) tener por lo menos 3 años de aportación y que por lo menos la mitad de dichas aportaciones hayan sido realizadas durante los 36 meses anteriores al momento de la invalidez.

Anexo E.2.4. Pensión de ascendencia

Tienen derecho a esta pensión el padre y la madre del pensionista titular fallecido, que tengan al menos 60 o 55 años de edad, respectivamente, o que se encuentren en estado de invalidez; que dependan económicamente del trabajador; y que no perciben rentas superiores al monto de la pensión que le correspondería.

El monto máximo de pensión de ascendencia, para cada uno de los padres, es igual al 20% del monto de la pensión del pensionista de invalidez o jubilación. Para acceder a esta pensión, adicionalmente, no deben existir beneficiarios de pensión de viudez y orfandad a la vez por un mismo pensionista de invalidez o jubilación fallecido.

Además de las pensiones, el SNP otorga diversas bonificaciones especiales a sus pensionistas de acuerdo a ciertos requisitos. Entre las principales bonificaciones están: (i) bonificación de edad avanzada, (ii) bonificación de gran invalidez, (iii) bonificación por Ley N° 28666, (iv) bonificación por D.S. N° 207-2007, (v) bonificación por Decreto de Urgencia N° 074-2010.

Anexo E.2.5. Bonificación por edad avanzada

La Bonificación por Edad Avanzada se otorga a los pensionistas de jubilación del SNP que cuenten con 80 o más años de edad. Este beneficio mensual equivale al 25% de la pensión habitual que el beneficiario percibe en la fecha en que cumple 80 años de edad.

Anexo E.2.6. Bonificación por invalidez

Esta bonificación mensual les corresponde a los pensionistas de invalidez o viudez u orfandad inválidos del SNP.

Anexo E.2.7. Bonificación por Ley N° 28666

Es una bonificación mensual permanente se otorga a favor de los pensionistas de derecho derivado de viudez en el SNP que tengan 70 años o más de edad al 31 de agosto de 2005. Esta bonificación equivale al 25% del monto de la pensión de viudez.

Anexo E.2.8. Bonificación por Decreto Supremo N° 207-2007

Esta bonificación mensual se otorga a favor de todos los pensionistas cuyo monto de pensión es menor a S/ 500. Para los jubilados regulares o por invalidez, el beneficio de esta bonificación alcanza un máximo de S/ 50. Para los jubilados por viudez, la bonificación equivale a un máximo de S/ 25. En todos los casos, la suma de la pensión y la bonificación no podrá exceder los S/ 500. Así, por ejemplo, en el caso de un jubilado regular con una pensión de S/ 470, la bonificación sería de S/ 30. Por su parte, en el caso de un jubilado por invalidez con una pensión de S/ 415, la bonificación sería de S/ 50.

Anexo E.2.9. Bonificación por Decreto de Urgencia Nº 074-2010

Esta bonificación mensual se otorga a favor de los pensionistas del SNP que hayan obtenido dicha condición, con carácter de definitiva, al 31 de diciembre de 2010 y que a dicha fecha cuenten con 65 o más años de edad. El monto de esta bonificación mensual equivale a S/ 30.

Anexo E.3. Resultados del Esquema de Licitaciones AFP

La siguiente tabla resume los resultados de los tres procesos de licitación por nuevos afiliados en base al nuevo esquema de comisiones por saldo. Como comentábamos, esta comisión por saldo convive con las comisiones por remuneraciones para aquellos afiliados que estaban en el sistema, previo al primer proceso, y que decidieron mantenerse en este; así como para aquellos que optaron por una comisión mixta, que implica un proceso de tránsito durante diez años hasta que sólo quede la comisión por saldo.

El proceso permitió que un nuevo actor en el mercado -AFP Habitat- entrara a participar, ganando los primeros dos procesos que le dio exclusividad a captar a todos los nuevos afiliados que entraran al sistema. Para una empresa nueva y pequeña en el mercado, era fundamental ganar estos procesos pues le permitía gradualmente ir incrementando su tamaño de mercado y reducir las barreras que imponían tres grandes AFPs ya presentes. Sin embargo, este proceso de crecimiento de Habitat se interrumpió en la tercera licitación que ganó AFP Prima.

Respecto a este último proceso es interesante observar que se ganó con una estrategia en la que se ofertó exactamente el mismo nivel de comisión por saldo (1,25) que ya cobraba la anterior ganadora del segundo proceso (AFP Habitat) mientras se reducía fuertemente la comisión de remuneración, que de acuerdo a las ponderaciones establecidas, desaparecerá en 6 años (2023).

Esto es algo que necesita estudiarse más a profundidad respecto a lo que esta estrategia ha marcado respecto a los futuros niveles de las comisiones, así como a la recomposición del mercado. Así, el hecho que AFP Prima ganará este último proceso puede señalar una probable re-consolidación de la industria, una re-construcción de las barreras de mercado; así como un giro en la tendencia de comisiones por saldo a futuro.

Tabla Anexo E.3.1.
Síntesis de los procesos de licitación por nuevos afiliados a las AFPs

AFP	Primera Licitación (Junio 2013 - Mayo 2015)		Segunda Licitación (Junio 2015 - Mayo 2017)		Tercera Licitación (Junio 2017 - Mayo 2019)	
	Componente de remuneración (%)	Componente de Saldo (%)	Componente de remuneración (%)	Componente de Saldo (%)	Componente de remuneración (%)	Componente de Saldo (%)
Habitat	0.47	1.25	0.38	1.25	0.24	1.10
Profuturo	0.74	1.00	No se presentó		No se presentó	
Integra	0.88	1.00	No se presentó		0.20	1.20
Prima	1.05	1.50	No se presentó		0.18	1.25
Horizonte	1.35	1.40				
Interactiva	0.94	1.40				

Fuente: ONP

Elaboración: Comisión de Protección Social

Anexo E.4. Tipos de Jubilación

En el SPP, existen hasta 7 regímenes de jubilación, dentro de los cuales, la Jubilación por Edad Legal y la Jubilación Anticipada Ordinaria son las que rigen desde el origen de la ley.

1. Jubilación por Edad Legal (45.3% del total): se otorga a cualquier afiliado (hombre o mujer) que cuente con al menos 65 años cumplidos o más. Este es el único requisito.
2. Jubilación Anticipada por Desempleo (REJA, 29.1% del total): a la fecha, han existido tres regímenes de carácter transitorio que habilitaron la Jubilación Anticipada para personas que acreditaran encontrarse desempleadas durante el año previo a la presentación de su solicitud de jubilación y, además, cumplieran otros requisitos respecto al monto de su pensión¹⁵³. Actualmente, la vigencia del último REJA (Ley Nº 29426, 15.1% del total) se ha prorrogado hasta el 31 de diciembre de 2018.
3. Jubilación Anticipada Ordinaria (8.6% del total): se otorga a cualquier afiliado (hombre o mujer) cuya CIC sea suficiente para financiar una pensión equivalente al 40% del promedio de las remuneraciones percibidas en los 120 meses previos a la presentación de la solicitud. Asimismo, se requiere que el afiliado haya tenido una densidad de cotización igual o superior a 60% durante los últimos 120 meses.
4. Jubilación Anticipada por trabajo de Riesgo (3.4% del total): se aplica a los afiliados que trabajen en las ramas de extracción minera (subterránea o tajo abierto), en centros de producción minera, metalúrgica o siderúrgica y en construcción civil. Estos trabajadores tienen derecho a jubilarse a los 45 años (actividad directamente extractiva) o a partir de los 50 años, de acuerdo con ciertos criterios. El régimen se subdivide en dos:
 - a. Régimen extraordinario (2.7% del total): de duración transitoria y aplicable a trabajadores que hubieran cumplido determinadas condiciones de edad, exposición a trabajo de riesgo y aportes (entre SNP y SPP). El Estado brinda garantía y participa en el financiamiento a través de un Bono Complementario.
 - b. Régimen genérico (0.7% del total): permite a los trabajadores adelantar su pensión de jubilación en función a la realización de aportes complementarios cofinanciados con el empleador.

Es importante precisar que los trabajadores de regímenes de riesgo que hayan realizado aportes al SNP y se hayan incorporado al SPP antes de 2003 tienen derecho a un Bono de Reconocimiento Complementario.

5. Jubilación Anticipada por enfermedad terminal o cáncer (0.0% del total): se creó en mayo de 2016 y permite la jubilación anticipada a aquellos afiliados que cuenten con dictamen de enfermedad terminal o cáncer certificada por el Comité Médico y no calificaron para una pensión de invalidez. En este caso, los afiliados que no cuenten con beneficiarios pueden, además, retirar en una sola armada el 50% del saldo acumulado en su CIC y financiar su pensión con el 50% restante.
6. Pensión Mínima (13.5% del total): régimen que otorga el beneficio de pensión mínima (con el mismo nivel que ésta tiene en el SNP, es decir, S/ 415) a aquellos afiliados que cumplan determinados requisitos establecidos por la Ley Nº 27617 (10.9% del total) o por la Ley Nº 28991 (2.6% del total). En ambos casos, se requiere contar con 20 años de aporte sumando los años aportados al SNP y al SPP, haber aportado siempre sobre un

¹⁵³ Los tres REJA son: REJA Ley Nº 29426 (15.1% del total de jubilados); REJA Ley Nº 27671 (13.8% del total); y REJA Ley Nº 28991 (0.2% del total).

salario equivalente a la Remuneración Mínima Vital y solicitar el beneficio a los 65 años. Para el caso de la Ley Nº 27617, se requiere además haber nacido a más tardar en 1945 y, en el caso de la Ley Nº 28991, se requiere haber pertenecido al SNP al momento de la creación del SPP y pagar el diferencial de aportes entre el SPP y el SNP (sin recargo ni mora).

Este beneficio implica el cofinanciamiento del Estado mediante un Bono Complementario de Pensión Mínima que se otorga una vez agotados los recursos de la cuenta individual del afiliado. Involucra al 13.5% del total de pensionistas del SPP y se prevé que este porcentaje se vaya reduciendo dado que aplica a un grupo cada vez menor.

7. Jubilación Adelantada 19990 (0.1% del total): este régimen de jubilación aplica para aquellos afiliados al SPP con anterioridad al 19 de diciembre de 2001 que habían cumplido los requisitos para recibir una Jubilación Adelantada en el SNP antes de su afiliación al SPP y que no hubieran realizado labores de riesgo. El acceso a este tipo de beneficio les permite a los afiliados gozar de una jubilación adelantada en los mismos términos de la que hubieran tenido en el SNP. Para dicho fin, el Estado emite también un Bono Complementario Jubilación Adelantada 19990.

Anexo E.5. Beneficios no pensionarios del SPP

Anexo E.5.1. Pensión de invalidez

La pensión de invalidez está contemplada en el SPP para los afiliados no jubilados menores de 65 años que luego de seguir un proceso de evaluación médica a través de los comités médicos de la AFP (COMAFP) y/o de la SBS (COMEC) han sido dictaminados como inválidos. Una vez que el afiliado es declarado inválido permanente (lo cual se puede efectuar en el primer dictamen), se considera que su invalidez es definitiva (no reversible) y se le paga una pensión de invalidez definitiva en la que además de los recursos de la CIC puede o no existir el cofinanciamiento del Seguro Previsional a través de aportes adicionales si es que con el saldo de la CIC del afiliado no alcanza para otorgar la pensión objetivo establecida por los reglamentos.

Esta pensión de invalidez se puede otorgar con o sin cobertura del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (Seguro Previsional), en función de la regularidad en el pago de los aportes del afiliado y el cumplimiento de ciertos requisitos¹⁵⁴.

Anexo E.5.1.1. Pensión de Invalidez con cobertura del Seguro Previsional (Seguro de Invalidez y Sobrevivencia)

Este caso ocurre cuando el afiliado ha mantenido regularidad en el pago de sus aportes y cuenta, por lo menos, con 4 aportaciones mensuales dentro de los 8 meses anteriores a la ocurrencia del siniestro y que éste no se haya originado por una causal de exclusión (preexistencia, participación en guerra civil, entre otros)¹⁵⁵.

