



Sistemas de protección social

en **América Latina
y el Caribe**

Perú

Milena Lavigne



NACIONES UNIDAS



Ministerio Federal de
Cooperación Económica
y Desarrollo

giz

Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Perú

Milena Lavigne



Ministerio Federal de
Cooperación Económica
y Desarrollo



Este documento fue elaborado por Milena Lavigne, consultora de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y forma parte de la serie de estudios "Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe", editados por Simone Cecchini, Oficial de Asuntos Sociales, y Claudia Robles, consultora de la misma división. El documento contó también con el apoyo editorial de Luna Gámez y Daniela Huneeus, consultoras.

El documento se enmarca en las actividades de los proyectos "Strengthening social protection" (ROA/149-7) y "Strengthening regional knowledge networks to promote the effective implementation of the United Nations development agenda and to assess progress" (ROA 161-7), financiados por la Cuenta de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Para la impresión de este documento se ha contado con la contribución de la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH y el Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania (BMZ), en el marco del proyecto "Pacto social para una protección social más inclusiva", del programa de cooperación CEPAL/BMZ-GIZ "Promoción del desarrollo bajo en carbono y de la cohesión social en América Latina y el Caribe" (GER/12/006).

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial formal, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la organización.

Índice

Prólogo	5
I. Introducción: contexto histórico de las políticas de protección social	7
II. Perú: principales indicadores económicos y sociales	9
A. Tendencias de gasto social.....	12
III. El sistema de pensiones	13
A. Perspectiva general de las pensiones contributivas.....	13
B. Pensiones no contributivas	15
C. Cobertura de las pensiones	15
D. Gasto público en seguridad y asistencia social	16
IV. Políticas y programas de reducción de la pobreza.....	17
A. Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES).....	18
B. La estrategia nacional Crecer	18
C. Planes Nacionales de Acción por la Infancia y Adolescencia (PNAIA)	18
D. Programa de transferencias monetarias condicionadas Juntos	19
E. Programas de alimentación y nutrición	21
1. Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA)	22
2. El programa Vaso de Leche.....	22
3. El Programa Nacional Wawa Wasi-Cuna Más.....	23
V. El sector de la salud.....	25
A. Aseguramiento en salud	26
B. Cobertura y financiamiento del sistema de salud	27
VI. El sector educativo.....	31
A. Educación inicial.....	31
B. Educación primaria y secundaria	32
C. Educación superior	32
D. Programas educativos rurales e indígenas.....	33
E. Calidad de la educación.....	33
F. Cobertura del sistema educativo.....	34
G. Gasto social en educación	35

VII. La protección del empleo.....	37
A. El programa productivo para emergencias sociales, Trabaja Perú.....	38
B. Programa especial de reconversión laboral, Vamos Perú (ex Revalora Perú).....	38
C. Programa nacional de empleo juvenil, Jóvenes a la obra.....	39
D. El programa Mi chacra productiva.....	39
VIII. Conclusiones.....	41
Bibliografía.....	43

Índice de cuadros

Cuadro 1	Principales diferencias entre el SNP y el SPP.....	14
Cuadro 2	Personas empleadas afiliadas a un sistema de pensiones por sexo, 2001-2008.....	16
Cuadro 3	Organización del sistema educativo de Perú.....	32
Cuadro 4	Distribución lingüística en Perú, 2007.....	33

Índice de gráficos

Gráfico 1	Tasa de crecimiento del PIB y PIB per cápita, 2000-2010.....	9
Gráfico 2	Desempleo y tasas de empleo informal urbano, 2003-2010.....	10
Gráfico 3	Pobreza, pobreza extrema y coeficiente de Gini, 2001-2010.....	11
Gráfico 4	Gasto social por sectores como porcentaje del PIB, 1999-2008.....	12
Gráfico 5	Gasto público en seguridad y asistencia social, 2002-2010.....	16
Gráfico 6	Evolución de la cobertura del Programa Juntos, 2005-2011.....	20
Gráfico 7	Malnutrición infantil crónica según área geográfica, 2000-2010.....	21
Gráfico 8	Evolución de la cobertura de los seguros de salud, 1994-2010.....	28
Gráfico 9	Barreras de acceso a los servicios de salud, 2010.....	28
Gráfico 10	Evolución del gasto público en salud, 2002-2010.....	29
Gráfico 11	Tasas netas de matriculación en educación primaria y secundaria, 2001-2009.....	34
Gráfico 12	Evolución del gasto público en educación, 2000-2010.....	35

Prólogo

Simone Cecchini
Claudia Robles

Este informe forma parte de una serie de estudios de caso nacionales cuyo propósito es difundir el conocimiento sobre la situación actual de los sistemas de protección social en los países de América Latina y el Caribe, así como discutir los principales desafíos en este ámbito en términos de la realización de los derechos económicos y sociales de la población y el logro de los objetivos de desarrollo claves, tales como la superación de la pobreza y el hambre.

Considerando que, en el año 2011, 174 millones de latinoamericanos vivían en la pobreza —73 millones de los cuales en la pobreza extrema— y que la región sigue caracterizándose por una distribución del ingreso muy desigual (CEPAL, 2012), los estudios se centran especialmente en la inclusión de la población pobre y vulnerable a los sistemas de protección social, así como en el impacto distributivo de las políticas de protección social.

La protección social ha surgido en años recientes como un eje conceptual que pretende integrar una variedad de medidas orientadas a construir sociedades más justas e inclusivas, y a garantizar niveles mínimos de vida para todos. Si bien la protección social puede estar orientada a atender necesidades particulares de determinados grupos de población —como personas que viven en la pobreza o en la extrema pobreza y grupos en mayor vulnerabilidad como los pueblos indígenas—, debe estar disponible para el conjunto de la ciudadanía. En particular, la protección social se considera un mecanismo fundamental para contribuir a la plena realización de los derechos económicos y sociales de la población, reconocidos en una serie de instrumentos legales nacionales e internacionales, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948 y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Estos instrumentos normativos reconocen los derechos a la seguridad social, el trabajo y la protección de niveles de vida adecuados para los individuos y las familias, así como el disfrute del mayor bienestar físico y mental y la educación.

La responsabilidad de garantizar estos derechos recae principalmente sobre el Estado, que debe jugar un papel primordial en la protección social —para que ésta sea interpretada como un derecho y no un privilegio—, en colaboración con tres otros grandes actores: las familias, el mercado y las organizaciones sociales y comunitarias. Con diferencias que responden a su historia y estadio de

desarrollo, varios países de América Latina y el Caribe han adoptado algunas de las medidas más innovadoras, entre los países en vías de desarrollo, para establecer estas garantías, mediante la implementación de diferentes tipos de transferencias —que incluyen los programas de transferencias condicionadas y las pensiones sociales— y la extensión de la protección en salud. Sin embargo, uno de los desafíos más serios que enfrentan los países de la región es integrar las distintas iniciativas en sistemas de protección social que aseguren la coordinación de varios programas, así como de las instituciones del Estado que están a cargo de su diseño, financiación, implementación, regulación, monitoreo y evaluación, a fin de lograr efectos positivos en las condiciones de vida de la población (Cecchini y Martínez, 2011).

La protección social es parte central de la política social, pero presenta características distintivas en cuanto a los problemas sociales que atiende. Por lo tanto, no cubre todas las áreas de la política social, sino que es uno de sus componentes, junto con las políticas sectoriales —tales como la salud, la educación o la vivienda— y las políticas de promoción social —tales como la capacitación, la intermediación laboral, la promoción de nuevos emprendimientos, el financiamiento y la asistencia técnica para micro y pequeñas empresas—. Mientras que las políticas sectoriales se hacen cargo de la provisión de servicios sociales que buscan fortalecer el desarrollo humano, y las políticas de promoción se orientan al reforzamiento de capacidades que mejoran la generación autónoma de ingresos por parte de la población, la protección social busca asegurar un nivel básico de bienestar económico y social a todos los miembros de la sociedad. En particular, la protección social debiera garantizar un nivel de bienestar suficiente que posibilite sostener niveles de calidad de vida considerados básicos para el desarrollo de las personas; facilitar el acceso a los servicios sociales y fomentar el trabajo decente (Cecchini y Martínez, 2011).

En consecuencia, los estudios de caso nacionales caracterizan dos de los pilares de los sistemas de protección social: el pilar no contributivo (tradicionalmente conocido como “asistencia social”, y que puede incluir tanto medidas universales como focalizadas) y el contributivo (o “seguridad social”). Los estudios de caso discuten también las políticas de empleo y las políticas sectoriales de educación, salud y vivienda, dado que su comprensión es necesaria para analizar los desafíos de acceso que enfrenta la población en cada país.

Asimismo, los estudios de casos incluyen un breve panorama de las tendencias socio-económicas y de desarrollo, con un particular énfasis en la pobreza y la desigualdad. En relación con ello, queremos destacar que las estadísticas presentadas en los estudios de casos —sean relacionadas con la pobreza, la desigualdad, el empleo o el gasto social— no corresponden necesariamente a los datos oficiales validados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

I. Introducción: contexto histórico de las políticas de protección social

La historia del Perú durante el siglo XX estuvo marcada por importantes cambios económicos, sociales y políticos en el Estado, así como por la implementación de políticas sociales. En particular, las elevadas tasas de desarrollo económico e industrialización durante los años cincuenta y sesenta coincidieron con un intenso proceso de urbanización que generó un masivo éxodo rural y repercutió considerablemente en la configuración de la sociedad peruana. La población rural que migró hacia las ciudades acabó en situación de pobreza y comenzó a exigir vivienda y otras prestaciones sociales básicas (Matos Mar, 1986). Como consecuencia, en esos años comenzaron a aparecer las políticas de protección social en el país, las que se inspiraban en el sistema de bienestar social bismarckiano existente en Europa y en la idea de universalidad de la protección social.

En la década de los setenta, el Perú implementó lo que se denominó un modelo de “universalización segmentada” en las políticas de protección social (Gamero Requena y Carrasco, 2011). Las dos principales áreas de actuación fueron: i) la mejora en los sectores de políticas sociales tradicionales, como educación, salud, pensiones y vivienda; ii) la reforma de las políticas fiscales con el objetivo de aumentar la redistribución y reducir las desigualdades económicas y sociales. En los rubros de educación y salud, el Perú desarrolló un sistema público con servicios gratuitos destinados a los sectores de la población más pobres. También se creó una importante política de construcción de viviendas basada en el programa Pueblos Jóvenes gestionado por el Fondo Nacional para la Vivienda (FONAVI). La Constitución de 1979 reconocía la seguridad social y el bienestar, así como la protección integral de salud y la educación gratuita, como derechos universales que debían ser garantizados por el Estado.

La crisis de los años ochenta, con la bancarrota de las finanzas públicas, frenó la expansión del Estado de bienestar peruano. La implementación del Consenso de Washington y las políticas de ajuste estructural reorganizaron el papel del Estado en la protección social, con una disminución del gasto social y una focalización exclusiva en la población más pobre.

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2012b), en los primeros años de la década de los noventa, el Perú mostró las tasas más bajas de gasto social público de la región. Desde entonces, el Estado ha aumentado el gasto social y mejorado las políticas sociales, orientadas a la reducción de la pobreza. Consecuentemente, en 1991 se creó el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES) (véase el apartado IV.A) y el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA) en 1992 (véase el apartado IV.E.1). Además, el Estado trató de combatir la pobreza más activamente, con la Estrategia Focalizada de Lucha Contra la

Extrema Pobreza (EFLCPE) establecida en 1997 (Gamero Requena y Carrasco, 2011). Junto con lo anterior, la nueva Constitución de 1993 menciona en su artículo 7 el derecho a la salud (incluyendo la protección para las personas con discapacidad). En el artículo 10 reconoce la seguridad social como derecho universal y en el artículo 11, garantiza el libre acceso a la salud y a pensiones a través de las entidades públicas y privadas de salud.

En la década de 2000, el Estado intentó asegurar la cobertura universal de las prestaciones sociales básicas. En consecuencia, en 2001 se creó el Seguro Integral de Salud (SIS) (véase el apartado VI) y en 2002, el Acuerdo Nacional. Este último consistía en un grupo de políticas públicas orientadas a mejorar: i) la democracia y las reglas de derecho; ii) la equidad y la justicia social; iii) la competitividad económica; y iv) la eficiencia estatal. La creación de pensiones no contributivas para los adultos mayores y Juntos, el programa de transferencias monetarias condicionadas (PTC) (véase el apartado V), complementaron estos esfuerzos.

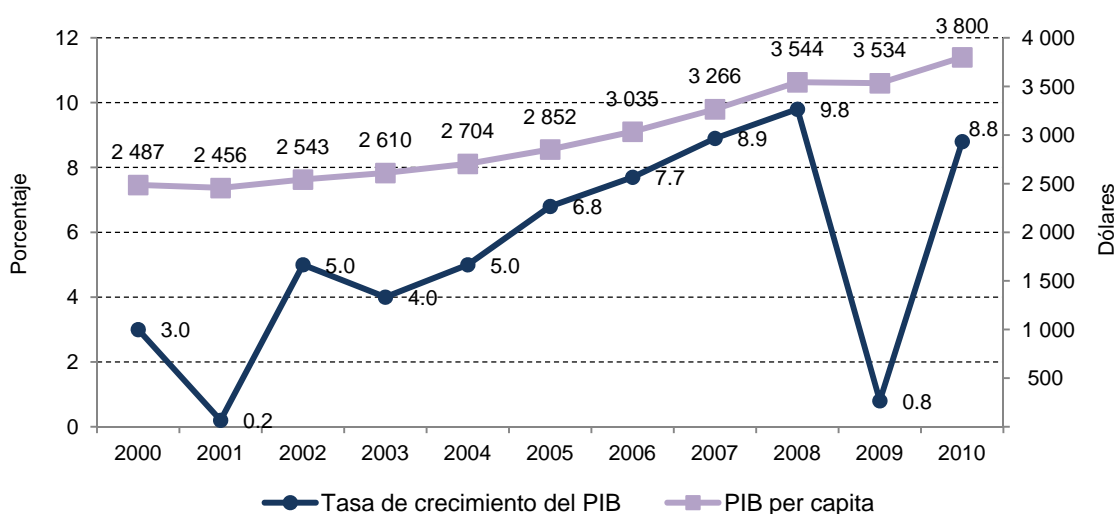
El nuevo gobierno de Ollanta Humala, elegido Presidente de la República en 2011, estableció la protección social como una de sus principales prioridades. Las primeras medidas incluyeron una expansión de las pensiones no contributivas, así como el lanzamiento del Programa Nacional para la Infancia y la Adolescencia (PNAIA), cuyo objetivo era mejorar la situación de la población joven. También se realizaron cambios en los ministerios encargados del desarrollo social, dividiendo el antiguo Ministerio de la Mujer y del Desarrollo Social en Ministerio de la Mujer y de las Poblaciones Vulnerables por un lado, y Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), por el otro. El gobierno estableció a través del MIDIS el Sistema Nacional de Desarrollo e Inclusión social (SINADIS) para mejorar la articulación en los niveles intergubernamentales e intersectoriales. Esta división pretende responder más eficientemente a las distintas necesidades relativas a la reducción de la pobreza y la protección social.