El Seguro de Invalidez y Sobrevivencia le permite al afiliado adicionar al financiamiento de su pensión un aporte adicional, realizado por las compañías de seguro que cubren este riesgo en el SPP. El aporte adicional originado por el Seguro Previsional permite completar el monto necesario para alcanzar una pensión vitalicia equivalente al 70% (invalidez total) o 50% (invalidez parcial) del promedio de remuneraciones del trabajador de los últimos 48 meses previos al siniestro. Adicionalmente, los beneficiarios del afiliado inválido (cónyuge, hijos y eventualmente padres) gozarán, al fallecimiento de éste, de pensiones de sobrevivencia.

Anexo E.5.1.2. Pensión de Invalidez sin cobertura del Seguro Previsional

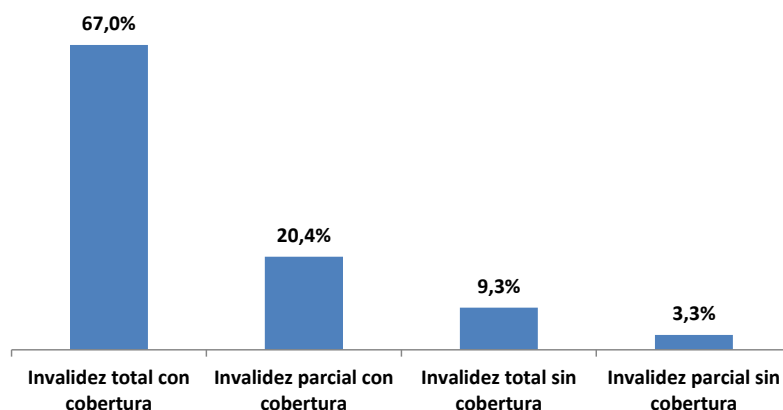
Esta situación ocurre cuando (i) el afiliado dictaminado inválido no ha mantenido regularidad en su aportación; o (ii) el siniestro configura como causal de exclusión del Seguro Previsional. En este caso la pensión de invalidez es financiada únicamente con los recursos existentes en su CIC, siendo una pensión no necesariamente vitalicia. Los beneficiarios del afiliado inválido sin cobertura también tienen en teoría derecho a pensión, pero este derecho se hará efectivo en la medida que existan fondos en la CIC, una vez ocurra el fallecimiento del afiliado.

¹⁵⁴ Cabe recordar que el afiliado realiza el pago de su aporte mensual al SPP, el cual contempla tres conceptos: (i) su aporte a su Cuenta Individual (10% de su remuneración); (ii) el pago de la comisión por administración del Fondo (retribución a la AFP que gestiona su dinero); y (iii) el pago del Seguro Previsional (actualmente 1.33% de la remuneración del trabajador).

¹⁵⁵ La fecha de ocurrencia es determinada por el Comité Médico.

Al mes de noviembre de 2016 se vienen pagando 12 588 pensiones de invalidez, de las cuales solamente un 12.5% son pensiones sin cobertura del Seguro Previsional¹⁵⁶.

Gráfico Anexo E.5.1.
Pensionistas de invalidez en el SPP, según tipo
 (% del total de pensionistas de invalidez del SPP, a noviembre de 2016)



Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

Anexo E.5.2. Pensión de Sobrevivencia

La pensión de sobrevivencia es otorgada a los beneficiarios del afiliado fallecido (esté o no jubilado). Los beneficiarios contemplados son: el (la) cónyuge o conviviente; los hijos menores de 18 años y mayores de 18 que sigan cursando estudios universitarios hasta los 28 años de edad, así como los hijos inválidos (determinados así por el Comité Médico de las AFPs). Los padres son beneficiarios eventuales cuando han sido dependientes económicamente del afiliado titular y siempre que los hijos del titular no agoten el capital para pensión. Cada tipo de beneficiario tiene derecho a recibir como pensión un porcentaje de la remuneración del afiliado (o pensión en caso el afiliado ya se hubiera pensionado) con la restricción de que el grupo familiar no puede recibir nunca más del 100% de la remuneración (o pensión) de la que gozaba el afiliado.

De acuerdo al Reglamento de la Ley, el cónyuge o conviviente tiene derecho a percibir como pensión el 35% o 42% de la remuneración (o pensión) del afiliado (según tenga o no hijos respectivamente). Cada hijo tiene derecho a recibir como pensión el 14% de la remuneración del afiliado y los padres del afiliado también el mismo porcentaje siempre que el número de hijos no agote el 100% de la remuneración del causante.

Cuando el afiliado fallece antes de los 65 años se da, como en el caso de Invalidez dos situaciones respecto al financiamiento de la pensión: con y sin cobertura del Seguro Previsional.

¹⁵⁶ Cabe indicar que el monto promedio de las pensiones con la cobertura del Seguro Previsional prácticamente quintuplica el monto promedio de las pensiones sin cobertura.

Anexo E.5.2.1. Pensión de Supervivencia con cobertura del Seguro Previsional

Cuando el afiliado fallece antes de los 65 años y, al momento de su fallecimiento, cumplía la condición de cobertura¹⁵⁷, los beneficiarios del afiliado gozarán de una pensión de supervivencia para la cual existirá un aporte adicional proveniente del Seguro Previsional. En este caso, el Seguro Previsional calcula el capital necesario para financiar pensiones vitalicias para los beneficiarios que gozan de este tipo de beneficio (cónyuge o conviviente, hijos inválidos y padres) y calcula también el capital necesario para financiar las pensiones temporales del resto de beneficiarios¹⁵⁸.

Anexo E.5.2.2. Pensión de Supervivencia sin cobertura del Seguro Previsional

Si, al momento de fallecer, el afiliado no cumplía con tener pagados 4 aportes en los 8 meses anteriores a su muerte o el siniestro configura una causal de exclusión, la pensión de los beneficiarios se financiará solamente con el saldo de aportes acumulado en la CIC del afiliado. Dada esa restricción los porcentajes de pensión obtenidos respecto a la remuneración del afiliado no necesariamente son los contemplados en la Ley pero sí se mantiene la proporcionalidad de los pagos al interior del grupo beneficiario.

Anexo E.5.2.3. Pensión de Supervivencia de afiliados pasivos

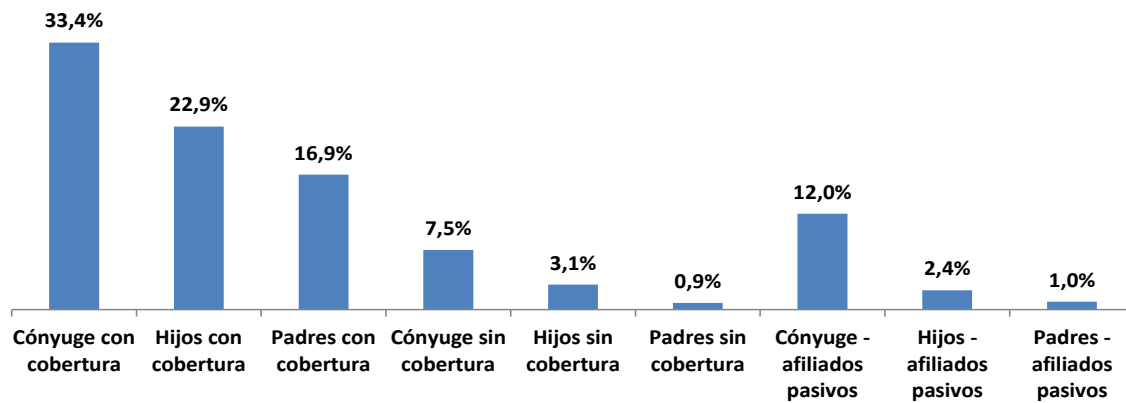
Cuando el causante es un afiliado que ya se había jubilado, ya no opera el mecanismo de aporte adicional proveniente del Seguro Previsional. En este caso las pensiones para los beneficiarios se financian solamente con el remanente de la CIC. A esta pensión se le llama Pensión de Supervivencia de afiliados pasivos.

A noviembre de 2016 se han pagado 65 953 pensiones de supervivencia de las cuales el 73.1% corresponde a pensiones de supervivencia con cobertura del Seguro Previsional, 11.5% sin cobertura del Seguro Previsional y existe un 15.4% de pensionistas de supervivencia que reciben pensión derivada de un pensionista (afiliado pasivo).

¹⁵⁷ La misma señalada para el caso de invalidez. A saber: el afiliado ha mantenido regularidad en el pago de sus aportes y cuenta, por lo menos, con 4 aportaciones mensuales dentro de los 8 meses anteriores a la ocurrencia del siniestro y que éste no se haya originado por una causal de exclusión.

¹⁵⁸ Para el cálculo del aporte adicional a efectuar por cada beneficiario existe un plazo de 90 días para la presentación de éstos, contados a partir de la presentación del primer beneficiario. Los beneficiarios que se presenten pasado este plazo reciben pensión pero solamente recalculando los porcentajes sobre la base del capital existente (no hay nuevos aportes adicionales por los beneficiarios rezagados).

Gráfico Anexo E.5.2.
Pensión de sobrevivencia en el SPP, según tipo y beneficiario
 (% del total de casos en el SPP, a noviembre de 2016)



Fuente: SBS

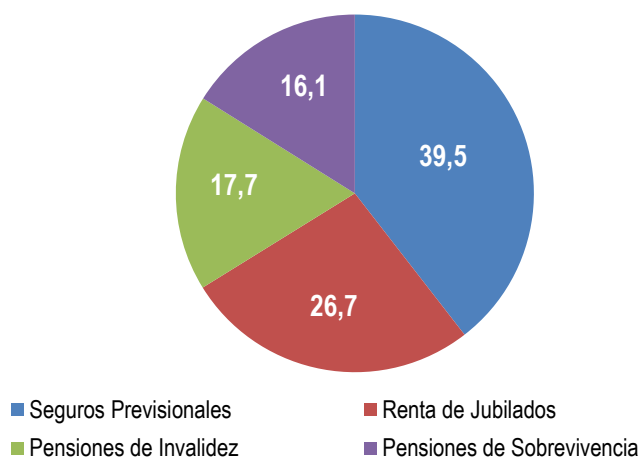
Elaboración: Comisión de Protección Social

Anexo E.6. El Mercado de Seguros y el Sistema Privado de Pensiones

El ramo de seguros del SPP está compuesto por cuatro riesgos: los seguros previsionales, rentas de jubilados, pensiones de invalidez y pensiones de sobrevivencia¹⁵⁹. La importancia relativa de las mismas a diciembre de 2016 puede verse en el **Gráfico Anexo E.6.1**.

¹⁵⁹ En el caso de **rentas de jubilados**, la empresa de seguros se compromete a pagar al asegurado (trabajador jubilado que proviene del SPP) una renta mensual vitalicia, inmediata o diferida y al pago de pensiones de sobrevivencia en favor de sus beneficiarios. En este caso, los afiliados que culminan su etapa laboral pueden optar por contratar una renta vitalicia con una empresa de seguros, elegir el retiro programado con la AFP en la que están en ese momento o, a partir de mayo de 2016, retirar hasta el 95.5% de su fondo de pensiones. Los **seguros previsionales** comprenden la cobertura de los siniestros por invalidez, fallecimiento o gastos de sepelio de los afiliados al SPP, ocurridos durante la etapa activa del trabajador. Hasta el 2012, la AFP contrataba a la compañía de seguros que iba a encargarse de proteger a sus afiliados ante los escenarios descritos anteriormente. Sin embargo, a partir de ese año, se empezaron a llevar a cabo las licitaciones públicas de este producto, las cuales se realizan cada dos años. En el caso de invalidez, se identifican dos clasificaciones que interactúan entre sí: por naturaleza (temporal y permanente) y por grado (parcial [gravedad de 50% a 66%] y total [de 66% a 100%]). De darse el caso de una invalidez permanente definitiva, la empresa de seguros que ofrece el seguro previsional calcula el capital para la pensión con el objetivo de poder identificar, en caso aplique, cuál será el capital adicional que debe realizar para que el afiliado pueda acceder a una pensión equivalente al 70% (si la invalidez es total) o 50% (si la invalidez es parcial) del sueldo recibido ajustado por inflación en los últimos 48 meses previos al siniestro de invalidez. Esto sucede cuando el capital para pensión es mayor al monto acumulado por el afiliado en su fondo en el momento de ocurrencia del siniestro. Luego de calculado el capital para pensión, el afiliado escogerá de manera similar al caso de jubilación, si desea la modalidad de retiro programado a través de la AFP (en caso haya elegido una pensión en soles) o la empresa de seguros que le brindará la renta vitalicia. De darse el caso de una invalidez temporal parcial o total o una invalidez permanente no definitiva, la empresa de seguros previsional realiza pagos de pensiones transitorias, en las cuales no se afecta el fondo de pensiones del afiliado. En el caso de sobrevivencia, la empresa de seguros que brinda el seguro previsional calcula el capital para la pensión con el objetivo de identificar, en caso aplique, cuál será el capital adicional que debe realizar para cubrir lo que le falta al fondo del afiliado para que sus beneficiarios puedan acceder a una pensión equivalente al 42% del sueldo recibido en los últimos 48 meses previos a la muerte del afiliado en caso de una cónyuge sin hijos o 35% en caso de una cónyuge con hijos, 14% para cada hijo y 14% para los padres, en caso se registre una porción del monto que no ha sido asignada. Esto sucede cuando el capital para pensión es superior al monto acumulado por el afiliado en su fondo en el momento de ocurrencia del siniestro. Finalmente, los beneficiarios pueden optar por el retiro programado (en caso los beneficiarios hayan elegido una pensión en soles) o por una renta vitalicia en una compañía de seguros. En el caso de las **pensiones de invalidez**, la empresa aseguradora se compromete a pagar al afiliado una pensión por invalidez mensual vitalicia, así como pensiones de sobrevivencia a sus beneficiarios, según corresponda, de acuerdo al régimen de aportes adicionales al SPP. Para ello, el afiliado que reporta el siniestro de invalidez entrega el monto total de su fondo (que puede tener un aporte de capital adicional por parte de la empresa de seguro previsional) a la empresa de seguros de renta vitalicia para que le proporcione una pensión por ello, en el caso de que haya optado por dicho producto. Es importante precisar que la opción de Retiro Programado sólo aplica para pensiones en soles. Finalmente, las **pensiones de sobrevivencia** la empresa aseguradora se compromete a pagar a los beneficiarios del trabajador fallecido una renta de sobrevivencia mensual, vitalicia o temporal, según corresponda, de acuerdo al régimen de aportes adicionales al SPP. De manera similar a las pensiones de invalidez, los beneficiarios del fallecido entregan el monto total del fondo del afiliado (que puede tener un aporte de capital adicional por parte de la empresa de seguro previsional) a la empresa de seguros para que les proporcione una pensión por ello, en caso haya optado por dicho producto. La opción de Retiro Programado solo es aplicable para el caso en el que la pensión esté expresada en soles.

Gráfico Anexo E.6.1.
Composición del segmento de SPP del mercado asegurador en 2016
 (%)



Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

Tabla Anexo E.6.1.
Riesgos asegurables, tamaño del mercado y primas del SPP en 2016
 (S/ millones)

Riesgos	Número de empresas	PSN
Rentas de jubilados	6	628,8
Seguros Previsionales	6	931,6
Pensiones de invalidez	6	418,3
Pensiones de supervivencia	6	379,6

Fuente: SBS

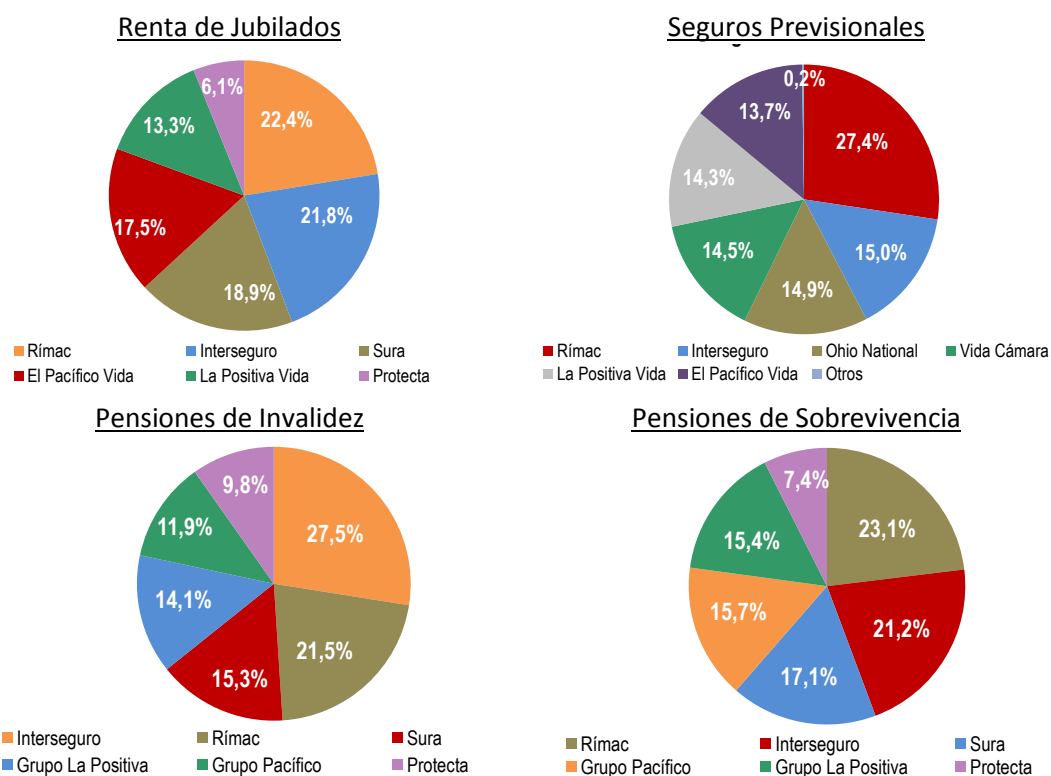
Elaboración: Comisión de Protección Social

En la **Tabla Anexo E.6.1.** de arriba se observa el importe de las primas aseguradas (Prima de Seguro Neta-PSN) en 2016 según diferentes riesgos. En el **Gráfico Anexo E.6.2.**, se observa que Rímac es la empresa líder en rentas de jubilados, seguros previsionales y pensiones de supervivencia, mientras que Interseguro tiene la mayor participación en las pensiones de invalidez. Es importante precisar que, a fines de 2016, se llevó a cabo la tercera licitación del seguro previsional, en la cual Rímac ganó 29% del mercado, mientras que La Positiva Vida, Sura, Vida Cámara, Pacífico Vida y Ohio National obtuvieron 14.5% del mercado cada una.

Con respecto a la evolución del segmento previsional, se observa una tendencia creciente de las primas de seguros netas (PSN) que es consistente con el incremento continuo del número de afiliados. En 2012, dentro de la Reforma del Sistema Privado de Pensiones, empezaron las licitaciones -que se llevan a cabo cada dos años- de este producto donde cada empresa interesada en participar de este mercado oferta un precio y el ente regulador designa a las

empresas ganadoras de acuerdo a las tarifas más bajas. En diciembre de 2016, se llevó a cabo la tercera licitación, en la cual Rímac ganó dos séptimos del mercado, mientras que La Positiva Vida, Sura, Vida Cámara, Pacífico Vida y Ohio National obtuvieron un séptimo del mercado cada una.

Gráfico Anexo E.6.2.
Composición de los riesgos del ramo de seguros del SPP en 2016
(%)

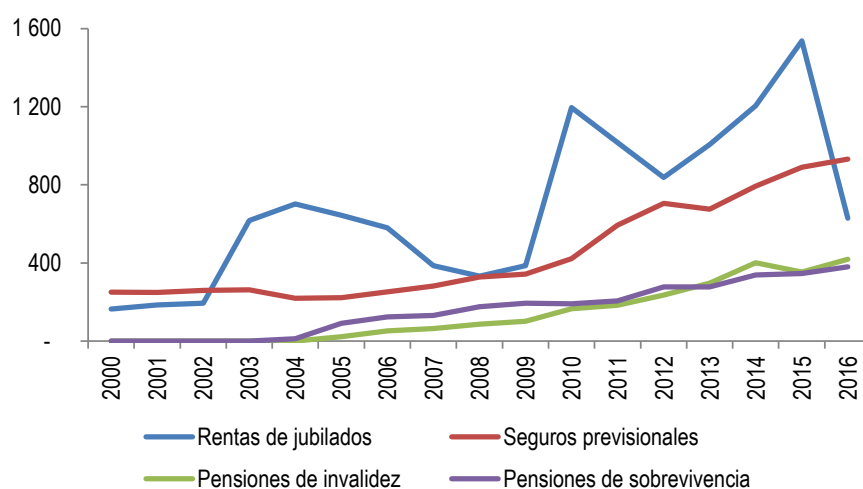


Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

Por su parte, las rentas de jubilados presentaron dos caídas considerables en 2012 y 2016. En el caso de 2012, la finalización del Régimen Especial de Jubilación Anticipada (REJA) de la Ley N° 29426 influyó en dicha caída, mientras que en 2016, la reducción se debió básicamente a la promulgación de la Ley N° 30425, la cual permite a los afiliados próximos a jubilarse retirar hasta el 95.5% de sus fondos para libre disponibilidad. Debido a dicha ley, un número menor de ellos optó por colocar su dinero en una empresa de seguros. Con ello, al cierre de 2016, el monto de PSN de este riesgo fue de S/ 628.8 millones. Es importante precisar que los afiliados próximos a jubilarse podrían optar también por el retiro programado, cuyos pagos los realiza la propia AFP en la que se encuentran al momento de retirarse (ver **Gráfico Anexo E.6.3.** y **Tabla Anexo E.6.2.**).

Gráfico Anexo E.6.3.
Evolución de las PSN del SPP
(S/ millones)



Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

Tabla Anexo E.6.2.
Número de jubilados por tipo de jubilación

	Retiro total (95.5%) *	Pensión completa	Mix (pensión/retiro)	Total
may-16	4 173	12	148	4 333
jun-16	7 085	79	762	7 926
jul-16	11 077	69	599	11 745
ago-16	14 714	154	497	15 365
sep-16	11 020	144	407	11 571
oct-16	8 460	133	288	8 881
nov-16	7 027	77	230	7 334
dic-16	6 947	102	253	7 302
ene-17	2 624	25	107	2 756
Total general	73 127	795	3 291	77 213

* Incluye jubilación legal y jubilación anticipada por desempleo.

Fuente: SBS

Elaboración: Comisión de Protección Social

F. CONCLUSIONES

F.1. PENSIONES

- Teniendo en cuenta la situación actual del Sistema Previsional Peruano, detallada en la **Sección E.1**, la Comisión de Protección Social presenta una propuesta que tiene como visión alcanzar un sistema de pensiones con las siguientes características: (i) integrado; (ii) que cubra a todos los trabajadores independientemente de su tipo de contrato laboral; (iii) que trascienda la ineficiente e inequitativa fragmentación actual; (iv) que fomente el ahorro con solidaridad para la vejez y (v) que fortalezca y establezca el ingreso en la etapa de jubilación.
- Bajo esta visión, además de fomentar el ahorro para la vejez y regular adecuadamente tanto su inversión durante la etapa de trabajo como su utilización durante la etapa de retiro, **el Estado no permitirá que ningún peruano se quede sin al menos una pensión básica, cuyo monto tendrá que sujetarse a la disponibilidad de recursos fiscales y cuyo principal objetivo será impedir la existencia de pobreza e indigencia en la vejez.**
- Para esto, la propuesta ha planteado objetivos concretos que serían parte de un nuevo Contrato Social, mediante el cual todos los ciudadanos se comprometerían, por una parte, a hacer un esfuerzo de ahorro (por pequeño que sea y, obviamente, compatible con su nivel de ingreso) y, por otra, a velar solidariamente por sus compatriotas más necesitados (a través de la gestión reguladora del Estado y la pensión básica que éste proveería). En esa línea, los objetivos concretos son:
 1. **Construir un sistema de pensiones único e integrado:** integrado en el sentido de que los tres pilares del sistema se complementarían entre sí; único en el sentido de que el sistema no discriminaría entre distintos grupos de trabajadores (hombres y mujeres, públicos y privados, urbanos y rurales, formales e informales, etc.).
 2. **Ampliar sustancialmente la cobertura** del sistema pensional, principalmente a través de la introducción de una pensión básica (anti pobreza) y universal, pero también a través de la facilitación de contribuciones a las cuentas de ahorro individual con base al gasto (en adición al mecanismo básico de contribución con base al ingreso) y también con un conjunto de subsidios que alienta a una participación amplia, y con ayudas focalizadas a los trabajadores jóvenes.
 3. **Reducir los costos del sistema** para el trabajador que ahorra para su vejez, a través de un mayor aprovechamiento de economías de escala, la reducción de costos innecesarios para la acumulación y protección de la pensión, una mejor y mayor diversificación de riesgos, y un despliegue más efectivo del papel rector del Estado en cuanto a la aglomeración eficiente de los servicios de administración de cuentas, así como a la regulación y el ordenamiento de los mercados de servicios financieros relevantes (administración de activos, provisión de rentas vitalicias y seguros). En particular, la reforma propuesta apunta a reducir las comisiones que se cobran a los trabajadores por la administración e inversión de sus ahorros a un promedio no mayor a 60 puntos básicos del saldo y a crear condiciones de mercado que además permitan la reducción de las primas cobradas por la industria financiera por la provisión de rentas vitalicias y seguros de invalidez, vejez y muerte.