Sin embargo, estos esfuerzos no son suficientes para asegurar la cobertura universal ni el acceso igualitario a los servicios de calidad de salud y educación públicas (véanse los apartados V y VI).

II. Perú: principales indicadores económicos y sociales

Desde principios de la década de 2000, el Perú experimentó un crecimiento económico dinámico, aunque variable, con tasas de crecimiento del PIB que fluctuaban entre el 0,8 % en 2000 y el 9,8% en 2010. El PIB per cápita creció de forma constante desde el año 2000, (cuando estaba en 2.487 dólares, y alcanzó los 3.800 dólares en 2010 (véase el gráfico 1). Si bien en 2009 la economía peruana sufrió una disminución de la demanda externa debido a la crisis económica internacional (CEPAL, 2009), se recuperó al año siguiente. Los sectores más dinámicos de la economía peruana han sido la manufactura no primaria (con un 12% de crecimiento en 2011), la construcción (18%), el comercio minorista (10%) y el sector pesquero (16,2%) (CEPAL, 2011a).

GRÁFICO 1
TASA DE CRECIMIENTO DEL PIB Y PIB PER CÁPITA, 2000-2010
(En porcentajes y dólares)

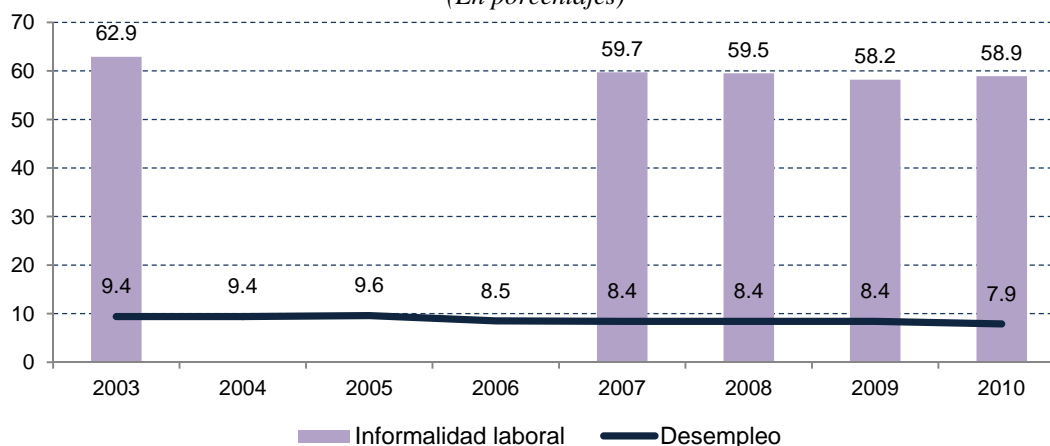


Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos CEPALSTAT, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

Perú tiene que enfrentar numerosos desafíos en el contexto del mercado laboral: significativa informalidad, bajos salarios, desempleo joven y discriminación geográfica y de género.

La informalidad laboral es un problema estructural clave. En 2009, representó el 58,9% de la población total ocupada, solo cuatro puntos porcentuales por debajo de la tasa de 2003 (62,9%). En cambio, la tasa de desempleo experimentó una disminución más significativa pasando del 9,4% de la población activa en 2003 al 7,9% en 2010 (véase el gráfico 2). La mayoría de los trabajadores informales no están afiliados a un sistema de pensiones: en 2009 solo lo estaba el 13,7% de los trabajadores informales independientes y el 17,6% de los asalariados informales (Gamero Requena y Carrasco, 2011). Adicionalmente, cabe considerar que las diferencias salariales entre los trabajadores formales y los informales son bastante importantes: en 2009, los primeros recibían un salario medio de 1.840 soles (690 dólares) mensuales, mientras que los informales contaban con un sueldo de 623 soles (233 dólares) mensuales.

GRÁFICO 2
DESEMPEÑO Y TASAS DE EMPLEO INFORMAL URBANO, 2003-2010
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos CEPALSTAT, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

El país también enfrentó una alta tasa de desempleo juvenil en las áreas urbanas (12,2% en 2009), que supera con creces la tasa de desempleo total (8,4% en el mismo año). Las diferencias de género también son importantes. La tasa de desempleo urbano es ligeramente superior en las mujeres (5,9% en 2009) que en los hombres (5,4%) (CEPAL, 2011c). La informalidad laboral también es más alta entre las mujeres, con 67,7% en contraposición al 52,7% de los hombres para 2008 (CEPAL, 2012b). Sucede lo mismo con la informalidad rural, que afecta al 92% de las mujeres y al 80,9% de los hombres.

Además, debido a las políticas de ajuste adoptadas tras la crisis económica, entre 1981 y 1990 los ingresos reales de los trabajadores disminuyeron, habiéndose reducido en 65,6% en el sector privado y en 84,4% en el sector público. Durante el mismo período, los ingresos de los trabajadores independientes disminuyeron un 76,6% en las áreas urbanas y un 82,3% en las áreas rurales. A pesar de las dinámicas de crecimiento económico experimentadas en el Perú desde la década de los años noventa, los ingresos laborales no aumentaron de forma significativa: los promedios reales de los salarios en el sector público y privado en 2010 eran respectivamente un 60,8% y 36,7% más altos que en 1990, pero representaban sólo un 55,5% y 21,3%, respectivamente, de los niveles de 1980 (Mendoza, Leyva y Flor, 2011).

A principios de la década de 2000, el Perú enfrentaba tasas muy altas de pobreza y extrema pobreza: en 2003, las cifras alcanzaban el 68,5% y el 48,1%, respectivamente. No obstante, desde 2005 el país ha hecho importantes progresos en términos de reducción de pobreza. Como resultado, en 2010 la tasa de pobreza se mantuvo en alrededor del 31,1% de la población y la de extrema pobreza,

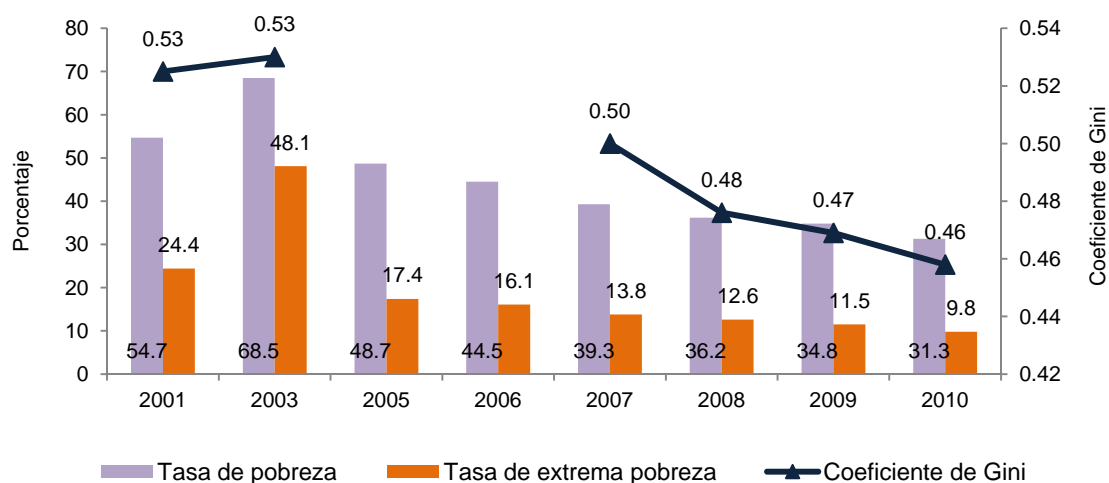
en torno al 9,8%. Sin embargo, como consecuencia de los bajos salarios, en 2010 la tasa de pobreza de la población activa alcanzaba el 27% y la de la extrema pobreza, el 8%. En ese mismo año, el 39% de los trabajadores por cuenta propia y trabajadores familiares no remunerados se encontraban en situación de pobreza y el 14% en la extrema pobreza (CEPAL, 2012a).

Las tasas de pobreza difieren significativamente de un área a otra del país, así como entre los diferentes grupos poblacionales. En las áreas rurales son mucho más altas que en las urbanas, con 54,2% y 19,1%, respectivamente en 2010. Por su parte, ese mismo año la tasa de pobreza extrema rural era de 23,3%, mientras que la urbana alcanzaba el 2,5% (CEPAL, 2012b). Las regiones donde se concentra la pobreza son la Sierra y, en menor medida, el departamento del Amazonas, que presenta tasas de pobreza mucho mayores a las de la costa.

Los pueblos indígenas sufren de pobreza y exclusión social y tienen condiciones de vida más precarias que la población no indígena. De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en 2010 la tasa de pobreza para los pueblos indígenas era del 55%, casi doblando la de la población no indígena (31,1%). Adicionalmente, el 26% de las personas pertenecientes a estos pueblos vivía en situación de extrema pobreza, en tanto la tasa de los no indígenas se aproximaba al 9,8% (Benavides, Mena y Ponce, 2010). Esta brecha presenta un duro desafío puesto que el Perú es el país con la mayor población indígena de América Latina: 6,5 millones de personas pertenecientes a 43 grupos étnicos diferentes, lo que representa el 25% de la población total nacional (CEPAL, 2011b).

La desigualdad de ingresos es también muy elevada. Mendoza, Leyva y Flor (2011) exponen que en los años cincuenta y sesenta del siglo pasado el coeficiente de Gini en Perú fluctuó alrededor del 0,6 y permaneció estable hasta la década de los ochenta. Si bien la desigualdad de ingresos disminuyó durante los últimos diez años, la reducción del coeficiente de Gini, que pasó de 0,525 en 2001 a 0,458 en 2010 (véase el gráfico 3), no ha sido tan rápida como la caída de las tasas de pobreza y extrema pobreza.

GRÁFICO 3
POBREZA, POBREZA EXTREMA Y COEFICIENTE DE GINI, 2001-2010^a
(En porcentajes y coeficiente de Gini)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos CEPALSTAT, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

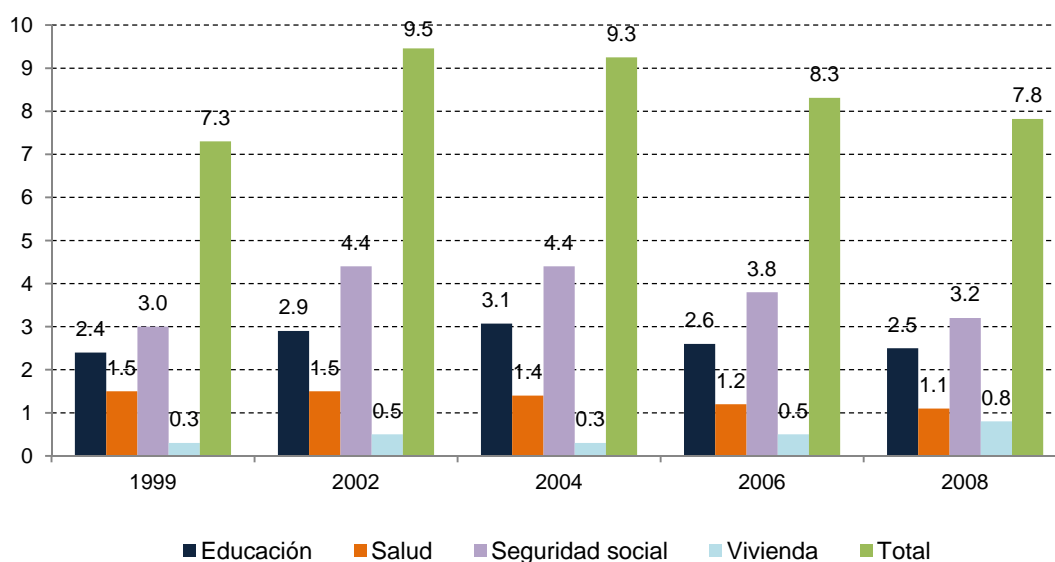
^a Debido a que la metodología de estudio del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) de Perú cambió, los datos a partir de 2004 no pueden ser estrictamente comparados con los anteriores.

A. Tendencias de gasto social

El gasto social en el Perú se define como el gasto del Estado en sus diferentes niveles de gobierno para entregar bienes y servicios públicos y privados como parte de sus tareas de reasignación de recursos, redistribución de ingresos, provisión de bienes básicos y promoción del crecimiento económico; con el objetivo de garantizar (tanto de forma universal como selectiva) los derechos sociales específicos de la población (Martínez y Collinao, 2010).

El gasto social del Perú es bastante bajo en comparación con la media del resto de países de América Latina: en 2008, Perú ocupaba el tercer lugar de gasto público más bajo como porcentaje del PIB (8,3%), después del Ecuador (7,3%) y Guatemala (7%). Este gasto se destina principalmente a seguridad social, ya que los fondos públicos de este sector presentan un severo déficit que el Estado debe compensar (véase el apartado III). La educación es el segundo sector por orden de importancia con mayor inversión del Estado peruano, mientras que el de la salud sufre la falta de fondos públicos y en 2010 solo recibió un monto equivalente al 1,1% del PIB (véase el gráfico 4). Sin embargo, gracias a las importantes tasas de crecimiento del PIB el gasto social pudo aumentar en términos absolutos.

GRÁFICO 4
GASTO SOCIAL POR SECTORES COMO PORCENTAJE DEL PIB, 1999-2008
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos CEPALSTAT, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

III. El sistema de pensiones

El primer sistema de pensiones del Perú, creado por la Ley de Goces de 1850, fue de tipo corporativo, lo que significa que se organizaba en función de la situación laboral del afiliado, haciendo distinción entre el empleado público y el personal de las fuerzas armadas, entre otros. El sistema de pensiones actual, implantado tras la reforma de 1973, se compone de un régimen contributivo (dividido a su vez en subsector público y privado) y un pilar no contributivo gestionado por el Estado y destinado a los adultos mayores que viven en situación de pobreza y exclusión social (Vidal, Cuadros y Sánchez, 2012).