4. **Incorporar un verdadero representante de la demanda** (del afiliado). Ello se lograría a través de un organismo centralizador que ayudará a completar la visión integral del sistema y la nueva organización industrial, de forma tal de capturar no sólo los beneficios provenientes de procesos más eficientes y menos costosos de administración de cuentas en favor del afiliado, a través de comisiones más bajas, sino también los beneficios de la prestación de una adecuada educación financiera que provea, entre otras cosas, información relevante sobre las pensiones proyectadas para el afiliado y una asesoría activa y libre de conflictos de interés que le evite caer en malas decisiones. De esta manera, se atendería una deficiencia monumental que hoy no es debidamente atendida.
 5. **Incrementar los beneficios del sistema pensional**, no sólo a través de la mencionada pensión básica, ampliación de la cobertura y reducción de comisiones, sino también a través de un **nuevo marco regulatorio** que focalice la atención de los trabajadores y gestores de activos en la así llamada “tasa de reemplazo”. Es decir, en el ingreso esperado a ser recibido durante la etapa de jubilación como porcentaje del ingreso obtenido durante la etapa de trabajo. Con este fin, el nuevo marco regulatorio, además de velar por la salud y solvencia de la industria de servicios financieros para la vejez, se orientaría en particular a extender los plazos de inversión del ahorro de los trabajadores, a adecuar la composición de dichas inversiones a la edad del trabajador y a fomentar el desarrollo de productos financieros apropiados para estabilizar el ingreso en la etapa de jubilación. Ello implicará rediseñar las normativas que permiten el retiro del 25% de los ahorros para la compra de vivienda y el 95.5% de los fondos al momento de la jubilación. Creemos que la presencia de la pensión básica ayudaría a encontrar soluciones más razonables a los problemas que originaron estas desacertadas alternativas.
- Todos estos cambios deberían llevar a un incremento sustancial tanto de la cobertura de los mayores de 65 años (al 100% de este colectivo) como de la participación de los que ahorran en el sistema de pensiones (cerca del 100% de la PEA). De la misma forma las tasas de reemplazo de las pensiones debieran elevarse del actual 34% al 71%. Todo ello con un costo fiscal a financiar de 0.7% del PBI en promedio para el horizonte 2018-2062.
 - La Comisión cree que estos objetivos se irían alcanzando en el tiempo, luego de una **etapa de transición** y conforme la reforma vaya estableciendo las necesarias condiciones de mercado y los arreglos institucionales adecuados. La implementación de la reforma sería enteramente consistente con la estrategia de política pública orientada a la formalización de la economía. Finalmente, **las contribuciones directas del Estado** a la reforma pensional (provisión de una pensión básica, subsidio por vía del “*matching*” al ahorro individual, y garantía limitada a las rentas vitalicias) **serían dimensionadas en función de las restricciones impuestas por el imperativo de mantener las finanzas públicas sanas** y un proceso fiscal viable.
 - La Comisión cree firmemente que esta reforma permitirá consolidar un verdadero sistema de pensiones que sea parte de un marco integral de protección social donde el Estado, por fin, podrá interactuar con la Sociedad, la misma que se verá incentivada a participar del sistema. Depende ya de los actores políticos y hacedores de política que esta propuesta pueda ser considerada y llevada a cabo.

F.2. SALUD

- Como se vio en la **Sección E.2**, son múltiples los factores existentes en el sistema de salud peruano que impiden la conformación actual de un sistema de cobertura universal, a pesar de estar establecido en la Ley AUS desde el 2009.
- En respuesta a estos problemas, la propuesta que la CPS plantea como visión de largo plazo es un sistema de salud que brinde acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad, que gestione el riesgo y los recursos con eficiencia, que provea mayor protección financiera a los hogares y que mantenga la sostenibilidad fiscal.
- Para esto se propone la creación de un **asegurador único** –el Fondo Único– **que financie el plan de beneficios (PEAS) con recursos públicos** en un esquema que mancomune los fondos. El Fondo Único gozará de independencia en el desarrollo de su gestión para garantizar su legitimidad y confianza en la población.
- **La tasa de aporte de EsSalud disminuirá** en un monto equivalente al gasto en el financiamiento del PEAS en EsSalud, sólo cuando el Estado garantice el mismo monto desde fuentes fiscales. Existirán planes adicionales de modo que sean equiparables a las coberturas actuales de EsSalud y el SIS, también administrados por el Fondo Único pero en cuentas separadas. La contribución que se continuará haciendo a EsSalud servirá para financiar su plan adicional. Se propone que a largo plazo el PEAS se amplíe y este aporte restante disminuya.
- Se plantea la cobertura de prestaciones catastróficas en un **Fondo de Alto Costo** universal, en el cual se prioricen las condiciones cubiertas por alto costo y baja frecuencia. Éste también funcionaría como una cuenta independiente dentro del Fondo Único.
- El **Fondo Único** deberá **gestionar el riesgo** de la población y realizar **compras estratégicas** a los proveedores mediante mecanismos de pago que incentiven una gestión eficiente de los servicios de salud cubiertos. Esto conllevará a mejorar el impacto de las actividades promocionales y aumentar la cobertura de los servicios preventivos de manera que se disminuyan los riesgos de salud de la población. Los aseguradores privados también participarán en el sistema, a través de ofrecer planes de cobertura financiera complementaria (para cubrir costos diferenciales en caso existan) y planes de cobertura suplementaria (como mejores servicios de hotelería en hospitalizaciones).
- Por el lado de la prestación, se propone impulsar el establecimiento de **redes integradas territorialmente**, que combinen establecimientos de salud, independientemente de su titularidad. Con ello, se espera la reducción en la fragmentación de la prestación y la ampliación del acceso a servicios de salud. Se fortalecerá el nivel de atención primario y el sistema de referencia y contrarreferencia. Esto llevaría a un uso más eficiente de los recursos existentes (infraestructura y recursos humanos para la salud), al control de calidad de los servicios y a una reducción de los requerimientos de inversión a futuro.
- Entre las implicancias de la propuesta está la **mayor eficiencia en el financiamiento, pues se disminuirá la fragmentación y se maximizará la mancomunación de los riesgos**. Parte de la mayor eficiencia proviene de un flujo de financiamiento acorde con una lógica sanitaria, es decir, que tenga como objetivo la eficiencia asignativa de un mejor uso de los recursos para maximizar los resultados sanitarios. Asimismo, se incurrirá en menores gastos administrativos. Los esquemas de multi-seguro gastan aproximadamente 2.3 veces más como porcentaje del PBI en la administración del sistema de salud en comparación a los países que tienen un seguro único. Así, la ganancia de eficiencia se estima en por lo menos S/ 1631.32 millones.

- También existirá **mayor eficiencia en el sistema por la prestación organizada en redes prestacionales integradas, ya que se evita la duplicación de esfuerzos, la competencia por el escaso recurso humano y se optimiza la oferta existente.** Las redes integradas de servicios de salud serán impulsadas por los mecanismos de pago que diseñe el Fondo Único. Asimismo, éstas fomentan el desarrollo y fortalecimiento de la atención primaria en salud, a la vez que reducen la fragmentación existente en los sistemas de salud. Se incrementará el acceso y la calidad en la atención.
- Más allá de financiamiento y el aseguramiento, la CPS considera esencial fortalecer al MINSA en su rol rector de todo el sistema de salud. Esto implicaría eliminar de sus funciones el rol prestador. Para tales efectos también se propone la creación de un centro de excelencia independiente que se dedique a la investigación y la evaluación de tecnologías sanitarias para apoyar al MINSA en la toma de decisiones basadas en evidencia. Finalmente, se propone desfragmentar la regulación del sistema a través de una reestructuración de las funciones reguladoras de SUSALUD. En definitiva, la institucionalidad de varios agentes debe ser replanteado con objetivos claros que estén articulados alrededor de los objetivos sanitarios nacionales.
- La propuesta de la CPS en salud considera que la reforma del financiamiento y aseguramiento debe ir acompañada no sólo de un compromiso de un mayor y mejor financiamiento, sino también de una reorganización de las otras funciones del sector salud (rectoría, regulación, prestación, etc.).
- La visión de largo plazo del sistema de salud implicaría un sistema universal, integrado y en varios sentidos simplificado. La simplificación es uno de los mecanismos para mejorar la supervisión y monitoreo del sistema a través de la participación ciudadana y la rendición de cuenta de sus agentes clave como el MINSA, SUSALUD, el Fondo Único, y los prestadores.

F.3. SEGURO DE DESEMPLEO

- Los resultados del ejercicio de simulación presentado en la **Sección D.3** y el diagnóstico presentado en la **Sección E.3**. Llevan a una clara conclusión: dadas las características del mercado laboral peruano no parece viable implementar un seguro de desempleo que logre una cobertura significativa incluso entre los trabajadores del sector formal que pierdan su empleo. Cuatro características son particularmente condicionantes:
 1. La **alta informalidad** restringe la cobertura potencial del seguro a alrededor de la mitad de la fuerza laboral asalariada. La alta informalidad no sería una restricción determinante si es que en la otra mitad de la población asalariada, la que tiene contratos laborales formales, se pudiese lograr una cobertura significativa. Lamentablemente, este no es el caso y esto tiene que ver con los otros tres condicionantes señalados.
 2. El ámbito natural de un seguro de desempleo son los **contratos por tiempo indefinido** ya que en estos la pérdida de empleo por causas exógenas al individuo es más habitual en economías de mercado, donde los productos y tecnologías tienden a cambiar cada vez con mayor frecuencia. Sin embargo, estos contratos suceden en apenas poco más de un quinto del total de contratos formales en el mercado laboral. En adición, las terminaciones de estos contratos asociadas a despidos son apenas el 6% del total de terminaciones. Un uso estricto de los criterios que rigen la mayor parte de seguros de desempleo en el mundo nos deja entonces con una cobertura potencial de apenas 1.3% de los eventos de desempleo entre trabajadores del sector formal.
 3. Si relajamos estos criterios para incorporar a los trabajadores con contratos temporales, no se llegaría mucho más lejos porque el grueso de estos contratos son por periodos muy pequeños: más de la mitad no superan los seis meses de duración y apenas 15% son por periodos superiores a un año. Muy pocos de ellos, por tanto, podrán cumplir con reglas de elegibilidad estándar. Detrás de estas desalentadoras cifras está una **elevada tasa de rotación**, incluso para estándares de economías con mercados laborales donde el despido está completamente desregulado, como Estados Unidos.
- Estos resultados son paradójicos. Tenemos una regulación laboral que tiene como ideal la relación laboral de largo plazo entre empresa y trabajador. Así, desde la perspectiva de esta regulación un trabajador debería entrar a un empleo con un contrato por tiempo indefinido y continuar en ese empleo por el resto de su vida, salvo que cometa una falta grave. Para asegurar esto la legislación contempla un fuerte desaliento al despido. En esta dirección, se considera indemnizaciones cuando no se puede probar la falta grave y, más recientemente, la reposición en el puesto de trabajo por mandato judicial. **La paradoja reside en que estas medidas, si bien exitosas en su afán de disuadir el despido, han logrado producir un mercado laboral donde la estabilidad en el empleo es un privilegio de pocos y la rápida rotación es la realidad de la mayoría de trabajadores formales.** En efecto, la interpretación del Tribunal Constitucional (TC) del mandato de “protección adecuada” que contempla nuestra Constitución, a partir del año 2001 y subsecuentemente expandida a través de diversos fallos, da inicio a un periodo de creciente uso de contratos temporales. La correlación entre el número de casos de despido / reposición presentados al TC y el volumen de contratos temporales es de 0.85.

- **La recomendación de esta Comisión es, pues, no implementar un seguro de desempleo.** Las medidas que se requieren para mejorar la protección de los trabajadores pasan, más bien, por promover la contratación por tiempo indefinido. Esto, a su vez, requiere una revisión de la regulación laboral tal como se viene aplicando al momento, de manera que se modifiquen los factores que actualmente desalientan la contratación por tiempo indefinido, a saber, las decisiones del TC, ahora diseminadas hacia los juzgados laborales en general, que ponen a la reposición en el puesto de trabajo como el mecanismo preferente para proveer la protección adecuada frente al despido que manda la Constitución. Luego de un proceso de “normalización” del mercado laboral, donde el contrato por tiempo indefinido vuelva a ser el marco para el grueso de las relaciones laborales asalariadas debería considerarse la implementación de un seguro de desempleo.

G. REFERENCIAS

G.1 PENSIONES

AIOS. Boletín Estadístico N° 31, Diciembre 2016. Disponible en: <http://www.aiosfp.org/estadisticas/boletin-estadistico-aos/?lang=es>

Acuña, Rodrigo, Miguel Palomino, Leonardo Villar, Alejandro Villagómez y Diego Valero (2015). "Cómo fortalecer los sistemas de pensiones latinoamericanos, Experiencias, Lecciones y Propuestas". SUR Asset Management. Tomo I.

Acuña, Rodrigo, Fuentes, Rodrigo, Secada, Pablo, Villagómez, Alejandro, Villar, Leonardo (2013). "Contribución del Sistema Privado de Pensiones al Desarrollo Económico de Latinoamérica". SUR Asset Management.

Alonso, Javier, Rafael Domenech y David Tuesta (2011). "Sistemas Públicos de Pensiones y la crisis fiscal en la zona euro". Enseñanzas para América Latina. N° 1123, Working Papers from BBVA Bank, Economic Research Department.

Alonso, Javier, Rosario Sánchez y David Tuesta (2013). "Un modelo para el sistema de pensiones en el Perú: diagnóstico y recomendaciones". Banco Central de Reserva del Perú.

Bando, Rosangela, Sebastián Galiani y Paul Gertler (2016). "The Effects of Non-Contributory Pensions on Material and Subjective Well Being". NBER Working Paper N° 22995.

Bardwaj, Gautham (2016) "Digital Solutions for Pension Inclusions: Some Examples from India". Presentation en 7th Global Savings and Pensions Conference. World Bank.

Barr, Nicholas y Peter Diamond (2009). "Reforming pensions: principles, analytical errors and policy directions". Journal compilation – International Social Security Association, Vol. 62.

Basu, A. K., Byrne, A., & Drew, M. E. (2011). "Dynamic lifecycle strategies for target date retirement funds". The Journal of Portfolio Management, 37(2), 83-96.

Becker, Ulrich, Carmelo Mesa-Lago, Eva Hohnnerlin, Lorena Ossio Bustillos y Andrés Simonovits (2013). "Re-reformas de sistemas de pensiones privatizadas en el mundo: estudio comparativo de Argentina, Bolivia, Chile y Hungría". Revista de Trabajo N° 10.

Benartzi, Shlomo (2012). "Save More Tomorrow: Practical Behavior Finance Solutions to Improve 401 (k) Plans". Penguin New York.

Berdejo, María Antonieta, Boris Galarza y Javier Nagamine (2006). "Mecanismos para incentivar la competencia en los Sistemas Pensiones basados en Capitalización Individual". Documento de Trabajo N° 1. Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones.

Bernal, Noelia (2017). "Los Gastos Públicos en Pensiones en América Latina y sus Proyecciones al 2075: Evidencia de Chile, Perú, Colombia y México". En Ideas para una Reforma de Pensiones. Editado por Luis Carranza, Angel Melguizo y David Tuesta. Capítulo 3. Editorial USMP. Forthcoming.

- Bernal, Noelia, Ángel Muñoz, Hugo Perea, Johanna Tejada y David Tuesta (2008). “Una Mirada al Sistema Peruano de Pensiones: Diagnósticos y Propuestas”. Editorial Norma.
- Berstein, S., Fuentes, O. y F. Villatoro (2013). “Default investment strategies in a defined contribution pension system: a pension risk model application for the Chilean Case”. *Journal of Pension Economics and Finance*, 12, pp 379-414.
- Berstein, S. and R. Chumacero (2012). “VaR for Pension Funds: An Evaluation”. *Quantitative Finance*.
- Berstein, Solange, Mariano Bosch y Manuel García-Huitrón (2017). “Diagnóstico del Sistema de Pensiones Peruano y Avenidas de Reforma”. División de Mercados Laborales y Seguridad Social. BID.
- Beshears, John, James J. Choi, David Laibson and Brigitte Madrian (2009). “The impact of employer matching on savings plan participation under automatic enrollment”. In *Research Findings in the Economics of Aging*, edited by D. A. Wise. University of Chicago Press. Chicago.
- Bikker, J.A., and J. de Dreu (2007). “Operating costs of pension schemes”. In: O. Steenbeek and S.G. van der Lecq (eds.), *Costs and Benefits of Collective Pension Systems*, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 51-74.
- Bikker, J., O. Steenbeek, and F. Torracchi (2010). “The Impact of Scale, Complexity, and Service Quality on the Administrative Costs of Pension funds: A Cross-country Comparison”. DNB Working Papers, Nº 258. Amsterdam, Netherlands: De Nederlandsche Bank.
- Blake, David (2003). “The United Kingdom Pension System: Key Issues”. Pensions Institute. University of London.
- Bosch, Mariano, Angel Melguizo y Carmen Pagés (2013). “Mejores Pensiones, Mejores Trabajos” BID. Washington.
- Brodersohn, Ernesto (2016). “What enables people to save long-term?”. Presentación en the World Bank Global Savings and Pensions Conference. September.
- Borsch-Supan, Axel, Michela Coppola and Anette Reil.Held (2013). “Riester Pensions in Germany: Designs, Dynamics, Targeting Success and Crowding-in”. En *Matching Contributions for Pensions: a review of international experience*. Editado por Richard Hlnz, Robert Holzmann, David Tuesta y Noriyuki Takayama. Capítulo 4. Banco Mundial.
- Broeders, D., D. Chen, P. Minderhoud and W. Schudel (2016). “Pension funds' herding”. DNB Working Paper, Nº 503.
- Carranza, Luis, Angel Melguizo, David Tuesta (2017). “¿Funcionan los incentivos monetarios para el ahorro en pensiones? A propósito de los esquemas matching contributions?”. En *Ideas para una Reforma de Pensiones*. Editado por Luis Carranza, Angel Melguizo y David Tuesta. Capítulo 8. Editorial USMP. Forthcoming.
- Carranza, L, A. Melguizo y D. Tuesta. (2013) “Matching Contributions in Colombia, Mexico and Peru: experiences and prospects”. En *Matching Contributions for Pensions: a review of international experience*. Editado por Richard Hlnz, Robert Holzmann, David Tuesta y Noriyuki Takayama. Capítulo 10. Banco Mundial.
- Comisión Asesora Presidencial sobre el Sistema de Pensiones de Chile (2015). Informe Final.

- Corbo, V., & Schmidt-Hebbel, K. (2003). "Efectos macroeconómicos de la reforma de pensiones en Chile". Resultados y desafíos de las reformas a las pensiones, 259-351.
- Costa, R. Da, J. R. de Laiglesia, E. Martinez, and A. Melguizo (2011). "The Economy of the Possible: Pensions and Informality in Latin America". Working Paper 295, Organization for Economic Co-operation and Development Development Center, Paris.
- Cronqvist, H., & Thaler, R. H. (2004). "Design choices in privatized social-security systems: Learning from the Swedish experience". The American Economic Review, 94(2), 424-428.
- Cruz-Saco, María Amparo, Juan Mendoza y Bruno Seminario (2014). "El sistema previsional del Perú: Diagnóstico 1996-2013, proyecciones 2014-2050 y reforma". Universidad del Pacífico.
- De la Torre, A. and H. Rudolph (2012). "Building Efficient 2nd Pillars: Market Frictions and Policy Options". Washington, DC: World Bank V Contractual Savings Conference, January 9-11.
- Deguest, R., Martellini, L., & Milhau, V. (2015). "Mass Customization in Life-Cycle Investing Strategies with Income Risk". En: Bankers, Markets & Investors, No. 139, 28-44.
- Del Guercio, Diane y Paula Tkac (2002). "The Determinants of the Flow of Funds of Managed Portfolios: Mutual Funds vs. Pension Funds". In: The Journal of Financial and Quantitative Analysis, Vol. 37, No. 4 (Dec., 2002), pp. 523-557. University of Washington School of Business Administration.
- Demaestri, Edgardo y Diego Sourrouille (2003). "Integrated Financial Regulation and Supervision: Experiences in Selected Countries". IADB.
- Dorfman, Mark (2015). "Pension Patterns in Sub-Saharan Africa". Social protection and labor discussion paper, Nº 1503. World Bank Group, Washington, DC.
- Dorfman, Mark C. et al (2013). "China's pension system: A vision". Washington, DC, World Bank. 243 pp. ISBN 978-0-8213-9540-0.
- Ehrlich, I., y Becker, G. S. (1972). "Market insurance, self-insurance, and self-protection". Journal of political Economy, 80(4), 623-648.
- Elgin, Ceyhun y Oguz Öztunali (2012). "Shadow Economies around the World: Model Based Estimates". Mimeo.
- Estrada, J. (2014a). "The glide path illusion: an international perspective". Journal of Portfolio Management 40(4): 52-64.
- Estrada, J. (2014b). "Rethinking Risk". Journal of Asset Management, Vol. 15, Nº 4, pp. 239-259.
- Fertig, Andrew, Jaclyn Lefkowitz and Alissa Fishbane (2015). "Using Behavioral Science to Increase Retirement Savings: a new look at voluntary pension contributions in Mexico". Ideas 42.
- FIAP (2015). "Importancia del Ahorro Previsional Voluntario: factores clave para su desarrollo y algunas experiencias internacionales". Nota de Pensiones. Septiembre 2015.
- Forteza, A, I. Apella, E. Fajnzylber, C. Grushka, I. Rossi y G. Sanroman (2013). "Work Histories and Pension Entitlements in Argentina, Chile and Uruguay". Social Protection Discussion Papers Nº 52446. Banco Mundial.

Francke, Pedro y Armando Mendoza (2005). "Perú: Programa Juntos en Transferencias con corresponsabilidad". En: Una mirada latinoamericana, E. Cohen y R. Franco (coords.).

Fusades (2016). "El proyecto de reforma de pensiones vulnera derechos constitucionales". Análisis Legal e Institucional N° 181. El Salvador.

Galarza, Boris y Javier Olivera (2001). "La industria del sistema privado de pensiones en el Perú". Documento de Trabajo No. 2. Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones.

García-Huitrón, Manuel y Enrique Seira. "Consideraciones sobre la evolución y retos del Sistema de Ahorro para el Retiro". Fundación de Estudios Financieros. México.

García-Huitrón, Manuel, Jurre De Haan, Eduard Ponds, Eduardo Rodríguez-Montemayor (2017). "Haciendo que los sistemas de pensiones privados en Latinoamérica funcionen para los individuos". En Ideas para una Reforma de Pensiones. Editado por Luis Carranza, Angel Melguizo y David Tuesta. Capítulo 8. Editorial USMP. Forthcoming.