A. Perspectiva general de las pensiones contributivas

Las pensiones contributivas en Perú dependen de tres regímenes principales: el Sistema Nacional de Pensiones (SNP), Cédula Viva (Decreto de Ley N° 20530) y el Sistema Privado de Pensiones (SPP), que es un sistema de capitalización individual. Los dos primeros forman parte del sistema público de pensiones y están gestionados por el Estado (véase el cuadro 1). El tercero es administrado por Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) privadas. En 2008, se votó en el Congreso la instalación de un nuevo Sistema de Pensiones Sociales (SPS), aunque aún no ha sido implementado.

El Sistema Nacional de Pensiones (SNP) fue creado en 1973 mediante el Decreto de Ley N° 19990 y desde 1994 está administrado por la Oficina de Normalización Previsional (ONP). Cubre tanto a los empleados del sector público como los del privado que no estén asegurados por el sistema Cédula Viva. El SNP funciona como un sistema de pensiones de reparto y otorga prestaciones fijas. En 1992, se reformó el SNP por razones financieras, se redujo la provisión de servicios de salud y aumentaron los requisitos de acceso a las pensiones para los adultos mayores. La edad legal de jubilación eran los 55 años para las mujeres y 60 años para los hombres, modificándose en ambos casos a los 65 años. Asimismo, la cotización de los trabajadores pasó del 9% de sus salarios (6% del empleador y 3% del empleado) (Vidal, 2010) al 13% durante al menos 20 años como mínimo (Clausen y Zacharías, 2009). El SNP también ofrece pensiones por discapacidad, viudez, orfandad y para padres dependientes de un trabajador difunto.

CUADRO 1
PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE EL SNP Y EL SPP

Sistema/ámbito	Sistema Nacional de Pensiones (SNP)	Sistema Privado de Pensiones (SPP)
Financiamiento	Trabajador (13%) Sistema financiado con recursos del Tesoro Público Nacional, contribuciones (reparto) y capitalización colectiva	Aporte al CIC (10%); comisión de los trabajadores (1,95% aproximadamente) Prima de seguro (1,06%) Sistema de capitalización individual con garantía estatal tras 20 años de contribución (pensión mínima)
Gestión	Oficina de Normalización Previsional (ONP) Uso intensivo de tercerización en sus principales actividades	Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) Recaudación descentralizada La cobertura de seguro por discapacidad y sobrevivencia están subcontratadas Gastos en publicidad
Cobertura	Trabajadores dependientes: obligatoria Trabajadores independientes: voluntaria	Trabajadores dependientes: obligatoria Trabajadores independientes: voluntaria
Prestaciones	Jubilación, discapacidad, sobrevivencia, capital de defunción Determinación de beneficios según regulación legal Regla general: mayores de 65 años y 20 años de contribución Se aplican límites máximos	Jubilación, discapacidad, sobrevivencia, capital de defunción Sistema de capitalización individual con garantía de pensión mínima para mayores de 65 años y 20 años de contribución Modalidades de jubilación y tipos de fondo según vulnerabilidad

Fuente: Vidal, A., F. Cuadros y C. Sánchez (2012), “Flexibilización laboral en el Perú y reformas de la protección social asociadas: Un balance tras 20 años”, *serie Políticas Sociales* (LC/L.3444), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Agencia Alemana de Cooperación Internacional (GTZ), 2012.

La Cédula Viva cubre solo a los trabajadores públicos que accedieron a la carrera administrativa antes de 1962. Con la reforma de 1973, este sistema estaba condenado a desaparecer, pero en lugar de ello se convirtió en un régimen especial de pensiones público para los profesores que comenzaron a trabajar antes de 1980, los trabajadores de empresas estatales y los magistrados. La Cédula Viva cubre la jubilación (con una cotización del 13% del salario durante al menos 15 años para los hombres y 12,5 años para las mujeres), discapacidad, viudez y orfandad, así como una pensión para los padres dependientes de los trabajadores fallecidos.

El Sistema de Pensiones Privado (SPP) fue creado en 1993 mediante el Decreto de Ley N° 25897 para responder al profundo déficit de los fondos de pensiones públicos, que se encontraban al borde de la bancarrota. El SPP se basa en un régimen de capitalización individual, lo que significa que las contribuciones de los trabajadores son depositadas en una Cuenta Individual de Capitalización (CIC). En 1993, el sistema era administrado por ocho diferentes AFP privadas; actualmente solo existen cuatro. La afiliación al sistema de pensiones privado es voluntaria. Ofrece pensiones de jubilación, discapacidad y sobrevivencia. La edad mínima de jubilación es a los 65 años y el monto de la pensión no es proporcional a los años contribuidos, sino equivalente a los fondos acumulados por los afiliados en sus CIC.

La creación del Sistema de Pensiones Sociales (SPS), a través del Decreto Legislativo N° 1086, fue votada en 2008. Es un nuevo sistema de pensiones voluntario para las micro empresas (con un máximo de diez empleados) gestionado por el ONP. Se destina a los trabajadores que no están cubiertos por ningún otro régimen de pensiones contributivas. La afiliación al SPS es voluntaria y la contribución de los trabajadores no puede exceder el 4% del salario mínimo (dividido en 12 contribuciones anuales). Es un régimen de capitalización individual cuyo financiamiento proviene de los trabajadores y del Estado. La edad de jubilación es a los 65 años tanto para hombres como para mujeres y deben haber realizado 300 contribuciones mínimo (la contribución es mayor que la del SNP y SPP). El SPS también entrega de pensiones de sobrevivencia (20% del equivalente a las pensiones de jubilación para los huérfanos y 42% para las viudas) y de discapacidad (Vidal, Cuadros y Sánchez, 2012).

B. Pensiones no contributivas

El Estado de Perú ofrece dos pensiones no contributivas para los adultos mayores vulnerables que no han contribuido a los fondos de pensiones o cuyas contribuciones no les permiten recibir una pensión decente: la Pensión Mínima de Vejez y la Pensión Nacional de Asistencia Solidaria o Pensión 65.

La Pensión Mínima de Vejez se creó en 2001. Consiste en una transferencia mínima que tiene derecho a recibir todo trabajador peruano que haya cotizado al menos por 20 años (ya sea en el sistema público o en el privado). Se destina especialmente a los adultos mayores cuyos montos de las pensiones son inferiores al mínimo establecido. En 2009, la asignación mensual de la pensión era de 160,7 dólares. La cobertura del programa para 2011 era muy baja, ya que solo alcanzaba a 3.785 personas (CEPAL, 2012b)¹.

La Pensión 65 fue creada en 2011 por el gobierno de Ollanta Humala, como sucesora del programa Gratitud puesto en marcha durante la presidencia de Alan García (2006-2011). Consiste en una pensión para los adultos mayores que viven en situación de extrema pobreza y opera en 13 de los 26 departamentos existentes², llegando a 25.902 personas en 2011. El valor mensual de la transferencia de la Pensión 65 oscila entre los 45 y los 90 dólares. Este programa comparte el mismo marco institucional que el programa Juntos (véase el apartado IV), en lo que se refiere a procesos operativos y formas de entrega, selección de beneficiarios y capacidades técnicas y humanas.

C. Cobertura de las pensiones

En los últimos diez años, en el Perú se ha aumentado exitosamente la afiliación de los trabajadores al sistema de pensiones, aunque se reconoce que partió de niveles muy bajos. La población ocupada afiliada a un sistema de pensiones casi se ha duplicado entre 2001 y 2008, pasando del 12,9% al 24,8% durante este período (Cecchini y Martínez, 2011). Sin embargo, está claro que la gran mayoría de la población ocupada está excluida de las pensiones contributivas, en particular aquellos que pertenecen al sector laboral informal. Además, el porcentaje de personas con 65 años o más que reciben una pensión ha seguido una tendencia de ligero declive, pasando del 27% en 2000 al 24% en 2009 (CEPAL, 2012b).

Existen grandes desigualdades en la afiliación al sistema de pensiones dependiendo del género y si los trabajadores pertenecen al sector de productividad medio y alto (un 56,3% de ellos contribuyeron a la seguridad social en 2008), o al bajo (10,6% de los aportes en 2008). Hay más hombres afiliados al sistema de pensiones (30,9% en 2008) que mujeres (17,4%), y la brecha entre ambos es particularmente acentuada en el sector de baja productividad, donde el 15,9% de los hombres estaba afiliado a un sistema de pensiones en 2008, frente a solo el 5,9% de las mujeres (véase el cuadro 2).

La mayoría de las personas afiliadas a un sistema de pensiones contributivas en el Perú están cubiertas por el sector privado: en 2011, las pensiones contributivas públicas cubrían a 490.954 personas (Oficina de Normalización Previsional, 2012), mientras que el sector privado tenía 4.982.701 afiliados en febrero de 2012 (Superintendencia de Seguros, Banca y AFP, 2012).

¹ La pensión mínima se financió con los montos acumulados por los afiliados al CIC, cuando estos ingresos se acabaron se obtuvo el financiamiento del Bono Complementario de Pensión Mínima (BCPM) y del Bono de Reconocimiento Complementario (BRC) para los trabajadores en un régimen especial (mineros y trabajadores de las construcciones civiles) (Ley 27252) (Clausen y Zacharias, 2009).

² Amazonas, Ancash, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, La Libertad, Piura, Puno y Lima-Callao.

CUADRO 2
PERSONAS EMPLEADAS AFILIADAS A UN SISTEMA DE PENSIONES POR SEXO, 2001-2008
 (En porcentajes)

Año	Total de personas empleadas			Sector de actividad de las personas empleadas					
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Productividad media y alta			Productividad baja		
				Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2001	12,9	15,0	10,1	39,4	37,6	43,3	2,6	3,6	1,5
2003	13,7	16,8	9,8	41,9	41,7	42,4	3,3	4,9	1,7
2008	24,8	30,9	17,4	56,3	57,2	54,4	10,6	15,4	5,9

Fuente: S. Cecchini y R. Martínez, *Protección social inclusiva en América Latina: Una mirada integral, un enfoque de derechos* (LC/G.2488-P), Santiago Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.11.II.G.23, 2011.

D. Gasto público en seguridad y asistencia social

La seguridad y asistencia social es el principal rubro del gasto social en el Perú y entre 2008 y 2010 ha aumentado tanto en términos per cápita como en porcentaje del PIB (véase el gráfico 5). Esto se debe principalmente al importante déficit del sistema público de pensiones, ya que las cotizaciones acumuladas por los trabajadores en los diferentes fondos (SNP y CIC) no son suficientes para cubrir su jubilación. Por ese motivo, el Estado debe financiar el déficit. En 2004, la subvención estatal alcanzó casi el 58% de las pensiones de retiro del SNP y cerca del 85% de las pertenecientes a Cédula Viva (Ministerio de Economía y Finanzas, 2004).

GRÁFICO 5
GASTO PÚBLICO EN SEGURIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL, 2002-2010
 (Porcentajes del PIB y dólares de 2005)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos CEPALSTAT, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

IV. Políticas y programas de reducción de la pobreza

El Estado peruano tiene en marcha numerosos programas y políticas de reducción de la pobreza. Estas medidas se iniciaron en la década de los setenta y los ochenta, cuando la sociedad civil — debido a la carencia de programas y políticas estatales— se organizó por su cuenta para combatir el crecimiento de la pobreza como consecuencia de la crisis (Francke y Mendoza, 2006). Las primeras medidas para aliviar la pobreza se centraron en la seguridad alimentaria mediante la implementación de comedores populares organizados por los ciudadanos. Rápidamente, el Estado se hizo cargo de estos y a comienzos de 1990 comenzó a implementar políticas de reducción de la pobreza. En 1991, FONCODES (véase el apartado IV.A) fue la primera medida implementada para combatir la pobreza, la que fue seguida por numerosas acciones y programas. Sin embargo, estas políticas y programas se llevaban a cabo en un contexto de captura de votos y proselitismo electoral³.

Actualmente, las principales instituciones que coordinan y gestionan los programas de reducción de la pobreza son el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) creado en 2011 mediante la Ley N° 29792, y el Ministerio de la Mujer y de las Poblaciones Vulnerables (MIMP) creado en 2001 por la Ley N° 27793⁴. El objetivo principal del MIDIS es coordinar y poner en marcha las políticas gubernamentales para combatir la pobreza y la desnutrición infantil. Por otro lado, el MIMP se encarga de las políticas de fortalecimiento de las mujeres y las poblaciones vulnerables (niños, adultos mayores, personas con alguna discapacidad, migrantes internos y poblaciones desplazadas). A través de estas instituciones, el gobierno peruano pone en funcionamiento numerosos programas y planes sociales especialmente diseñados para combatir la pobreza y mejorar el desarrollo social y la seguridad alimentaria de la población más vulnerable.

³ FONCODES fue utilizado como instrumento para atraer votos por el gobierno de Fujimori. Un estudio de Norbert Schady (2000) mostró que entre 1991 y 1995 los gastos de FONCODES aumentaron significativamente justo antes de las elecciones nacionales, particularmente en las áreas más pobres.

⁴ En un principio el ministerio se llamaba Ministerio de la Mujer y del Desarrollo Social que posteriormente cambió a Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables mediante el Decreto N° 1098.

A. Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES)

El Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES) es un programa nacional gestionado por el MIDIS. Fue creado en 1991 para fomentar el desarrollo territorial y local mediante la participación y cooperación de los sectores públicos y privados. El objetivo principal es la reducción de la pobreza mediante inversiones en infraestructura económica y social, especialmente en las áreas rurales más pobres. Para ello, el FONCODES se focaliza en la agricultura e infraestructuras locales para mejorar la productividad. Financia proyectos de desarrollo innovadores propuestos por las municipalidades o resultantes de cooperaciones con entidades privadas.

En 2011, las principales áreas de trabajo del FONCODES eran: i) desarrollo productivo; ii) desarrollo de capacidades institucionales y ciudadanas; iii) infraestructura social, mejora de los sistemas de agua potable y saneamiento, redes de electricidad y puentes; y iv) articulación territorial mediante la supervisión y coordinación de los proyectos en ejecución.

En 2011, el presupuesto para el FONCODES era de 841.392.697 dólares, financiado por el Estado y con la participación del Banco Mundial y el Banco Interamericano para el Desarrollo.

B. La estrategia nacional Crecer

Crecer fue una estrategia nacional de desarrollo social creada en 2007 mediante la cooperación y la asociación entre entidades públicas (gobiernos nacionales, regionales y locales) y privadas (ONG, cooperación internacional y sociedad civil) que trabajaban conjuntamente en asuntos de reducción de la pobreza y la exclusión social. La estrategia Crecer coordinó muchas instituciones, ministerios y programas en el ámbito del desarrollo social.