García-Kilroy, Catalina y Heinz Rudolph (2017). "Private financing of public infrastructures through PPPs in Latin America and the Caribbean". World Bank Group, Washington, DC.

Gill, Indermit S.; Packard, Truman G.; Yermo, Juan; Pugatch, Todd (2004). "Keeping the Promise of Old Age Income Security in Latin America". En: en breve; N° 53. World Bank. Washington DC.

Brunner, Greg; Hinz, Richard; Rocha, Roberto (2008). "Risk-based Supervision of Pension Funds: Emerging Practices and Challenges". Directions in development; finance. Washington DC. World Bank.

Holzmann, Robert, Edward Palmer, David Robalino (2013a). "Nonfinancial Defined Contribution Pension Schemes in a Changing Pension World: Volumes 1 and 2". Gender, Politics, and Financial Stability. Washington DC. World Bank.

Holzmann Robert, Richard Hinz, David Tuesta y Noriyuki Takayama (2013). "Matching Contributions for Pensions". Banco Mundial.

Hoyo, Carmen (2017). "Hipotecas Inversas: Alternativa de Inversión y Desacumulación de Cara a la Jubilación". En Ideas para una Reforma de Pensiones. Editado por Luis Carranza, Angel Melguizo y David Tuesta. Capítulo 10. Editorial USMP. Forthcoming.

Hoyo, Carmen y David Tuesta (2017). "Digital Pension Inclusion in Mexico: Global lessons for local action". En Pension Inclusion and Coverage. Edited by Gautham Bhardwaj and William Price. Pinbox. Forthcoming.

Hoyo, Carmen y David Tuesta (2014). "Ahorro Voluntario a Largo Plazo en Colombia". Observatorio de Inclusión Financiera. BBVA Research.

Hoyo, Carmen, María Claudia Llanes y David Tuesta (2014-b). "Ahorro Voluntario a Largo Plazo en Argentina". Observatorio de Inclusión Financiera. BBVA Research.

Hoyo, Carmen, María Claudia Llanes y David Tuesta (2014-c). "Ahorro Voluntario a Largo Plazo en Chile". Observatorio de Inclusión Financiera. BBVA Research.

Hu, Yuwei (2017). "El sistema de pensiones en China y el mercado". En Ideas para una Reforma de Pensiones. Editado por Luis Carranza, Angel Melguizo y David Tuesta. Capítulo 18. Editorial USMP. Forthcomming.

Impavido, Gregorio, Esperanza Lasagabaster y Manuel García-Huitrón (2010). "New Policies for Mandatory Defined Contribution Pensions: Industrial Organization Models and Investment Products". The World Bank.

Karlan, Dean, Margaret McConnell, Sendhil Mullainathan y Jonathan Zinman (2014). "Getting to the Top of Mind: How Reminders Increase Saving". Draft October 28, 2014.

Karlan, Dean, Jake Kendall, Rebecca Mann, Rohini Pande, Tavneer Suri, Jonathan Zinman (2016). "Research and Impacts of digital financial services". NBER Working Paper Series Nº 22633.

Karlan, Dean (2016). "Savings: Short vs Long Term Savings: Insights from behavioral economics and the informal sector". Presentación en the World Bank Global Savings and Pensions Conference. September.

Klapper, Leora, Annamaria Lusardi y Peter van Oudheusden (2014). "Financial Literacy Around the World. Insights from the Standard & Poor's Ratings services global financial Literacy survey".

Maceira, Daniel, Pablo Adrián Garlati y Mercedes Kweitel (2010). "Estructuras de Costos en Administradoras de Fondos de Pensiones en América Latina", a partir del convenio realizado con la Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones, AIOS.

Madrian, Brigitte (2013). "Matching Contributions and Savings Outcomes: A behavioral economics perspective". En Matching Contributions for Pensions: a review of international experience. Editado por Richard HInz, Robert Holzmann, David Tuesta y Noriyuki Takayama, Banco Mundial. Capítulo 15. Banco Mundial. Washington.

Masías, Lorena y Elio Sánchez (2006). "Competencia y reducción de comisiones en el sistema privado de pensiones: El caso peruano". Documento de Trabajo Nº 2. Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones.

Mendoza, R. (2014). "Eficiencia financiera en los portafolios de inversión de las AFP en el Perú: Un enfoque Robusto de Multi-fondos". Documento de trabajo elaborado por el Banco Central de Reserva del Perú.

Merton, R. C. (2014). "The crisis in retirement planning". Harvard Business Review, 92(7/8), 43-50.

Merton, R. C., & Samuelson, P. A. (1992). "Continuous-time finance".

Ministerio de Economía y Finanzas. "Los Sistemas de Pensiones en el Perú". Mayo 2004.

Modigliani, Franco y Arun Muralidhar (2004). "Rethinking pension reforms". Cambridge University Press. New York.

Mogrovejo, Jorge (2016). "Hacia un nuevo y mejorado esquema regulatorio de inversiones: la visión del regulador". Presentación para el Seminario FIAP-AAFP Inversiones en un mundo de bajas rentabilidades. 27 de octubre.

- Muñoz, Angel (2017). "Teoría de la Tabla de Mortalidad y Desarrollo en Latinoamérica". En Ideas para una Reforma de Pensiones. Editado por Luis Carranza, Angel Melguizo y David Tuesta. Capítulo 12. Editorial USMP. Forthcoming.
- Musalem, Alberto y Ricardo Pasquini (2012). "Private Pension Systems. Cross-Country Investment Performance". Banco Mundial.
- NEST (2015-a). "NEST pension scheme annual report and accounts". National Employment Savings Trust. 31 de Marzo.
- NEST (2015-b). "Key facts. Autoenrolment and NEST". National Employment Savings Trust.
- Monterde, A., Valero, D. (2012). "Managing investment risk in Chilean pension funds". Opinion Paper, OECD, 26 marzo.
- OECD (2008). "Improving Financial Education and Awareness on Insurance and Private Pensions".
- Olivera, Javier (2017). "Objetivos y Efectos de las Pensiones No Contributivas". En Ideas para una Reforma de Pensiones. Editado por Luis Carranza, Angel Melguizo y David Tuesta. Capítulo 6. Editorial USMP. Forthcoming.
- Olivera, Javier (2016). "Evaluación de una propuesta de Sistema de Pensiones Multipilar para Perú". Apuntes Nº 78. Universidad del Pacífico. Lima.
- Olivera, Javier (2010). "Recuperando la solidaridad en el sistema de pensiones peruano: una propuesta de reforma". CIES. Lima.
- ONP (2016). "Guía Técnica para el Cálculo de Reservas Actuariales".
- ONP (2016). "Propuesta de Sistema Previsional en el Perú". Documento de Discusión.
- Opazo, Luis; Raddatz Kiefer, Claudio Enrique; Schmukler, Sergio L. (2015). "Institutional investors and long-term investment: evidence from Chile". The World Bank economic review. Vol. 29, Nº 3 (2015), pp. 479-522.
- Palm, K.W. (2012). "Var fjärde är orolig inför pensionen" ["Every fourth individual worries about their pension"]. Svenska Dagbladet, 6 de abril. <https://www.svd.se/var-fjarde-ar-orolig-infor-pensionen>.
- Paz, Jorge y Rafael Ugaz (2003). "Análisis del Sistema Privado de Pensiones desde un enfoque de costos hundidos endógenos". Informe Final de Investigación. Consorcio de Investigación Económica y Social – CIES.
- Pereda, J. (2007). "Estimación de la frontera eficiente para las AFP en el Perú y el impacto de los límites de inversión: 1995-2004". Banco Central de Reserva del Perú. Serie de Documentos de Trabajo Nº 2007-009. Lima.
- Price, William (2017). "El reto de pagar las pensiones: propuestas para el diseño de políticas". En Ideas para una Reforma de Pensiones. Editado por Luis Carranza, Angel Melguizo y David Tuesta. Capítulo 14. Editorial USMP. Forthcoming.
- PWC (2015). "Evolution of foreign investments by pension funds". Alfi-Funds.
- Randle, Tony; Rudolph, Heinz P. (2014). "Pension Risk and Risk Based Supervision in Defined Contribution Pension Funds". World Bank. Washington DC.

- Rashbrooke, Geoff (2013). "New Zealand's Experience with the KiwiSaver Scheme". En Matching Contributions for Pensions: a review of international experience. Editado por Richard Hinz, Robert Holzmann, David Tuesta y Noriyuki Takayama. Banco Mundial. Capítulo 5. 2013.
- Rocha, Roberto, Dimitri Vittas and Heinz Rudolph (2011). "Annuities and Other Retirement Products: Designing the Payout Phase". The World Bank. Washington.
- Rofman Rafael, Apella Ignacio, Vezza Evelyn (2015). "Más allá de las pensiones contributivas, catorce experiencias en América Latina". Banco Mundial. Buenos Aires.
- Robles, E. (2012). "Controlling Pension System Costs: IOPS Project on Costs and Fees". Santiago de Chile. Chile. Superintendencia de Pensiones. Disponible en: http://www.spensiones.cl/portal/institucional/578/articles-8609_recurso_3.pdf
- Rudolph, H. (2012). "Fee structure: Does it Matter?". Washington DC. World Bank V Contractual Savings Conference, January 9-11. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/FINANCIALSECTOR/Resources/session7.pdf>
- Rudolph, Heinz y Jorge Sabat (2016). "Building Long-Term Portfolio Benchmarks for Pension Funds in Emerging Economies". WPS N° 7784. August 2016. The World Bank.
- Rudolph, Heinz (2016). "Building Voluntary Pension Schemes in Emerging Economies". WPS N° 7779. August 2016. The World Bank.
- Sen, A. (1976). "Welfare inequalities and Rawlsian axiomatics". Theory and Decision, 7(4), 243-262.
- Stewart, Fiona (2017). "Fondos de pensiones y mercados de capital: carteras y rentabilidades. A propósito de los esquemas *matching contributions*?". En: Ideas para una Reforma de Pensiones. Editado por Luis Carranza, Angel Melguizo y David Tuesta. Capítulo 8. Editorial USMP. Forthcoming.
- Stracca, Livio (2006). "Delegated Portfolio Management: a Survey of the Theoretical Literature". En: Journal of Economic Surveys. Volume 20, Issue 5 December 2006. Pages 823–848.
- Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras de Fondos de Pensiones (2017). Presentación realizada ante la Comisión de Protección Social el 6 de abril.
- Swedish Pensions Agency (2016). "The Orange Report: Annual Report of the Swedish Pension System 2013". Technical report.
- Swedish Social Insurance Inspectorate (2012). "Pensions information, simpler, but more detailed and more comprehensive – is it possible?". ISF Report 2012:14. Inspektionen för socialförsäkringen, Stockholm.
- Thaler, R. (2016). "Behavioral Economics: Past, Present and Future". American Economic Review 2016, 106(7): 1577–1600.
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2009). "Nudge: Wie man kluge Entscheidungen anstößt". Ullstein eBooks.
- Toth I. J. y Arvai, Z. and I. J. (2001). "Liquidity Constraints and Consumer Impatience". National Bank of Hungary Working Paper 2001/2.

Tuesta, D. (2011a). "A Review of the Pensions Systems in Latin America." 11/15 BBVA Research Working Papers.

Tuesta, David (2014a). "The informal economy and the constraints that it imposes on pension contributions in Latin America". En *Review of Business Economic Studies* 2(4): 18-50.

Tuesta, David (2014b). "Factors behind the administrative fees of private pension systems: an international analysis". *Journal of Pension Economics and Finance*. Volume 13. Issue 1.

Tuesta, David (2016). "El Reto de Incentivar el Ahorro Voluntario". Presentación XIV Seminario Internacional FIAP. Panamá.

Weaver, Kent y Alexander Willén (2013). "The Swedish pension system after twenty years. Mid-course corrections and lessons". *OECD Journal on Budgeting* No.3.