Los objetivos de Crecer eran promover el desarrollo del capital humano y social de los grupos vulnerables, así como mejorar los ingresos mediante la empleabilidad de los adultos y la protección de niños y niñas, mujeres embarazadas, personas con alguna discapacidad y adultos mayores.

El plan se centró en tres áreas: i) mejora de las capacidades humanas y respeto por los derechos humanos fundamentales, a través del establecimiento de un piso mínimo para asegurar el acceso a los servicios públicos y sociales y a la vivienda; ii) promoción de oportunidades y competencias económicas, dando prioridad al desarrollo rural; y iii) establecimiento de redes de protección social, como la red de protección a población en situación crítica o de alta vulnerabilidad o la red de prevención y gestión de riesgos ambientales, con la finalidad de fomentar y facilitar el acceso de la población vulnerable a los servicios públicos y sociales. Crecer cuenta también con un componente específico para combatir la desnutrición y pobreza infantil. El programa Crecer contó con 503.007 beneficiarios en 2007 y 755.044 en 2008. Tenía como objetivo cubrir a un millón de niños y niñas menores de cinco años que vivieran en condición de pobreza en el país⁵.

C. Planes Nacionales de Acción por la Infancia y Adolescencia (PNAIA)

En los últimos 20 años el Perú ha implementado Planes Nacionales de Acción para la Infancia y la Adolescencia (PNAIA). El primero fue creado en el contexto de la Estrategia Nacional de Alivio de la Pobreza y estuvo vigente entre los años 1992 a 1995; el segundo se desarrolló entre 1996 y 2000; y el

⁵ Crecer se centra en los distritos con las tasas de pobreza y de desnutrición infantil más altas. Todos los distritos de la región VRAE (Valle del Río Apurímac y Ene) estaban incluidos en el programa debido a sus altas tasas de pobreza.

tercero, gestionado por el entonces Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, se llevó a cabo entre 2002 y 2010. El objetivo del PNAIA 2002-2010 era contribuir al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y alcanzar la meta del Acuerdo Nacional en el contexto del fortalecimiento de la familia y protección y promoción de la infancia, adolescencia y juventud. Las principales acciones del PNAIA 2002-2010 fueron: i) asegurar una vida sana a los niños y niñas menores de 5 años; ii) ofrecer educación básica de calidad para todos los niños y niñas de 6 a 11 años; iii) crear espacios de participación para los adolescentes de 12 a 17 años y promover su desarrollo pleno; e iv) instituir un Sistema de Garantías para la Protección de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente (entre 0 y 17 años).

El PNAIA 2012-2021 se adoptó mediante la Ley N° 28487 y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables es el encargado de su puesta en marcha. El programa busca alcanzar seis metas: i) reducir al 5% la desnutrición crónica de la primera infancia (lo que se traducirá en hábitos nutricionales adecuados para el 95% de los niños y niñas menores de cinco años); ii) alcanzar una tasa de escolarización del 100% para niños y niñas entre tres y cinco años en escuelas de calidad (centrándose principalmente en las áreas rurales), iii) lograr que el 70% de los niños y niñas de primaria alcancen el nivel suficiente de comprensión lectora y razonamiento matemático; iv) reducir la tasa de maternidad adolescente en un 20%; v) ofrecer a los adolescentes una educación secundaria de calidad ; y vi) disminuir la violencia contra los niños y niñas. Para alcanzar estos objetivos, el PNAIA 2012-2021 trabaja en asociación con otras políticas gubernamentales.

D. Programa de transferencias monetarias condicionadas Juntos

En 2005, el gobierno de Alejandro Toledo creó mediante el Decreto Supremo N° 032-2005-PCM un nuevo programa de transferencias monetarias condicionadas (PTC) llamado Juntos, el programa de apoyo directo a los más pobres. Juntos es un programa dirigido a la población que vive en situación de pobreza y extrema pobreza: hogares con niños menores de 14 años, mujeres embarazadas, progenitores viudos y/o adultos mayores. El objetivo principal es sacar a los niños de la pobreza, mejorar su educación, salud y nutrición. El diseño del programa Juntos está inspirado en los PTC Progresa-Oportunidades de México y en Bolsa Familia de Brasil (Francke y Mendoza, 2006).

Juntos posee una organización descentralizada con una importante participación de la sociedad civil y las comunidades. Desde 2012, el programa es gestionado por el Ministerio de Desarrollo Social e Inclusión, tarea que anteriormente dependía de la Presidencia del Consejo de Ministros. Su trabajo se desarrolla en coordinación con varios ministerios encargados de asuntos sociales, como el Ministerio de Salud, de Educación y el de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Esto permite que los beneficiarios de Juntos se vinculen a las diferentes prestaciones públicas ofrecidas por cada uno de los ministerios.

El programa consiste en una transferencia monetaria cuyo monto en 2011 osciló entre un mínimo de 7,7 dólares y un máximo de 36 dólares por hogar. La permanencia de las familias en el programa es de cuatro años, renovable por una sola vez. Si luego del cuarto año las familias aún son elegibles, ingresan a una segunda fase de cuatro años en la que el monto de la transferencia disminuye gradualmente. En 2011, el presupuesto para Juntos alcanzó los 229.634.851 dólares, financiado en su totalidad por el Estado.

Juntos se caracteriza por seis elementos: i) gestión y coordinación entre las diferentes entidades públicas y privadas que contribuyen al programa; ii) focalización geográfica en áreas consideradas como prioridad debido a la situación de pobreza y al escaso acceso a los servicios públicos primarios; iii) focalización comunitaria, ya que muchos beneficiarios potenciales carecen de identificación oficial; iv) prioridad en los hogares beneficiarios que cumplen con los requisitos; v) supervisión y evaluación del cumplimiento de las corresponsabilidades de los beneficiarios, así como del programa su repercusión en los hogares beneficiados; y vi) responsabilidad social y control ciudadano para garantizar la transparencia del programa (Francke y Mendoza, 2006).

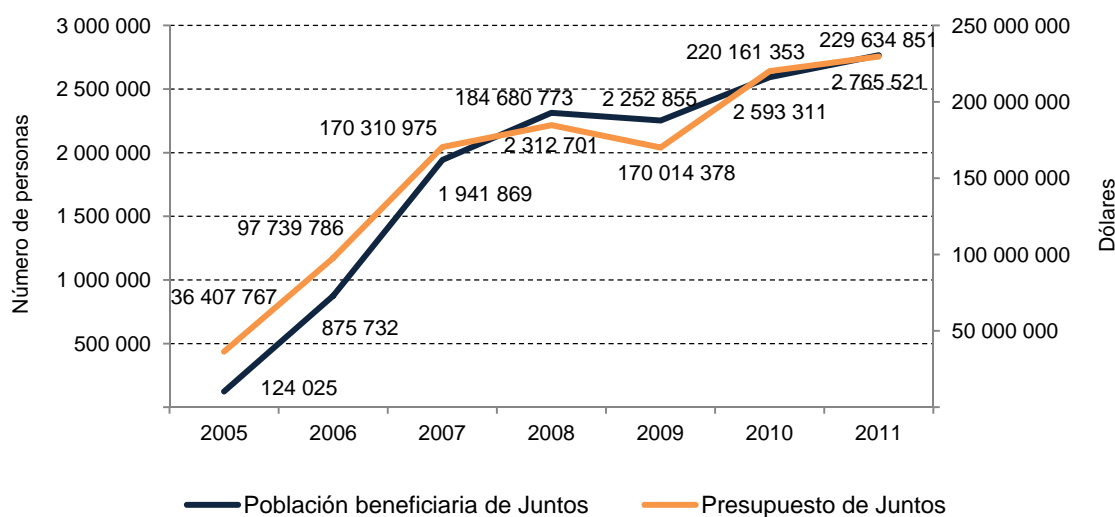
El programa se centra principalmente en las áreas rurales, donde la pobreza está más concentrada. Las corresponsabilidades están relacionadas con la mejora de las capacidades humanas. En concreto, pretenden mejorar: i) el estado de salud de los niños menores de 5 años y de las mujeres embarazadas o en período de lactancia por medio de la asistencia a revisiones médicas periódicas; ii) el estado nutricional de niños y niñas de entre 6 meses y 3 años, a través de la participación en el Programa de Complementación Alimentaria para Grupos en Mayor Riesgo (PACFO); iii) la educación de niños y niñas entre 6 y 14 años, con la exigencia de cumplir un mínimo de 85% de asistencia a la escuela; y iv) el registro de los niños en el programa Mi Nombre, para la obtención de tarjetas de identificación.

La cobertura del programa Juntos ha aumentado considerablemente desde que se creó en 2005. El programa comenzó centrándose en algunas áreas específicas (110 distritos situados en la región Andina, concretamente en los departamentos de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Huanuco), pero en 2011 ya abarcaba todo el país. El número de beneficiarios aumentó de 124.025 personas en 2005 a 2.765.521 en 2011, lo que supone cerca del 7,6% del total de la población peruana y 21,2% de la población que vive en la extrema pobreza (véase el gráfico 6) (Cecchini y Madariaga, 2011).

Una evaluación de los beneficiarios del período 2005 a 2007 realizada por el Banco Mundial muestra que Juntos tiene una repercusión positiva sobre los indicadores de bienestar de los hogares (Perova y Vakis, 2009). Los impactos de Juntos varían dependiendo del sector. El programa repercute en la reducción de la pobreza, aumentando en un 13% el total de ingresos mensuales de las familias beneficiarias, así como sobre la salud y la nutrición, pues se incrementan las visitas médicas de los beneficiarios y el consumo de alimentos con alto valor nutricional y, además, se promueve una dieta más equilibrada. Sin embargo, el impacto en la educación es mucho más limitado: Juntos aumenta la matrícula escolar en cuatro puntos porcentuales, pero esto no tiene efectos en la asistencia educativa a la escuela. Aún más, no repercute en los resultados del mercado laboral.

Una evaluación más reciente (Sánchez y Jaramillo, 2012) tomó como foco central la desnutrición infantil, y observó que entre los niños que forman parte del programa desde 2008, Juntos impacta positivamente en la desnutrición crónica extrema, no así en la moderada; esto muestra que el programa ayudó sobre todo a los niños de peor estatus nutricional. Incluso se observó reducción de la desnutrición crónica en distritos donde Juntos no estaba operando.

GRÁFICO 6
EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA JUNTOS, 2005-2011
(En número de personas y dólares)

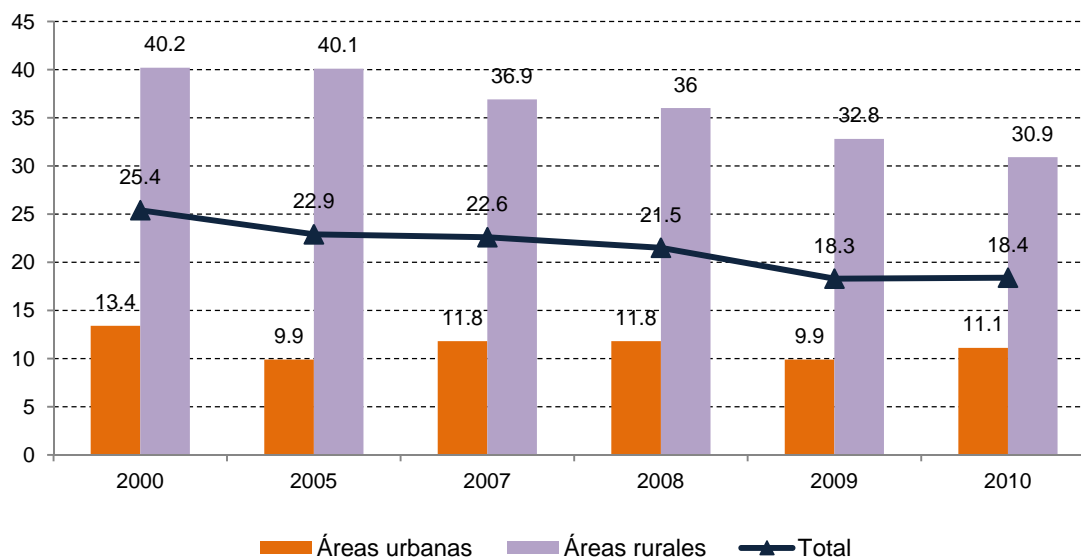


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de “Programas de Transferencias Condicionadas: Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe”, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] <http://dds.cepal.org/bdptc/>.

E. Programas de alimentación y nutrición

Si bien desde 2007 la situación ha mejorado, la desnutrición infantil continúa siendo un asunto importante para el país. En 2005, la desnutrición de niños y niñas menores de cinco años permaneció alrededor del 22,9%; cinco años después, esta cifra disminuyó al 18,4% (véase el gráfico 7). Sin embargo, aún existen brechas severas de desnutrición infantil entre las áreas urbanas y rurales, ya que en estas últimas es mucho más acentuada.

GRÁFICO 7
MALNUTRICIÓN INFANTIL CRÓNICA SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA, 2000-2010
(En porcentajes)



Fuente: Plan de Evaluación del Programa Juntos 2010.

La desnutrición se incluyó en la agenda política a principios de la década de 2000 y combatirla se ha convertido en el principal objetivo del gobierno, que ha declarado que pretende reducirla en diez puntos porcentuales en un plazo de cinco años (Martínez y Fernández, 2009).

De este modo, en 2004 el gobierno estableció políticas específicas para combatir la desnutrición como parte de las metas de seguridad alimentaria y nutrición del Acuerdo Nacional, así como de la Estrategia Nacional para la Seguridad Alimentaria (ENSA). El principal objetivo de ENSA es prevenir los riesgos derivados de las carencias nutricionales, especialmente en los menores de cinco años y en las mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad, mediante la promoción de prácticas de alimentación saludable y la garantía de abastecimiento sustentable y competitivo de alimentos de producción nacional (Carvajal, 2004). Con la finalidad de adaptarse mejor a las diferencias socioeconómicas de cada área del país, ENSA está subdividida a nivel regional en Estrategias Regionales de Seguridad Alimentaria (ERSA). La estrategia es gestionada por la Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria⁶ y en 2011 su presupuesto rondaba los 125 millones de dólares.

⁶ La Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria está compuesta por el presidente del Consejo de Ministros, Ministerio de Agricultura, Ministerio de Comercio Exterior y Turismo, Ministerio de Educación, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de la Producción, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y por el presidente de la Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza.

Asimismo, en 2004 el Ministerio de Agricultura (MINAG), en coordinación con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), inició el Programa especial de Seguridad Alimentaria (PESA) que finalizará en 2015. PESA trabaja como una instancia de gestión de toda la información relacionada con la seguridad alimentaria y orienta las actividades de las distintas instituciones que conforman ENSA para cumplir las metas de dicha estrategia.

1. Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA)

En 2006 se creó el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA) para combatir el hambre y mejorar la seguridad alimentaria de las áreas más pobres del Perú, atendiendo especialmente la situación de niños y niñas. PRONAA se divide en dos subprogramas: el Programa Integral de Nutrición (PIN) y el Programa de Complementación Alimentaria (PCA). El PRONAA terminó en 2012 y a partir de 2013 fue reemplazado por el programa *Qali Warma* (Niño vigoroso).

a) Programa Integral de Nutrición (PIN)

El PIN se creó en 2006 e integra seis programas alimentarios antiguos, que son PACFO, Programa de Alimentación y Nutrición a Familias en Alto Riesgo (PANFAR), Comedores Populares, Desayunos Escolares, Almuerzos Escolares y Centros de Educación Inicial/ Programa no Escolarizado de Educación Inicial (CEI/PRONEI). El objetivo principal es prevenir la desnutrición entre niños y niñas menores de 12 años, mujeres embarazadas y en período de lactancia, especialmente aquellos que pertenecen a familias que viven en la pobreza o la extrema pobreza o en un estado de vulnerabilidad nutricional. El PIN cuenta con dos componentes: educación y nutrición. El primero pretende modificar los hábitos familiares para mejorar su modo de vida y estado de salud. El componente nutricional consiste en una entrega mensual de una canasta de alimentos para los niños menores de tres años que les abastece con el 70% de la cantidad necesaria de energía y el 100% de las proteínas, hierro, vitaminas y calcio. Los niños entre 3 y 12 años reciben suplementos alimenticios a través de los establecimientos educacionales. En 2010, el programa cubrió a 3.832.984 personas y contaba con un presupuesto de 221.426.433 dólares (CEPAL, 2011c).

b) Programa de Complementación Alimentaria (PCA)

El PCA también fue creado en 2006 con la intención de ofrecer suplementos alimenticios a la población que vive en situación de pobreza y extrema pobreza y cuyo estado de salud está en riesgo. Se focaliza en niños y niñas, adolescentes, mujeres embarazadas o en período de lactancia en situación de pobreza y extrema pobreza, adultos vulnerables, adultos mayores, personas con alguna discapacidad y personas que sufren tuberculosis. Se les hace entrega de una canasta básica de alimentos que incluye 200 gramos de cereales, vegetales, grasas y productos animales⁷. En 2010, el programa benefició a 336.735 personas (CEPAL, 2011c).

2. El programa Vaso de Leche

Este programa se implementó en 1983 como un proyecto comunitario dirigido por mujeres pobres que vivían en Lima. En 1985 se convirtió en un programa municipal que abarcaba el municipio de Lima y cuando pasó a ser un programa del estado, se extendió a todo el país. El objetivo del programa es reducir los riesgos asociados con la alimentación entregando un vaso de leche diario (250 ml) a la población vulnerable. Sus destinatarios principales son los hogares que viven en situación de pobreza con niños menores de 13 años (en particular, aquellos que padecen desnutrición y tuberculosis), mujeres embarazadas y adultos mayores. Funciona en aquellos distritos donde la pobreza está más concentrada. En 2008, el programa atendió cerca de 3.215.121 personas con un presupuesto de 124.613.800 dólares.

⁷ La canasta de alimentos se entrega 20 días por mes a los niños y mujeres; 25 días a los adultos en situación de riesgo; 26 a los niños que viven en orfanatos, y 30 a personas que sufren tuberculosis.

3. El Programa Nacional Wawa Wasi-Cuna Más

El programa Wawa Wasi, implementado en 1993 mediante el Decreto Supremo N° 011-2004-MIMDES, proporciona cuidados diarios a los niños y niñas menores de cuatro años que viven en situación de pobreza y extrema pobreza. Con el objetivo de respetar la diversidad cultural de la población peruana, ofrece atención integral a niños y niñas a través de centros gestionados por Comités de Gestión supervisados por una “madre cuidadora” de la misma comunidad. El programa tiene cuatro componentes: i) salud: atención sanitaria, prevención de enfermedades, supervisión nutricional y promoción de hábitos de salud; ii) nutrición: cuatro raciones diarias de alimento; iii) aprendizaje temprano con el objetivo de mejorar el desarrollo infantil en aspectos motores, cognitivos, sociales, emocionales y comunicacionales); y iv) mejoras de habitabilidad y seguridad de los centros Wawa Wasi⁸. El programa Wawa Wasi atiende 24 regiones y en 2011 benefició a 62.138 niños y niñas. En 2012, el gobierno de Humala modificó el programa WawaWasi e introdujo una versión rural llamada Cuna Más (Decreto 003-2012). Cuna Más también tiene un nuevo componente de cuidado diurno para niños entre 0 y 36 meses que viven en zonas rurales y pobres. Para 2012, el programa Cuna Más tiene como objetivo dar cobertura a 76.000 niños y niñas y dispone de un presupuesto de 190 millones de Nuevos Soles (cerca de 6,8 millones de dólares) (Trivelli Ávila, 2012).

⁸ Para una información más detallada sobre el programa Wawa Wasi, véase “Programa Nacional Wawa Wasi, impactos y logros 2011”.

V. El sector de la salud

El sistema de salud peruano previo a la reforma sanitaria de 1997 se formó con la Ley de 1978 que creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Este sistema se organizaba en torno al Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) que ofrecía servicios de salud a través de la cooperación con entidades privadas. El sistema de salud estaba compuesto por tres subsistemas públicos y uno privado: i) Seguro Social de Salud contributivo gestionado por el IPSS, que cubría a los trabajadores mediante una financiación tripartita; ii) sistema de asistencia de salud no contributiva, a cargo del Ministerio de Salud; iii) Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional; y iv) seguros privados y clínicas (Vidal, Cuadros y Sánchez, 2012).

El sistema de salud actual, regulado por la Ley General de Salud de 1997, está dividido en un sector de salud público universal —gestionado por el Ministerio de Salud— y un subsector privado. Esta ley suprimió la garantía de financiamiento absoluto por parte del Estado, por lo que su carácter de proveedor cambió orientándose hacia un Estado subsidiario (Mesa-Lago, 2005).

Desde entonces, una de las principales preocupaciones del sistema de salud en el Perú ha sido la carencia de financiamiento público. El gasto social en salud tiene una baja prioridad en el gasto público social y se orienta principalmente a los hogares en situación de pobreza, con la intención de asegurar el acceso a la atención de salud maternal y geriátrica. El subsector de salud privado está compuesto por instituciones sin fines de lucro (como ONG y Cruz Roja) e instituciones lucrativas como clínicas privadas y centros de salud.

Los servicios de salud son gestionados por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Las IPRESS incluyen centros de salud públicos, privados y mixtos (hospitales y clínicas) registrados en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA). Desde la reforma de salud de 1997, la atención de las IPRESS se orienta a la cobertura de la población más pobre y ofrece acceso preferencial a atención de salud maternal y geriátrica.

Las personas pertenecientes a pueblos indígenas, en particular las mujeres, tienen dificultades para acceder a los centros de salud y, una vez que son atendidas, reciben un trato discriminatorio (Bernasconi, 2006). Con la intención de reducir las brechas de acceso a la salud, la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas (2009-2012) busca promover y gestionar una política de salud específica para las personas indígenas. Esto se lleva a cabo bajo un enfoque intercultural, es

decir, respetando las prácticas de salud indígenas y reconociendo la medicina tradicional como componente del sistema de salud actual⁹.

Otro tema crítico es la salud de niños y niñas. La tasa de vacunación de los menores de un año ha disminuido de 66,3% en 2000 a 51,4% en 2009, quedando la mitad de la población de esta edad sin cobertura básica de vacunas. Esta cifra es preocupante si consideramos que casi la mitad de los niños y niñas menores de un año no reciben la cobertura básica de vacunas. Además, en ese mismo año, el 14,1% de los niños y niñas padecieron diarrea y solo el 42% de ellos fueron atendidos en centros médicos (INEI, 2007).

La mayoría de estas enfermedades son consecuencia del déficit de saneamiento y de sistemas de agua potable en el país. De acuerdo con el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, en las áreas rurales existen 3,3 millones de personas que no cuentan con acceso al agua potable y 6,2 millones que no poseen un sistema de saneamiento adecuado. Consecuentemente, en 2010 el gobierno creó el Programa Nacional para el Agua y el Saneamiento Rural (PRONASAR) con la intención de mejorar los sistemas de saneamiento en las áreas rurales. Este programa, centrado en las pequeñas localidades rurales pobres¹⁰, pretende mejorar el saneamiento y las infraestructuras de potabilización del agua, así como crear una política de saneamiento nacional y local con cooperación pública y privada. En paralelo, el programa promueve hábitos de higiene entre la población.

A. Aseguramiento en salud

En el Perú el aseguramiento en salud cuenta con una amplia variedad de regímenes e instituciones. Los seguros de salud contributivos están gestionados por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS). Entre ellas se distinguen compañías aseguradoras del sector privado y Entidades Prestadoras de Salud (EPS), así como seguros de salud públicos, como el seguro social EsSalud, el Seguro de Salud Integral administrado por el Ministerio de Salud y las aseguradoras de salud de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional.

El diseño del sistema de seguros de salud peruano cambió como consecuencia de la introducción del Aseguramiento Universal de Salud (AUS), creado mediante la Ley N° 29344 de 2009, y de la implementación en el mismo año de un nuevo Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). La ley estableció la naturaleza obligatoria de los seguros y el acceso gratuito a la salud de todos los residentes en el país mediante el PEAS. Este también determinó la disociación de las funciones de seguro y provisión de servicios de salud, fomentando la participación de las entidades privadas en el sistema de salud (Vidal, Cuadros, Sánchez 2012).

El AUS pretende aumentar la cobertura en salud a través de la expansión gradual de los beneficios y financiamiento del PEAS. Mediante este programa se implementó la institucionalización de los principales subsectores que componen el sistema de seguros de salud (un sector privado y un importante sector de seguros públicos). Actualmente, el PEAS cubre el 65% de los costos generados por las enfermedades en el país y el 80% de la demanda del primer nivel de atención en salud¹¹ (Ministerio de Salud, 2012b).

- i) El sistema de salud público está compuesto por un Seguro Integral de Salud (SIS) y dos seguros contributivos: el seguro social EsSalud y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional.

⁹ Si bien este plan pretende extenderse por todo el país, la prioridad son las comunidades indígenas de la región de la Amazonía debido a su situación crítica con respecto a la maternidad y salud infantil. El objetivo es cubrir en estos cuatro años a 7.000 comunidades indígenas, aproximadamente, en 19 de las 26 regiones de Perú.

¹⁰ PRONASAR opera en poblados de las áreas rurales con menos de 15.000 habitantes.

¹¹ En el primer nivel de atención sanitaria se realizan prestaciones de salud para la población sana o con enfermedades transmisibles y no transmisibles (por ejemplo, neoplasias malignas), así como atención obstétrica, ginecológica y pediátrica. Se prevé la progresiva ampliación de esta cobertura (Ministerio de Salud, 2012a).

SIS fue creado en 2001 para cubrir a la población no asegurada, con un foco específico en los niños desnutridos y en los adultos mayores viviendo en situación de pobreza y extrema pobreza. Proporciona servicios de salud básicos como la atención médica y la rehabilitación, así como la medicina preventiva. El SIS es el resultado de la combinación del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil que existían desde 1998 como seguros públicos. Desde 2005, el SIS amplió su cobertura a los adolescentes mayores de 17 años.

EsSalud es un seguro de salud público contributivo. Es obligatorio para los asalariados y los cubre a ellos y sus familias. También ofrece cobertura a los miembros de las cooperativas tanto del sector privado como público y a los trabajadores independientes que deciden afiliarse. EsSalud ofrece atención médica en caso de enfermedad, accidentes y maternidad, así como subsidios en medicinas.

Los seguros de salud de la policía nacional y de las fuerzas armadas son seguros contributivos para los miembros de esas instituciones. Ofrecen atención médica por enfermedad, accidentes y maternidad. Está financiado por fondos del Tesoro Público.

Existen importantes desigualdades de cobertura entre los servicios del SIS, que sólo ofrece atención médica básica para una gran parte de la población, y del EsSalud o de los seguros de las fuerzas armadas y policía nacional que, por su parte, otorgan servicios médicos completos y atención de maternidad a una parte reducida de la población (Mesa-Lago, 2005). Con la implementación del AUS, todas las IAFAS (tanto públicas como privadas) tienen la obligación de financiar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Sin embargo, en el caso de que el sistema de seguro de salud ofrecido por las IAFAS tenga mejores condiciones que el del PEAS, el trabajador se afiliará al primero automáticamente (Vidal, Cuadros, Sánchez, 2012).

- ii) Existe también un seguro de salud privado provisto por las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) creadas durante la reforma del sector de la salud de 1978. La reforma permitió que los fondos de seguros de salud públicos como el IPSS transfirieran la provisión de algunos servicios a las EPS. Más adelante, la ley de salud de 1997 permitió a las EPS ofrecer beneficios de salud complementarios.

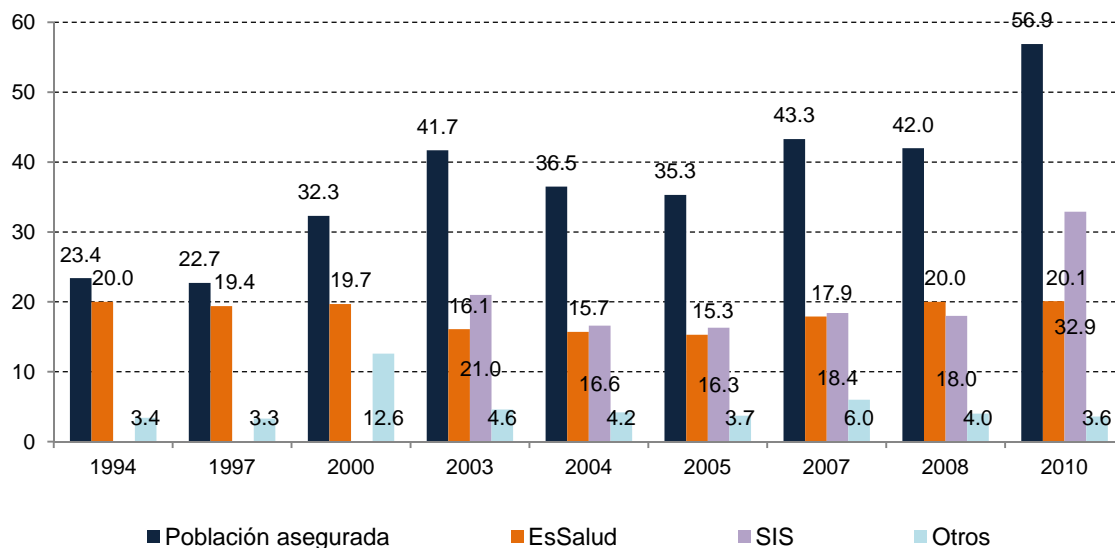
B. Cobertura y financiamiento del sistema de salud

La cobertura del sistema de salud mejoró significativamente en los últimos 15 años. En 1994, sólo el 23,4% de la población contaba con un seguro de salud y en 2010, por primera vez, la población asegurada (56,9%) superó a la no asegurada (43,1%). Este aumento de cobertura se debe principalmente al desarrollo del sistema de seguro público y gratuito (SIS) de 2001. De acuerdo con el Ministerio de Salud, en 2010, el 32,9% de la población peruana estaba cubierta por el SIS, el 20,1% por el EsSalud, el 0,3% por ambos y el 3,6% por un seguro privado (véase el gráfico 8).

Los trabajadores formales en su mayoría están cubiertos por EsSalud, en tanto que la mayoría de los trabajadores informales no están afiliados a ningún seguro de salud. En 2009, el 70,5% de los trabajadores formales estaban cubiertos por EsSalud, mientras que el 35,9% de los informales contaban con el seguro de salud pública (SIS) y el 9,3% de ellos con EsSalud (Gamero Requena y Carrasco, 2011).

Si bien se han observado progresos en el área, cuatro de cada diez peruanos no están cubiertos por seguro de salud alguno (véase el gráfico 8) y el financiamiento del sistema de salud es insuficiente y desigual (Ministerio de Salud, 2012a). Además, el acceso a los centros de salud pública es aún difícil en las áreas rurales y aisladas, y el número de nacimientos no registrados y muertes maternas todavía es muy importante: en 2009, el 17,5% de los nacimientos no eran atendidos en un centro médico (Ministerio de Salud, 2012a).

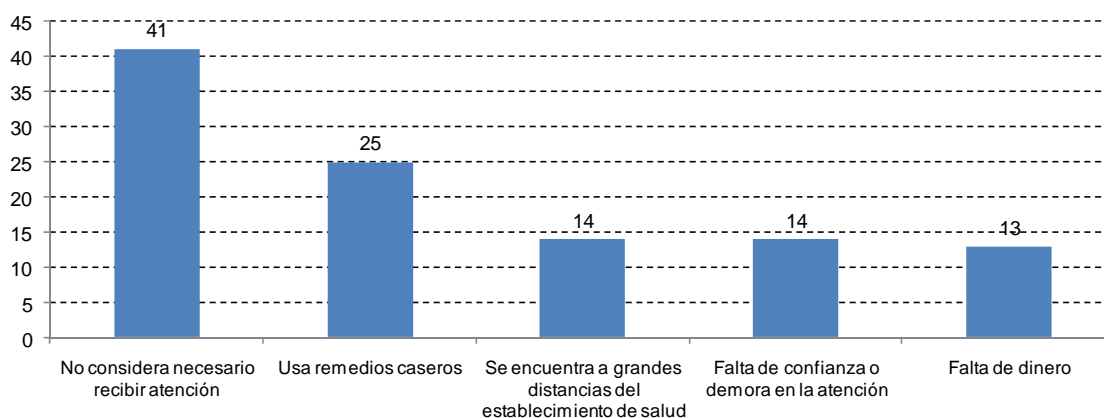
GRÁFICO 8
EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA DE LOS SEGUROS DE SALUD, 1994-2010
 (En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Á. Bermúdez, F. Cuadros y C. Sánchez, “Flexibilización laboral en el Perú y reformas de la protección social asociadas: Un balance tras 20 años”, *serie Políticas Sociales* (LC/L.3444), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Agencia Alemana de Cooperación Internacional (GTZ), 2012; y Ministerio de Salud, 2012a, Base de datos estadísticos [en línea]: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=2>.

Asimismo, una encuesta del MINSA muestra que pese a la gratuidad de la atención del AUS, todavía persisten barreras de acceso a los servicios de salud, afectando particularmente a las poblaciones dispersas en las regiones del Amazonas y la Sierra. El 14 % de las personas que no van a los servicios de salud no lo hacen por la lejanía de estos respecto a su domicilio y un porcentaje similar, por falta de confianza o demora en la atención (véase el gráfico 9).

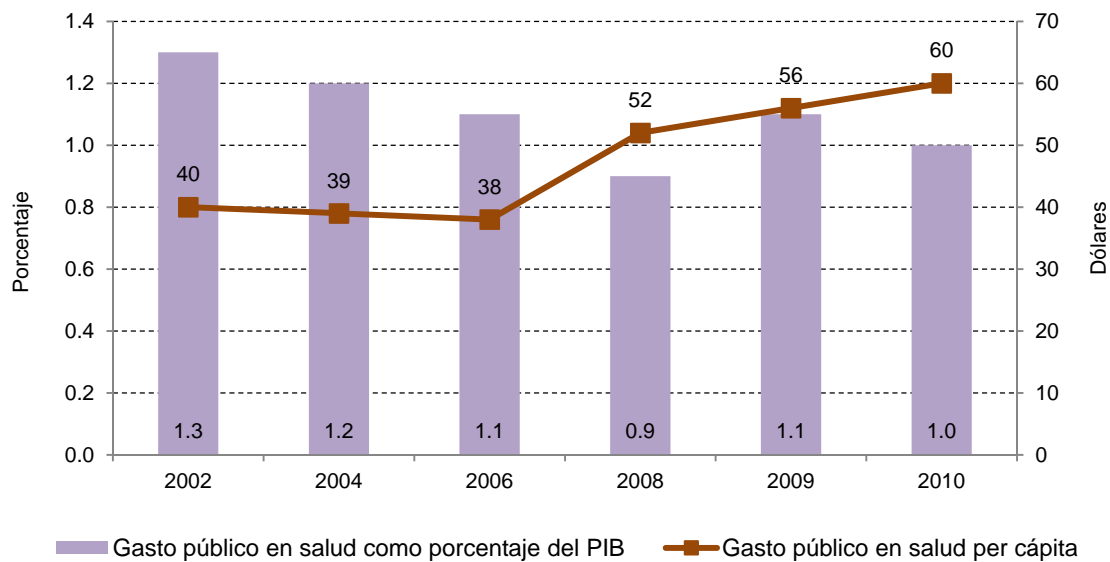
GRÁFICO 9
BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, 2010
 (En porcentajes)



Fuente: Ministerio de Salud, en *Sistemas de Salud en Suramérica, desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*; Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, UNASUR, mayo de 2012

El gasto público en salud del Perú todavía es significativamente bajo: en 2008, el gasto en salud como porcentaje del PIB (0,9%) era el segundo más bajo de América Latina, después del de la República Bolivariana de Venezuela (CEPAL, 2012b). En 2010, el gasto público en salud suponía solo el 1% del PIB. Sin embargo, el gasto social en salud per cápita aumentó de 38 dólares en 2006 a 60 dólares en 2010 (véase el gráfico 10).

GRÁFICO 10
EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD, 2002-2010
(Porcentaje del PIB y dólares constantes de 2005)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos CEPALSTAT, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

VI. El sector educativo

El sistema educativo en Perú está regulado por la Constitución de 1993 y por la Ley General de Educación de 2003 y consta de tres niveles obligatorios: inicial, primaria y secundaria (véase cuadro 3), así como educación superior. También existe una modalidad especial para los jóvenes y adultos que no completaron la educación primaria. La educación está descentralizada y se basa en tres niveles administrativos: i) central, coordinado por el Ministerio de Educación que establece las bases principales de la política educativa; ii) regional, gestionado por 26 Direcciones Regionales de Educación; y iii) local, administrado por las municipalidades.

A. Educación inicial

La educación inicial está dirigida a niños y niñas entre 0 y 6 años y, tal como consta en la Constitución de 1993 y la Ley General de Educación de 2003, además de obligatoria, en las escuelas públicas debe ser gratuita. Está compuesta por dos ciclos: el primero para niños menores de 2 años y el segundo para los niños entre 3 y 5 años. Este nivel se imparte en guarderías y jardines infantiles públicos y privados.

El primer ciclo de la educación inicial se centra en el desarrollo infantil en términos de identidad, relación con el ambiente y comunicación. El segundo ciclo imparte educación para el desarrollo personal y social del alumno, lógica, matemáticas y ciencias. El año escolar para la educación inicial tiene una duración de 40 semanas que incluyen 25 horas lectivas cada semana (900 horas por año).

Los programas de educación inicial específica para niños y niñas que viven en áreas rurales y urbanas marginales están disponibles mediante el Programa No Escolarizado de Educación Inicial (PRONOEI). PRONOEI consiste en un programa educativo flexible para niños entre 3 y 5 años que no pueden asistir de forma regular a la escuela inicial debido a su situación de exclusión social, geográfica y/o económica. Estos programas tienen un enfoque especial en torno a la diversidad y las relaciones interculturales y, además de educación, ofrecen controles de nutrición y salud. El año escolar del PRONOEI es más flexible que los programas escolares normales y consta de 720 horas anuales aproximadamente, alrededor de cuatro horas diarias (UNESCO/IBE, 2011).

B. Educación primaria y secundaria

El nivel de educación primaria es obligatorio y está organizado en tres ciclos de dos años cada uno. Fue definido por la Ley de Educación de 2003 que estableció como objetivo la educación integral de niños y niñas entre 6 y 11 años. Las asignaturas incluyen matemáticas, ciencias, comunicación y arte, así como educación social, personal, física y religiosa. El sistema público de educación primaria es totalmente gratuito pero también existe un sistema privado. El año escolar se compone de 40 semanas con 30 horas semanales de clases, es decir un total de 1.100 horas anuales. Sin embargo, a menudo no se completa el total de horas lectivas debido al ausentismo de los alumnos y profesores

El nivel educativo de secundaria se compone de cinco grados obligatorios organizados en dos ciclos. El primer ciclo, de dos años de duración, es general, mientras que el segundo ciclo, de tres años, se divide en varias especializaciones (humanística, científica y técnica). Las asignaturas son matemáticas, comunicación, historia, geografía, economía, formación ciudadana y cívica, relaciones familiares y humanas, educación física, educación religiosa, ciencias, tecnologías y educación laboral. Desde 2003, el aprendizaje de una lengua extranjera (inglés) es obligatorio. El año académico para la educación secundaria se compone de 40 semanas anuales y 35 horas semanales, con un total de 1.200 horas anuales (UNESCO/IBE, 2011).

El sistema de educación básica primaria alternativo para jóvenes y adultos que no hayan tenido acceso, o que no hayan finalizado, la educación básica está focalizada en el aprendizaje técnico para mejorar las habilidades orientadas al mercado laboral; además, ofrece programas de alfabetización.

CUADRO 3
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO DE PERÚ

Nivel	Educación inicial		Educación primaria						Educación secundaria				
	I	II	III		IV		V		VI		VII		
Ciclo			1°	2°	3°	4°	5°	6°	1°	2°	3°	4°	5°
Año/Grado	0-2 años	3-5 años											
Materias	Matemáticas y lógica Comunicación integral Educación social y personal		Matemáticas y lógica Comunicación Integral Educación artística						Matemáticas Comunicación Lenguaje nativo e idiomas extranjeros				
	Ciencias		Educación social y personal Educación física Educación religiosa Ciencias						Educación artística Ciencias sociales Relaciones humanas, familiares y personales Educación física Educación religiosa Ciencia y tecnología Educación laboral				
	Orientación educativa y tutorías												

Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura/Oficina Internacional de Educación (UNESCO/IBE), *Datos Mundiales de la Educación*, 2011.

C. Educación superior

El nivel educativo superior no es obligatorio y está dirigido a los alumnos que hayan terminado la educación secundaria. Lo conforma la educación universitaria y no universitaria en institutos que ofrecen cursos profesionales cortos.

Las universidades en el Perú están reguladas por la Ley Universitaria de 1983. Existen 36 universidades públicas financiadas por recursos públicos y las contribuciones de los alumnos. Las universidades privadas (56 aproximadamente) se financian en su totalidad por los aportes de los estudiantes u otros fondos privados.

La educación superior no universitaria es ofrecida por los institutos y escuelas de educación superior artísticas y técnicas. De acuerdo con el Ministerio de Educación, en 2008 el 4,3% de los estudiantes de educación superior estudiaron en una institución no universitaria de capacitación técnica o vocacional.

D. Programas educativos rurales e indígenas

La escolarización en áreas rurales e indígenas es una prioridad en el Perú. Para ello, el gobierno está construyendo infraestructura e implementando programas específicamente orientados a la población rural y pueblos indígenas. De hecho, el Perú cuenta con una población multilingüe; además del español, se hablan 43 dialectos en la región de los Andes y otros 40 en la región Amazónica (véase el cuadro 4):

CUADRO 4
DISTRIBUCIÓN LINGÜÍSTICA EN PERÚ, 2007^a

	Población	Porcentaje del total de la población	Porcentaje de la población que habla una lengua nativa
Quechua (Andes)	3 360 331	13,0	83,1
Aymara (Andes)	443 248	1,7	11,0
Asháninka (Amazonia)	67 724	0,3	1,7
Otras lenguas indígenas (Amazonia)	174 410	0,7	4,3
Total de lenguas indígenas	4 045 713	15,7	100,0
Español	21 713 165	84,1	
Lenguas extranjeras	21 434	0,1	
Mudos	30 019	0,1	
Total	25 810 331	100,0	

Fuente: M. Benavides, M. Mena y C. Ponce, *Estado de la niñez indígena en el Perú*, 2010, [en línea] http://www.unicef.org/peru/spanish/ENI_2010.pdf.

^a Población mayor de tres años.

La educación bilingüe e intercultural es un factor importante dentro del sistema educativo del Perú y se busca promover la cultura de los pueblos indígenas, el diálogo entre las diferentes comunidades y el respeto a los derechos de los indígenas. Los programas de educación pública enseñan historia y lenguas de los pueblos indígenas. En 2008, sólo el 32% de los niños y niñas entre 3 y 5 años, y el 38% de los que tienen entre 6 y 12 años, asistían a escuelas interculturales y bilingües (Ministerio de Educación, 2008).