G.2 SALUD

Acuerdo Nacional. (2002). Acuerdo Nacional de políticas de Estado. Fecha de acceso: 08/11/2015. Disponible en: <http://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/acta-de-suscripcion-del-an-22-de-julio-del-2002/>

Acuerdo Nacional. (2015). Los objetivos de la reforma de salud. Fecha de acceso: 02/06/2017. Disponible en: <http://acuerdonacional.pe/2015/10/los-objetivos-de-la-reforma-de-salud/>

Aracena-Genao, B., González-Robledo, M. C., González-Robledo, L. M., Palacio-Mejía, L. S., y Nigenda-López, G. (2011). "El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: tendencia, evolución y operación". *Salud pública de México*, 53, 407-415. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s4/a04v53s4.pdf>

Aterido, R., Hallward-Driemeier, M., y Pagés, C. (2011). "Does expanding health insurance beyond formal-sector workers encourage informality? Measuring the impact of Mexico's Seguro Popular". IDB Working Paper Series (Vol. IDB-WP-280, pp. 42). Washington, DC. Inter-American Development Bank.

Banco Mundial. (2014). "International Bank for Reconstruction and Development Program Appraisal Document on a Proposed Loan In The Amount of EUR 75 Million to the Republic of Croatia for an Improving Quality and Efficiency of Health Services".

Banco Mundial. (2016). "Financiamiento de la salud en el Perú: Análisis de la situación actual y desafíos de política al 2021". Washington, DC. Grupo Banco Mundial.

Banco Mundial. (2017a). Indicadores del Desarrollo Mundial Base de Datos de: Banco Mundial,; Fecha de acceso 07/2017, Disponible en: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>

Banco Mundial. (2017b, 30/06/2017). Universal Health Coverage. Temas. Fecha de acceso: 05/07/2017. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage>

Buchner, F., Goepffarth, D., y Wasem, J. (2013). "The new risk adjustment formula in Germany: implementation and first experiences". *Health policy*, 109(3), 253-262.

Buglioli, M., Gianneo, O., y Mieres, G. (2002). "Modalidades de pago de la atención médica". *Revista Médica del Uruguay*, 18(3), 198-210.

Castaño Yepes, R. A. (2013). "Innovación en modelos de prestación: Paso necesario para solucionar los problemas estructurales del sector salud". *Monitor Estratégico*, 4-9.

Castillo-Riquelme, M. (2016). "Implementación del Fondo para tratamientos de alto costo: El caso de Chile con la Ley Ricarte Soto". Paper presented at the VIII Encuentro de Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (RedETSA), San Salvador, El Salvador. <http://redetsa.org/wp/eventos-2/presentaciones-de-la-reunion/>

Celis Guerrero, S. C. (2015). "Evaluación y aplicación del manejo y definición del concepto de alto costo en salud y la problemática del tratamiento de las enfermedades de alto costo". (Maestría en Protección Social), Universidad de Santo Tomás, Bogotá. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11634/384>

Cetrángolo, O., Bertranou, F., Casanova, L., y Casalí, P. (2013). "El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva". Lima. OIT/Oficina de la OIT para Países Andinos.

Chicaiza, L. (2002). "El mercado de la salud en Colombia y la problemática del alto costo. Problemas del Desarrollo". Revista Latinoamericana de Economía, 34(131). Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/pde/pde131/PDE13105.pdf>

Cid Pedraza, C., Aguilera Sanhueza, X., Arteaga Herrera, Ó., Barría Oromué, S., Barría Gutiérrez, P., Castillo Taucher, C., Debrott Sánchez, D., Dutilh Labbé, M., García Aspillaga, P., Jordán Díaz, T., Larrañaga Jiménez, O., Matthews Cádiz, F., Parada Lazcano, M., Paraje Pisoni, G., Solar Hormazabal, O., y Uthoff Botka, A. (2014). "Informe Final: Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado". Santiago: C. P. ISAPRES. Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf

CNS. (2013). "Lineamientos y medidas de reforma del sector salud: El Perú saluda la vida". Lima. Consejo Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>

Comisión Honoraria Administradora. (2012). Memoria 2012. Montevideo: F. N. d. Recursos.

Congreso de la República del Perú. (2009). Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud. Ley N° 29344.

Connock, M., Burls, A., Frew, E., Fry-Smith, A., Juarez-Garcia, A., McCabe, C., Wailoo, A. J., Abrams, K. R., Cooper, N., y Sutton, A. J. (2006). "The clinical effectiveness and cost-effectiveness of enzyme replacement therapy for Gaucher's disease: a systematic review". Health Technology Assessment.

Cuenta de Alto Costo. (sf). Criterios para identificar patologías de alto costo en Colombia. Bogotá: M. d. S. y. P. Social.

De la Puente, M. (2010). "El sistema de atención a la salud en Cataluña: Evolución y orientaciones estratégicas desde la perspectiva del Servicio Catalán de Salud". Barcelona: D. d. S. Genetalitat de Catalunya. Disponible en: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/publicacions/docs/sistema_atencio_cast.pdf

Defensoría del Pueblo. (2007). "Atención de salud para los más pobres: el Seguro Integral de Salud". Lima. Defensoría del Pueblo. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe:81/local/GOB/943_GOB418.pdf.

DGE-MINSA. (2012). Carga de enfermedad en el Perú - estimaciones de años de vida saludables perdidos 2012.

Escobedo, S. (2017). "Actualizaciones de las estimaciones del PEAS". Lima. BID.

EsSalud. (2017). Seguro Social de Salud del Perú. Fecha de acceso: 05/2017. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/>

Eyzaguirre Valdivia, D. M. (2015). "Brecha de costos de la hemodiálisis bajo la aplicación del tarifario del Seguro Integral de Salud". Hospital Regional de Loreto 2015.

FOSPEME. (2017). Fondo de Salud para el Personal Militar del Ejército del Perú. Fecha de acceso: 05/2017. Disponible en: <http://www.fospeme.org>

Fowler, M. (2002). "Patterns of enterprise application architecture". Boston, MA: Addison-Wesley Longman Publishing Co., Inc.

Generalidad de Cataluña. (2010). "Los gobiernos territoriales de salud, un modelo de proximidad". Barcelona. Servicio Catalán de la Salud.

Generalidad de Cataluña. (2015). "From Catalan model of health to the Catalan healthcare system". Barcelona. Servicio Catalán de la Salud.

Giedion, Ú., Tristao, I., Escobar, L., Bitrán, R., Cañón, O., Molins, S., Alonso, L., Fernández, J., Panopoulou, G., González-Pier, E., Prieto, A. L., Cid, C., Montañez, V., Sabinoso, M., Silva, H., Curcio, J., Dinarte, M., y Bolaño Prado, L. (2014). "Planes de beneficios en salud de América Latina: Una comparación regional" (U. Giedion, I. Tristao, y R. Bitrán Eds.). Washington, DC. BID.

Giedion, Ú., Villar, M., y Ávila, A. (2010). "Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado". Instituto de Ciencias del Seguro. Fundación MAPFRE.

Giménez Caballero, E. (2012). "Introducción al sector salud del Paraguay: Una aproximación conceptual y metodológica para el análisis sectorial". Instituto Desarrollo. Disponible en: <http://desarrollo.edu.py/uploads/2014/04/INTRODUCCIÓN-AL-SECTOR-SALUD-DEL-PARAGUAY.pdf>

Gómez, A. M., García-Robles, R., y Suárez-Obando, F. (2012). "Estimación de las frecuencias de las mucopolisacaridosis y análisis de agrupamiento espacial en los departamentos de Cundinamarca y Boyacá". Biomédica, 32(4), 602-609.

Göppfarth, D., y Henke, K.-D. (2013). "The German central health fund—recent developments in health care financing in Germany". Health policy, 109(3), 246-252.

Greß, S., Groenewegen, P., Kerssens, J., Braun, B., y Wasem, J. (2002). "Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and the Netherlands". Health policy, 60(3), 235-254. Disponible en: [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(01\)00193-2/fulltext](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(01)00193-2/fulltext)

Guillén, M. C. (2011). "Paraguay: Sistemas de salud en Sudamérica-Desafíos hacia la integralidad y equidad". Asunción. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Gürsoy, K. (2015). "An Overview of Turkish Healthcare System after Health Transformation Program: Main Successes, Performance Assessment, Further Challenges, and Policy Options". Sosyal Güvence(7).

IAFASFAP. (2017). Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú. Fecha de acceso: 05/2017. Disponible en: <http://www.iafasfap.gob.pe/>

INEI. (2017a). "Condiciones de Vida en el Perú". En INEI (Series Ed.). Informe Técnico (pp. 67). Lima. Instituto Nacional de Estadística e Informática.

INEI. (2017b). Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) 2016. Fecha de acceso 05/2017, Disponible en: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>

- Jongudomsuk, P., Srithamrongsawat, S., Patcharanarumol, W., Limwattananon, S., Pannarunothai, S., Vapatanavong, P., Sawaengdee, K., y Fahamnuaypol, P. (2015). "The Kingdom of Thailand". Health System Review. Health Systems in Transition, 5(5).
- JUNASA. (2014). "Rendición de Cuentas: Ejercicio 2014". Montevideo. Junta Nacional de Salud.
- Lazo-Gonzales, O., Alcalde-Rabanal, J., y Espinosa-Henao, M. O. (2016). "El sistema de salud en Perú. Situación y desafíos".
- Limwattananon, Supon, Sven Neelsen, Owen O'Donnell, Phusit Prakongsai, Viroj Tangcharoensathien, Eddy van Doorslaer, y Vongmongkol, V. (2015). "Universal coverage with supply-side reform: The impact on medical expenditure risk and utilization in Thailand". Journal of Public Economics, 121, 79-94.
- Londoño, J. L., y Frenk, J. (1997). "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina". Washington, DC. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Loza Munarriz, C. A., y Ramos Muñoz, W. C. (2016). "Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú, 2015" (MINSA Ed.). Lima. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud.
- Lozano, R., Genao, B., Orozco, E., Franco, F., Villareal, C., y Garnelo, N. (2014). "Evaluación Externa del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud 2013". Cuernavaca: I. N. d. S. Pública.
- Matus-López, M., Prieto Toledo, L., y Cid Pedraza, C. (2016). "Evaluación del espacio fiscal para la salud en Perú". Revista Panamericana de Salud Pública, 40(1), 64-69.
- MEF. (2016). "Marco Macroeconómico Multianual 2017-2019 Revisado". Lima. Ministerio de Economía y Finanzas.
- MEF. (2017a). Programas Presupuestales. Fecha de acceso: 05/2017. Disponible en: <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/instrumentos/programas-presupuestales>
- MEF. (2017b). Resolución Ministerial N° 017-2017/EF/10.
- MEF. (2017c). Unidad Ejecutora. Fecha de acceso: 05/2017. Disponible en: <https://www.mef.gob.pe/es/tesoro-publico-sp-9932/27-conceptos-basicos/375-atributos-definiciones>
- MINSA. (2009a). Decreto Supremo N° 016-2009-SA.
- MINSA. (2009b). Resolución Ministerial N° 195-2009/MINSA.
- MINSA. (2012). Decreto Supremo N° 009-2012-SA.
- MINSA. (2015a). "Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud, Perú 2013-2015". Lima. Ministerio de Salud.
- MINSA. (2015b). "Cuentas nacionales de salud Perú 1995-2012". Lima. Ministerio de Salud. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3248.pdf>
- MINSA. (2016). "Informe multianual de inversiones en Asociación Público Privadas en Salud 2016 del MINSA".