E. Calidad de la educación

En términos de calidad de la educación, Perú enfrenta un importante desafío. De acuerdo con el informe de 2009 del Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos (PISA), que centra su estudio en la comprensión lectora, alrededor del 50% de los niños y niñas a los 15 años no habían alcanzado aún el nivel 2 de los ocho que conforman la evaluación¹². Como consecuencia, el país se sitúa en el puesto 62 del ranking de los 65 países que participan en la evaluación.

¹² El nivel 2 de comprensión lectora del Informe PISA corresponde al nivel en el que se requieren algunas tareas de localizar una o más partes de la información, establecer relaciones de comprensión o darle sentido a un texto al que le faltan algunas partes que no son importantes y por lo que el lector puede sacar pocas conclusiones. Las tareas típicas de reflexión en este nivel requieren comparaciones por parte del lector y conexiones entre el texto y el conocimiento externo, recurriendo a experiencias personales y actitudes (OCDE, 2010).

La diferencia de la calidad educativa entre el sector público y el privado es significativa: la tasa de repetición en el sector público es de nueve y seis veces superior, respectivamente, a la de la educación privada. En 2008, la tasa de deserción escolar era tres veces más alta en las escuelas públicas que en las privadas (UNESCO/IBE, 2011).

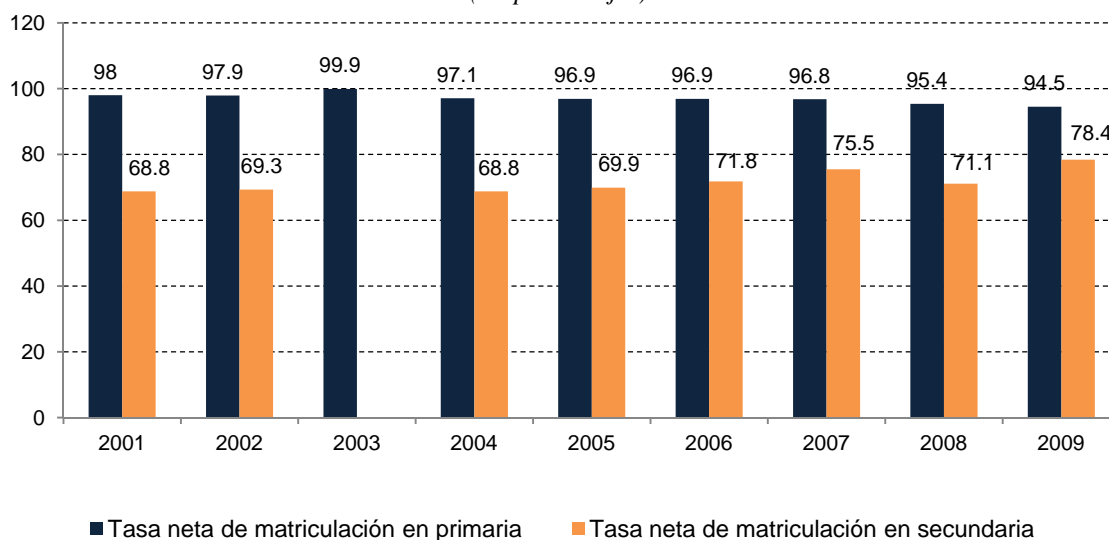
F. Cobertura del sistema educativo

Perú, junto con la Argentina y Chile, es uno de los países con mayor tasa de asistencia escolar en educación primaria y secundaria de América Latina (UNESCO/IBE, 2011). Asimismo, cuenta con una cobertura casi universal en educación primaria (94,1% de asistencia neta en 2009), aunque no en la secundaria (78,3%) (véase el gráfico 11). Desde 2005, la tasa de matrícula en primaria ha ido disminuyendo progresivamente, mientras que en la secundaria ha experimentado un aumento. En ambos casos, el mayor déficit en términos de matrícula se observa en las áreas rurales.

El abandono escolar en la educación primaria es alto, especialmente en el segundo y tercer grado, con tasas del 14,5% y 11,6%, respectivamente, para 2007. Sólo el 4% de los niños y niñas entre 0 y 2 años y el 66,2% de aquellos entre 3 y 5 asistían en 2008 a la educación inicial (UNESCO/IBE, 2011).

El sector educativo privado tiene una cobertura significativamente más importante, en particular en el nivel inicial y en la educación superior. En la educación superior, la tasa de asistencia en el sector privado alcanza el 60,6%, mientras que las universidades e institutos públicos cuentan sólo con el 39,4% de asistencia. No obstante, el sector público es aún el principal proveedor de educación en el nivel primario: en 2009, la tasa de asistencia de los alumnos de educación primaria fue del 25%, mientras que en el sector público rondaba el 75% (SITEAL, 2011).

GRÁFICO 11
TASAS NETAS DE MATRICULACIÓN EN EDUCACIÓN PRIMARIA
Y SECUNDARIA, 2001-2009
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos CEPALSTAT, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

Si bien el Perú ha realizado innumerables esfuerzos para universalizar el acceso a la educación, persisten importantes desigualdades dependiendo del ingreso del hogar de los alumnos. De acuerdo con el INEI, en 2009 el 78,8% de la población del primer quintil de ingresos entre 20 y 24 años finalizó la

educación primaria frente al 99,4% del quinto quintil; en el nivel de secundaria, esta tasa fue del 37,9% y 93,6%, respectivamente. Por último, solo el 5,4% de los alumnos del primer quintil de ingresos accedieron a la educación superior, mientras que el porcentaje del quinto quintil alcanzó el 50,7%.

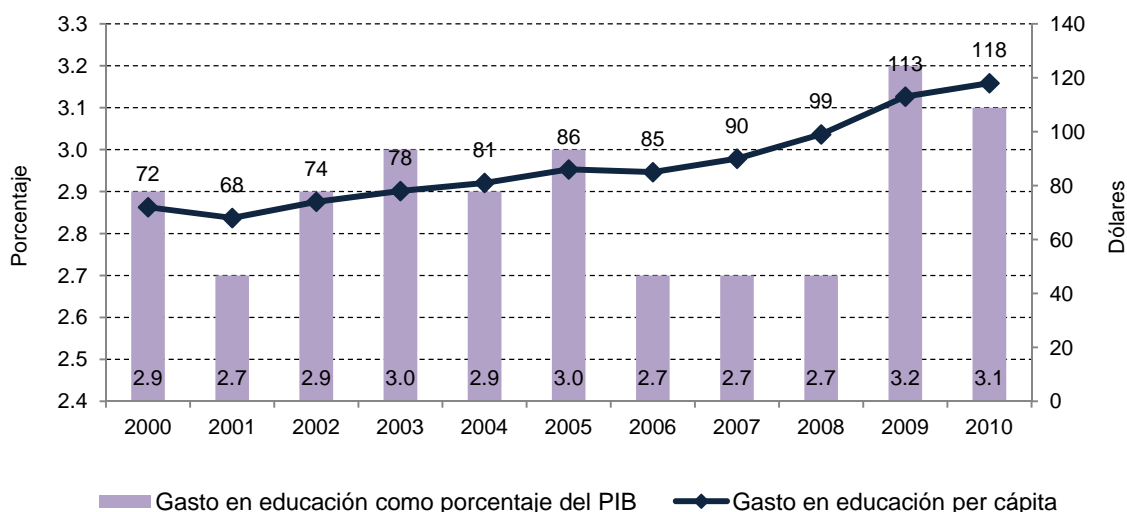
Las tasas de escolarización son bastante similares para hombres y mujeres. En 2009, la tasa de los varones alcanzaba el 94,4% en la primaria y el 78,4% en la secundaria, y la de las mujeres, 94,7% y 78,3%, respectivamente. Sin embargo, con relación a la tasa de analfabetismo los datos para 2010 indican desigualdades de género, pues esta era mayor en las mujeres (2,5%) que en los hombres (1%). Esto es consecuencia de las diferencias en las tasas de escolarización de hombres y mujeres en décadas anteriores: en 1970, el 81,3% de los hombres estaba escolarizado en educación primaria frente al 74% de las mujeres; en 1981, estas tasas fueron del 93,1% y del 89,1%, respectivamente (CEPAL, 2012b). Además, las brechas de alfabetización también dependen del origen étnico: en 2007, el 7,2% de la población peruana era analfabeta y la tasa entre los pueblos indígenas era más del doble (15,5%) (CEPAL, 2011b).

G. Gasto social en educación

La educación es el segundo sector de mayor gasto social en Perú. En los últimos diez años, el gasto en educación ha aumentado del 2,9% del PIB en 2000 al 3,1% en 2010 y, gracias a las altas tasas de crecimiento económico, el gasto per cápita creció de 72 dólares en 2000 a 118 dólares en 2010 (véase el gráfico 12).

El bajo nivel de gasto público en educación en Perú, comparado con otros países de América Latina, se traduce en agudos problemas en la calidad de la enseñanza e infraestructura. Las familias aportan el 32% del financiamiento total de la educación primaria y el 30% de la secundaria, incluso cuando se supone que estos niveles son gratuitos (Saavedra y Suarez, 2002; Calónico y Ñopo, 2007). Este hecho contribuye a acentuar las desigualdades, no solo entre las escuelas privadas y públicas, sino también dentro del propio sistema público, donde las personas más pobres no cuentan con recursos privados para financiar su educación (Vásquez, 2007).

GRÁFICO 12
EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN EDUCACIÓN, 2000-2010
(Porcentaje del PIB y dólares)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos CEPALSTAT, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

VII. La protección del empleo

Las altas tasas de informalidad laboral en el Perú, especialmente entre las mujeres tanto en áreas urbanas (68%) como rurales (92%), y en menor medida la tasa de desempleo, 12,9% entre los jóvenes de áreas urbanas, provocan serias consecuencias económicas y sociales (véase apartado II).

Los trabajadores formales están cubiertos por un seguro de desempleo, la Compensación por tiempo de servicio (CTS), que se financia con los aportes de los empleados y empleadores. Además, en el país existe un salario mínimo obligatorio que en 2012 alcanzaba los 750 soles, o 282 dólares. No obstante, estos instrumentos no están disponibles para la mayoría de los trabajadores que pertenecen al sector informal (Banco Mundial, 2010).

Como consecuencia, la Ley N° 28.015 de 2003 (conocida como Ley MYPE) intentó promover la formalización de las pequeñas y medianas empresas (PYME), mediante el establecimiento de contratos temporales de trabajo con salarios más bajos. Los trabajadores de las PYME tienen derecho a recibir el salario mínimo, tener un horario de trabajo decente, 15 días de vacaciones anuales y afiliación al seguro de salud a cargo del empleador. Sin embargo, la ley establece que la afiliación a un sistema de pensiones no es obligatoria.

En 2008 se evaluó el impacto de esa ley, demostrando que el porcentaje de trabajadores que recibía un salario mayor al mínimo estipulado no había aumentado, aunque se observó un progreso significativo en cuanto al número de trabajadores afiliados al seguro de salud (Farné, 2009). Pese a ello, el aumento de costes para las PYME se tradujo en que muchas de ellas no se registraron oficialmente con la intención de evadir estas obligaciones.

En 2008, la Ley MYPE se modificó mediante el Decreto N° 1086, que redefinió el criterio de clasificación de las pequeñas empresas¹³ y fortaleció la protección y los derechos de los trabajadores a través de seguros de salud obligatorios y cobertura de pensiones para los empleados de las PYME¹⁴. Mediante este decreto también se creó el Sistema de Pensiones Sociales (SPS) (véase el apartado III.A) para proteger a los trabajadores de las micro empresas que no estén cubiertos por ningún tipo de sistema de pensiones.

¹³ Para que una empresa sea considerada pequeña debe tener entre 1 y 100 empleados (anteriormente se exigía entre 1 y 50 empleados) e ingresos anuales de máximo 1.700 Unidades Impositivas Tributarias (UIT), equivalentes a 2,2 millones de dólares aproximadamente. Las microempresas son aquellas que tienen entre 1 y 10 empleados e ingresos máximos anuales de hasta 150 UIT (200.000 dólares, aproximadamente).

¹⁴ Las contribuciones de los empleados y empleadores se estipulan en base a la Ley N° 26790 para los seguros de salud, Decreto de Ley N° 19990 y Decreto Supremo N° 054-97-EF.

Con el objetivo de enfrentar las dificultades relativas a la situación del empleo en el país, el Gobierno del Perú también implementó programas de trabajo temporal, de empleo para jóvenes, de capacitación y productividad, como por ejemplo Trabaja Perú, Jóvenes a la obra, Vamos Perú y Mi chacra productiva.

A. El programa productivo para emergencias sociales, Trabaja Perú

El programa Trabaja Perú fue creado mediante el Decreto de Emergencia N° 130-2001 en 2001. En un principio fue llamado A Trabajar Urbano, en 2007 su nombre cambió a Construyendo Perú y en 2011 pasó a ser Trabaja Perú. Actualmente es gestionado por el Ministerio del Trabajo y de la Promoción del Empleo. Su principal objetivo es la provisión de empleo y capacitación para la población desempleada en las áreas urbanas y rurales, con especial atención en los lugares donde las tasas de pobreza y extrema pobreza son más altas. Trabaja Perú se centra principalmente en: i) creación de empleo para la población desempleada, mediante el financiamiento de proyectos de construcción y de servicios que requieren mano de obra no capacitada; ii) desarrollo de actividades de capacitación para beneficiarios del programa, con el objetivo de mejorar sus capacidades de empleo y su inserción laboral; iii) ejecución directa del programa o por medio de acuerdos de cooperación con otras entidades estatales.

Si bien el programa se destina principalmente a padres desempleados que tienen por lo menos un hijo menor de 18 años, el 25% de los beneficiarios son jóvenes entre 18 y 29 años que no tienen hijos pero que tienen a su cargo adultos mayores o menores de edad, o que están en situación de pobreza.

Entre 2006 y 2011, el programa benefició a 835.664 personas, de las cuales 380.441 encontraron un trabajo temporal y 4.393 se insertaron en el mercado laboral. El presupuesto total del programa para el período comprendido entre 2007 y 2012 fue de 218.794.344 dólares, financiado en su totalidad por el Estado.

B. Programa especial de reconversión laboral, Vamos Perú (ex Revalora Perú)

En 2009, el Gobierno del Perú creó el programa Especial de reconversión laboral, Vamos Perú, para promover el empleo de la población menos calificada y la inversión en el sector agroindustrial, textil, forestal, minero e industrial. Vamos Perú es una continuación del antiguo programa conocido como Revalora Perú. Los tres servicios principales que ofrece son: i) capacitación laboral y promoción del empleo por cuenta propia; ii) contacto entre los beneficiarios del programa y empresas que busquen personal; iii) asistencia técnica a las PYME en su reconversión laboral productiva. El programa ofrece cursos gratuitos de tres a seis semanas para los desempleados y un puesto de trabajo al finalizar la formación. Las clases se imparten en instituciones educativas públicas o privadas en las áreas de electricidad, mecánica, gestión hotelera, administración, informática, maquinaria pesada, construcción, industria alimentaria, industria textil y, desde 2010, también ofrece gastronomía y técnicas de empleo por cuenta propia.