- MINSA. (2017a). Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas. Fecha de acceso: 07/2017. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/renhice/?op=1>
- MINSA. (2017b). Visión. Fecha de acceso: 30/05/2017. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=4#Institucional>
- MINSA/DGIEM. (2017). Documentos Normativos. Disponible en: <http://www.dgiem.gob.pe/area/documentos-normativos/>
- MINSA/DIGEMID. (2017). Listado de Precios de Venta al Público por Establecimientos de Salud del MINSA. Disponible en: <http://observatorio.digemid.minsa.gob.pe/Precios/ProcesoL/Catalogo/CatalogoProductos.aspx>
- MINSAL. (2016). Ley Ricarte Soto. Fecha de acceso: 06/2017. Disponible en: <http://leyricartesoto.fonasa.cl/>
- MSP. (2009). “La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009”. Montevideo.
- Murray, C. J., y Frenk, J. (2000). “A framework for assessing the performance of health systems”. Bulletin of the World Health Organization, 78(6), 717-731. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560787/pdf/10916909.pdf>
- OCDE. (en imprenta). “OECD Reviews of Health Systems: Peru 2017”. Paris. OECD Publishing.
- OECD. (2014). “OECD Reviews of Health Care Quality: Turkey 2014”. OECD Publishing.
- OECD.Stat. (2016). OECD.Stat Fecha de acceso 13 Jan 2016 18:48 UTC (GMT), Disponible en: <http://stats.oecd.org/>
- Oficina General de Planeamiento, P. y. M. (2016). “Presupuesto por Resultado y Programas Presupuestales en Salud”. Lima. Ministerio de Salud.
- OIT. (2016). “Estudio financiero actuarial de EsSalud 2015”. Organización Internacional del Trabajo. Lima.
- OIT. (2017). Key Indicators of the Labour Market (KILM) Fecha de acceso 07/2017, Disponible en: http://www.ilo.org/ilostat/faces/ilostat-home/home?_afdf.ctrl-state=ph9r4w8qv_33&_afdfLoop=52177399302436#!
- OMS. (2010). “Informe sobre la salud en el mundo 2010: Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal”. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2016, 12/2016). Cobertura sanitaria universal. Centro de Prensa. Fecha de acceso: 05/07/2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/es/>
- OMS. (2017a). Cancer Today. Fecha de acceso: 05/2017. Disponible en: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?mode=cancer&mode_population=continents&population=900&sex=0&cancer=29&type=2&statistic=0&prevalence=1&color_palette=default
- OMS. (2017b). Evaluación de tecnologías sanitarias (Health Technology Assessment). Health Technology Assessment. Fecha de acceso: 06/07/2017. Disponible en: http://www.who.int/medical_devices/assessment/en/

- OMS. (2017c). Repositorio Global de Salud (Global Health Repository). OMS. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.484>
- OMS. (2017d). Sistemas de salud. Fecha de acceso: 07/2017. Disponible en: <http://www.who.int/healthsystems/about/es/>
- OPS. (2010). "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas". Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas (Nº 4 ed.). Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2012). "Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú". (pp. 142). Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2015). "Espacio fiscal para el aumento de la prioridad de salud en el gasto público en la Región de las Américas. Salud universal, acceso y cobertura para todos". Documento de trabajo.
- OPS. (sf). Salud universal. Sistemas y Servicios de Salud. Fecha de acceso: 05/07/2017. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392%3Auniversal-health&catid=6253%3Auniversal-health-coverage&Itemid=40244&lang=es
- Orphanet. (2017). The portal for rare diseases and orphan drugs. Fecha de acceso: 05/2017. Disponible en: <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php>
- Pagano, J. P. (2016, 08-09/12/2016). "Progress toward Universal Health in Uruguay". Review of the development of the National Health Insurance Paper presented at the National Forum: Health financing toward Universal Health Kingston.
- PCM. (2013). Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud. 1167.
- Phillips, K. (2016). "Catastrophic drug coverage in Canada". Ottawa Library of Parliament/Bibliothèque du Parlement.
- Pinto Masís, D., Parra Ortega, O., y Dennis Verano, R. (2008). "La carga económica de la enfermedad de Gaucher y Fabry en Colombia". Implicaciones para el Sistema General de Seguridad Social en Salud de dos enfermedades de alto costo. Bogotá: FEDESARROLLO. Disponible en: <http://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/1009>
- Políticas en Salud. (2011a). "El espacio fiscal en salud en el Perú: 2011-2013". Lima. Disponible en: <http://www.politicassalud.org/site/pdf/1%20Espacio%20fiscal%20en%20salud.pdf>
- Políticas en Salud. (2011b). "El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud: Fundamentos conceptuales y metodológicos". Lima. U. Políticas en Salud. Disponible en: <http://www.politicassalud.org/site/docs-pdf/2011/PEAS%20-%20Documento%20Metodologico.pdf>
- Políticas en Salud. (2014). "El espacio fiscal en salud 2015-2017". Lima. USAID/Políticas en Salud.

Prieto, L., Cid, C., y Montañez, V. (2014). "Perú: el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud". En U. Giedion, I. Tristao, y R. Bitrán (Eds.), Planes de beneficios en salud de América Latina: Una comparación regional. Washington, DC. IADB.

Riascos Villegas, Á. J. (2013). "Mecanismos de compensación complementarios al ajuste de riesgo prospectivo en el SGSSS en Colombia y la Cuenta de Alto Costo". Desarrollo y Sociedad (71), 26. doi:10.13043/DYS.71.5

Robles Guerrero, L. R. (2013). "Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud". Anales de la Facultad de Medicina, 74(1), 43-48.

Rodríguez, L. (2013). "Efectividad y eficacia del trasplante de progenitores hemotopoyéticos no emparentado para el tratamiento de anemia de Fanconi". Lima. Instituto Nacional de Salud. Disponible en: http://www.portal.ins.gob.pe/es/component/rsfiles/Descargar%20archivo/archivos?path=CNSP%252F%20FUNAGESP%252F%20Documentos%2B%2BTecnicos%252F%202013%252F%2016_Nota%2BTecnica%2B%2013-16_Efectividad%2B%20Beficacia%2B%20trasplante%2B%20progenitores%2B%20hematopoyeticos.pdf

SaludPol. (2017). Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú. Fecha de acceso: 05/2017. Disponible en: https://www.saludpol.gob.pe/new_website/

SBS. (2017). Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Fecha de acceso: 05/2017. Disponible en: <http://www.sbs.gob.pe/>

Secretaría de Salud. (2016). "Anexo I: Intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos Catálogo Universal de Servicio de Salud 2016". Ciudad de México. Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Seinfeld, J., Montañez, V., y Besich, N. (2013). "The health insurance system in Peru: towards a universal health insurance". GDN-CIUP, 1-56.

SG de Información Sanitaria e Innovación. (2016). "Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas: Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) Año 2015". Madrid. S. S. e. I. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <http://www.msssi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

SIS. (2015). "Estudio financiero actuarial del Seguro Subsidiado, Semisubsidiado y Semicontributivo del Seguro Integral de Salud". Lima. MINSA. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3475.pdf>

SIS. (2016). Boletín Estadístico Seguro Integral de Salud. Lima. Seguro Integral de Salud.

SIS. (2017). Seguro Integral de Salud. Fecha de acceso: 05/2017. Disponible en: <http://www.sis.gob.pe/nuevoPortal/index.html>

Solari, L. (2014). "Reforma de la salud en el Perú: apuntando hacia la cobertura universal". Rev Peru Med Exp Salud Pública, 31, 623-625.

SUSALUD. (2016). Anuario Estadístico 2015. Vol. 2015 (pp. 130). Lima. Superintendencia Nacional de Salud.

SUSALUD. (2017a). Registro Nacional de IPRESS. Base de Datos de Superintendencia Nacional de Salud: Fecha de acceso 05/2017. Disponible en: <http://datos.susalud.gob.pe/dataset/registro-de-ipress-renipress>

SUSALUD. (2017b). Superintendencia Nacional de Salud. Fecha de acceso: 05/2017. Disponible en: <http://portales.susalud.gob.pe/web/portal/inicio>

Tatar, M., Mollahaliloglu, S., Sahin, B., Aydın, S., Maresso, A., y Hernández-Quevedo, C. (2011). "Turkey Health System Review". Health Systems in Transition, 13(6).

The Economist Intelligence Unit. (2016). "Value-based healthcare: A global assessment: Findings and Methodology". London. The Economist Intelligence Unit. Disponible en: http://vbhcglobassessment.eiu.com/wp-content/uploads/sites/27/2016/09/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology.pdf

USAID/Políticas en Salud. (2015). "Actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y la herramienta "ASEGURA"". Lima. A. A. I. USAID/Health Finance & Governance Project.

Yardim, Mahmut Saadi, Nesrin Cilingiroglu, y Yardim, N. (2010). "Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey". Health Policy, 94(1), 26-33.

G.3 EMPLEO

Álvarez-Parra, F. y J.M. Sánchez. (2009). "Unemployment Insurance with a Hidden Labor Market". Federal Reserve Bank of Richmond: WP 09-09.

Bardley, D. y F. Jaramillo. (2011). "Unemployment insurance/severance payments and informality in developing countries". Condorcet Center for Political Economy: Working Paper 2012-06-ccr.

Blanchard, O.J. y J.Tirole. (2008). "The Optimal Design of Unemployment Insurance and Employment Protection: A First Pass", *Journal of the European Economic Association*, 6(1): 45-77.

Bosh, M. (2016). "Does unemployment insurance offer incentives to take jobs in the formal sector?". *IZA World of Labor* 2016: 300.

Card, D., Kluve, J. y Weber, A. (2010). "Active Labour Market Policy Evaluations: A Meta-Analysis". *The Economic Journal*, 120: F452-F477. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0297.2010.02387.x/abstract>

Chuc, P. y E. Lehmann. (2000). "Should unemployment benefits decrease with the unemployment spell?". *Journal of Public Economics*, 77: 135 – 153.

Cremer, H., Marchand, M. y P. Pestieau. (1996). "The optimal level of unemployment insurance benefits in a model of employment mismatch". *Labor Economics* 2: 407-420.

Céspedes, N., Aquije M., Sánchez, A., y Vera-Tudela, R. (2014). "Productividad Sectorial en el Perú : Un Análisis a nivel de Firms". *Revista Estudios Económicos*, 28.

Crépon, B., Ferracci, M., & Fougère, D. (2012). "Training the unemployed in France: how does it affect unemployment duration and recurrence?". *Annals of Economics and Statistics/ANNALES D'ÉCONOMIE ET DE STATISTIQUE*, 175-199.

Elsby, M. W. L.; Hobijn, B.; Şahin, A. y Valletta, R. G. "The Labor Market in the Great Recession—An Update to September 2011". *Brookings Papers on Economic Activity*, Nº 2, 2011, pp. 353-384. Project MUSE. Disponible en: doi:10.1353/eca.2011.0013.

Espino, E. y J.M. Sánchez. (2015). "How Does Informal Employment Affect the Design of Unemployment Insurance and Employment Protection?". *Federal Reserve Bank of St. Louis Review*, Second Quarter 2015, 97(2): 159-72.

Fredriksson, P. y B. Holmlund. (2001). "Optimal Unemployment Insurance in Search Equilibrium". *Journal of Labor Economics* 19(2): 370-399.

González-Rozada, M. y H. Ruffo. (2014). "The Effects of Unemployment Insurance Under High Informality: Evidence from Argentina". *Universidad Torcuato Di Tella. Department of Economics Working Papers* wp201403.

Hopenhayn, Hugo A. y Juan Pablo Nicolini. "Optimal Unemployment Insurance". *The Journal of Political Economy*, Vol. 105, Nº 2. (Apr.), pp. 412-438. 1997.

Ibarrarán, P., Kluve, J., Ripani, L., & Shady, D. R. (2015). "Evidencia experimental de los impactos de largo plazo de un programa de capacitación laboral para jóvenes". Ministerio de Trabajo. Santo Domingo, República Dominicana.

Jaramillo, Miguel y Bárbara Sparrow. (2014). "Crecimiento y segmentación del empleo en el Perú, 2001-2011". Documento de Investigación, 72. Grade. Lima.

Javier Lasso, Francisco. 2011. "La dinámica del desempleo urbano en Colombia". Banco de la República Sede Medellín - Colombia (667-2011).

Marcel, Mario y Alberto Naudon. 2016. "Transiciones Laborales y la Tasa de Desempleo en Chile". Documento de Trabajo del Banco Central de Chile (787-2016).

Pagés, C., Rigolini, J. y Robalino, D. (2013). "Social Insurance, Informality and Labor Markets: How to Protect Workers While Creating Good Jobs". IZA Discussion Paper N° 7879.

OECD. (2017). "Back to Work New Zealand: Improving the Re-employment Prospects of Displaced Workers". Paris. OECD Publishing.

OECD. Employment Protection Legislation Database, update 2013.

Shavell, S. y L. Weiss. (1979). "The Optimal Payment of Unemployment Insurance Benefits," *Journal of Political Economy*, 87, 1347-1362.

Wang, C. y S. Williamson. (1996). "Unemployment Insurance with Moral Hazard in a Dynamic Economy". *Carnegie-Rochester Conference Series on Public Policy* 44, 1-41.