Este programa se destina a las personas desempleadas (antiguos asalariados o trabajadores independientes) que perdieron su trabajo en el sector privado después de 2008. Si bien se centra principalmente en las regiones más afectadas por el desempleo y la pobreza, su meta es cubrir todo el país (Verdera, 2009). En 2009, el programa cubría 13 regiones (Lima, Lambayeque, Cajamarca, Piura, La Libertad, Ancash, Loreto, Ucayali, Junín, Ica, Pasco, Arequipa y Cusco).

C. Programa nacional de empleo juvenil, Jóvenes a la obra

Jóvenes a la Obra es un programa creado por el Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE) en agosto de 2011 para mejorar la formación de los jóvenes en áreas específicas de trabajo, de acuerdo con la demanda del mercado laboral. Se centra en la agronomía, comercio, construcción, industria, pesca, servicios, transporte y comunicaciones. También ofrece cursos de gestión del empleo por cuenta propia. Está destinado principalmente a los jóvenes entre 15 y 29 años que estén desempleados o vivan en situación de pobreza y extrema pobreza, tanto en áreas rurales como urbanas. En las áreas urbanas, el programa se enfoca en la capacitación e inserción laboral promoviendo el empleo asalariado y los trabajos por cuenta propia. En las áreas rurales, está más focalizado en la formación para trabajos por cuenta propia y en la promoción e implementación de actividades de desarrollo económico y productivo. En 2012, el presupuesto del programa Jóvenes a la obra era de 8.290.422 dólares y otorgaba cobertura a 12.240 personas.

D. El programa Mi chacra productiva

Mi chacra productiva se creó en 2009 y es gestionado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). Su objetivo principal es fomentar las capacidades productivas y la inclusión económica de las familias rurales que viven en situación de pobreza y extrema pobreza, con especial énfasis en los beneficiarios del programa Juntos para aumentar sus ingresos mediante su inclusión en el mercado laboral¹⁵.

Mi Chacra implementó 77 proyectos que atendieron a 6.592 familias en las áreas rurales, concretamente en las regiones andinas de Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica y Junín. En 2011 el programa tenía un presupuesto de 3.513.939 dólares.

¹⁵ El programa implementa las siguientes actividades: a) infraestructuras de riego presurizado; b) desarrollo de huertos fijos de hortalizas; c) parcela de pastos asociados d) mini parcelas para la producción de granos y tubérculos; e) agricultura y forestación; f) fertilizantes orgánicos; g) crianza de gallinas; h) crianza de cuyes; i) cocina mejorada; j) agua potable y segura (FONCODES, 2011).

VIII. Conclusiones

En la década pasada, en el Perú se sucedieron profundos cambios económicos y sociales. El país experimentó un rápido crecimiento económico que estuvo acompañado del aumento de esfuerzos en el ámbito de las políticas sociales. Desde la década de 2000, el Estado peruano ha aplicado importantes medidas innovadoras para proveer servicios sociales básicos en las áreas de salud y seguridad alimentaria, educación y vivienda. También se hicieron esfuerzos para desarrollar y ampliar los programas de reducción de la pobreza, como Juntos, así como las pensiones sociales no contributivas para los adultos mayores que viven en situación de pobreza.

Perú ha logrado buenos resultados en términos de reducción de pobreza y, en menor medida, en desigualdad de ingresos, aun cuando la brecha en este punto aún es acentuada, así como en la ampliación de los servicios de salud y educación. El acceso a los servicios públicos de salud ha mejorado gracias a la ejecución del seguro de salud público gratuito (SIS). Las tasas de escolarización en la educación primaria y secundaria han mejorado notablemente desde los años setenta y hoy presentan niveles bastante altos, en particular en el nivel educativo primario.

No obstante, la magnitud de la informalidad laboral y las diferencias geográficas continúan provocando brechas en el acceso a las prestaciones sociales y a la protección social en el Perú. Los servicios públicos aún sufren la carencia de financiamiento adecuado y siguen ofreciendo una calidad mediocre, sobre todo si se los compara con los servicios prestados por el sector privado. El SIS solo ofrece atención básica de salud con una calidad deficiente en cuanto a tiempo de espera, atención médica y acceso, especialmente en las áreas rurales; en tanto, el sector contributivo, en particular EsSalud, ofrece una atención de salud de calidad. Cabe hacer una observación parecida con respecto a la educación pública, que presenta deficiencias de calidad tal y como refleja el informe PISA para 2009, mientras que el sector privado muestra mejores resultados. Además, los servicios sociales públicos básicos tienen una cobertura baja en las áreas rurales, que son las más pobres.

Si bien se han observado mejoras en los indicadores sociales de pobreza y desigualdad de ingresos, esto no significa necesariamente que el Perú haya superado todos los desafíos en términos de protección social, en especial aquellos que garantizan el acceso universal a los servicios públicos y mejoran la calidad de los servicios.

Bibliografía

- Banco Mundial (2010), *El mercado laboral Peruano durante el auge y caída*, informe, N° 50915-PE [en línea] http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/02/18/000020953_20110218134848/Rendered/PDF/509150P11324801durante1auge1y1caida.pdf.
- Benavides, M., M. Mena y C. Ponce (2010), *Estado de la Niñez Indígena en el Perú*, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) [en línea] http://www.unicef.org/peru/spanish/ENI_2010.pdf.
- Calónico, S. y H. Ñopo (2007), “Retornos a la educación privada en el Perú”, documento de trabajo, N° 603, Banco Interamericano de Desarrollo (IBID) [en línea] http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubWP-603_esp.pdf.
- Carvajal, M. (2004), Perfil de proyecto. Programa Especial de Seguridad Alimentaria del Perú: estrategia de intervención y gestión, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)/Comunidad Andina de las Naciones (CAN) [en línea] http://www.comunidadandina.org/rural/doc_seguridad/proyperu.pdf.
- Cecchini, S. y A. Madariaga (2011), *Programas de transferencias condicionadas: balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe* (LC/G.2497-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.11.II.G.55.
- Cecchini, S. y R. Martínez (2011), *Protección social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos* (LC/G.2488-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.11.II.G.23.
- Clausen, M. y B. Zacharías (2008), “¿Por un mundo sin pobreza? Estrategias para el sistema de pensiones en el Perú”, *Statistics in Focus: Population y Social Conditions*, N° 102, Mattonetti Maria Liviana (ed.), International Social Security Association (ISSA), [en línea] http://www.ciss.org.mx/pdf/editorial/258/258_03.pdf.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2012a), *Panorama Social de América Latina 2011* (LC/G.2514-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.12.II.G.6.
- _____ (2012b), Bases de datos y publicaciones estadísticas CEPALSTAT [en línea] <http://websie.CEPAL.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.
- _____ (2011a), *Estudio económico de América Latina y el Caribe 2010-2011* (LC/G.2506-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.11.II.G.3.

- _____ (2011b), *Atlas sociodemográfico de los pueblos indígenas del Perú* (LC/R.2176), CELADE – División de Población, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- _____ (2011c), “Programas de transferencias condicionadas: base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe” [en línea] <http://dds.cepal.org/bdptc/>.
- _____ (2009), *Estudio económico de América Latina y el Caribe 2008-2009* (LC/G.2410-P), Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.09.II.G.2.
- Farné, S. (2009), “Políticas activas del mercado de trabajo en Colombia, México y Perú”, *series Macroeconomía del desarrollo*, N° 96, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile.
- Francke, P. y A. Mendoza (2006), “Perú: Programa Juntos”, *Transferencias con corresponsabilidad, una mirada latinoamericana*, E. Cohen y R. Franco (eds.); Ciudad de México, FLACSO-México (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales).
- FONCODES (Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social) (2011), “Estudio de evaluación final del proyecto especial de desarrollo de capacidades de la familia rural denominado Mi chacra productiva”, julio.
- Gamero Requena, J. y G. Carrasco (2011), Trabajo informal y políticas de protección social: fortaleciendo la voz de los trabajadores informales en las decisiones de política social en América Latina, Proyecto WIEGO-CIES Perú, Comunidad Andina de las Naciones (CAM).
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) (2007) Censo Nacional de Población y Vivienda [online]: <http://desa.inei.gob.pe/censos2007/tabulados/?id=ResultadosCensales>.
- Martínez, R. y M.P. Collinao (2010), “El gasto social en El Salvador, el Paraguay y el Perú”, *serie Políticas Sociales*, N° 158, (LC/L.3196-P), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Agencia Alemana de Cooperación Internacional (GTZ), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.10.II.G.12.
- Martínez, R. y A. Fernández (2009), “El costo del hambre. Impacto social y económico de la desnutrición infantil en el Estado Plurinacional de Bolivia, el Ecuador, Paraguay y el Perú”, *Documento de proyecto* (LC/W.260), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Programa Mundial de Alimentos (WFP).
- Matos Mar, J. (1986), “Desborde popular y crisis del Estado”, *Perú Problemas* 21, Lima, Instituto de Estudios Peruanos.
- Mendoza, W., J. Leyva y J.L. Flor (2011), “La distribución del ingreso en el Perú: 1980-2010”, *Pobreza urbana en Latinoamérica*, N° 15 vol. 9.
- Mesa-Lago, C. (2005), Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social, Documentos de proyecto (LC/W.63), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Ministerio de Economía y Finanzas (2004), Plan de Acción de los sistemas de pensiones en Perú, 2004-2008 [en línea]: http://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/plan_acciones_2004_2008.pdf.
- Ministerio de Educación (2008), Censo escolar [en línea] <http://escale.minedu.gob.pe/censo-escolar>.
- Ministerio de Salud (2012a), Base de datos estadísticos [en línea] <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=2>.
- _____ (2012b), “Sistema de salud en Perú”, *Sistemas de salud en Suramérica, desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*; Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, UNASUR, mayo de 2012.
- Mora, C. (2006), *Plan para los Pueblos Indígenas*, Banco Mundial, Parsalud II [en línea] <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/485/PlanPueblosIndigenas.pdf>.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2010), PISA 2009 Results: Overcoming Social Background: Equity in Learning Opportunities and Outcomes, Volume II [en línea] <http://www.oecd.org/pisa/pisaproducts/pisa2009/pisa2009resultsovercomingsocialbackgroundequityinlearningopportunitiesandoutcomesvolumeii.htm>.
- Oficina de Normalización Previsional (2012) [en línea]: <http://www.onp.gob.pe/inicio.do>.
- Perova, E. y R. Vakis (2009), *Welfare Impacts of the "Juntos" Program in Perú: Evidence From a Non-experimental Evaluation*, Banco Mundial, Marzo.

- Saavedra J, y Suarez P. (2002), Equidad en el gasto social: el caso de la educación pública y privada; Consorcio de Investigación Económica [en línea]: <http://www.grade.org.pe/download/docs/JS-PS-Equidad%20Gasto%20Social.PDF>.
- Sánchez, A. y M. Jaramillo (2012), “Impacto del programa Juntos sobre nutrición temprana”, documento de trabajo, N° 2012-001, Banco Central de Reserva del Perú [en línea] <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Documentos-de-Trabajo/2012/documento-de-trabajo-01-2012.pdf>.
- Schady, N. (2000), "The Political Economy of Expenditures by the Peruvian Social Fund (FONCODES), 1991-95", *The American Political Science Review*, vol. 94 N° 2, junio.
- SITEAL (Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina) (2011), Cobertura relativa de la educación pública y privada en América Latina, Dato Destacado 23 [En línea] http://www.siteal.iipe-oei.org/sites/default/files/siteal_dato_destacado_sector_de_gestion_2011_0906.pdf.
- Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (2012) [en línea]: <http://www.sbs.gob.pe/0/home.aspx>.
- Trivelli, C. (dir) (2012), MIDIS 100 días, Rendición de cuentas y lineamientos básicos de la política de desarrollo e inclusión social. Enero de 2012.
- UNESCO/IBE (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura/Oficina Internacional de Educación) (2011), Datos Mundiales de la Educación.
- Vásquez, E. (2007), *Análisis de las garantías sociales en educación, salud y alimentación en el Perú*, Lima, Universidad del Pacífico.
- Verdera, F (2009), “Programa especial de reconversión laboral Revalor Perú” [en línea] <http://www.oit.org.pe/2/wp-content/uploads/2009/10/09-Peru-esp.pdf>.
- Vidal, A. (2010), “Los sistemas de pensiones en el Perú”, *Envejecimiento en América Latina, sistemas de pensiones y protección social integral*, A. Prado y A. Sojo (eds.), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, noviembre.
- Vidal, A., F. Cuadros y C. Sánchez (2012), “Flexibilización laboral en el Perú y reformas de la protección social asociadas: un balance tras 20 años”, *serie Políticas Sociales*, N° 175, (LC/L.3444), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Agencia Alemana de Cooperación Internacional (GTZ).

Este informe es parte de una serie de estudios de casos nacionales cuyo propósito es difundir el conocimiento sobre la situación actual de los sistemas de protección social en los países de América Latina y el Caribe, así como discutir sus principales desafíos en términos de la realización de los derechos económicos y sociales de la población y el logro de objetivos de desarrollo claves, tales como la superación de la pobreza y el hambre.

La protección social ha surgido en años recientes como un eje conceptual que busca integrar una variedad de acciones orientadas a construir sociedades más justas e inclusivas, y a garantizar niveles mínimos de vida para todos. En particular, la protección social es vista como un mecanismo fundamental para contribuir a la plena realización de los derechos económicos y sociales de la población –a la seguridad social, el trabajo, la protección de niveles de vida adecuados para los individuos y las familias, así como al disfrute del nivel más alto de bienestar físico y mental y a la educación.

Con diferencias que se deben a su historia y nivel de desarrollo, varios países de América Latina y el Caribe han adoptado medidas innovadoras para establecer estas garantías, mediante la implementación de diferentes tipos de transferencias –que incluyen los programas de transferencias condicionadas y las pensiones sociales– y la extensión de la protección en salud. Sin embargo, uno de los desafíos más importantes que enfrentan los países de la región es integrar las distintas iniciativas en sistemas de protección social que aseguren la coordinación de varios programas, así como de las instituciones del Estado que están a cargo de su diseño, financiación, implementación, regulación, monitoreo y evaluación, permitiendo lograr impactos positivos sobre las condiciones de vida de la población.



Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)
www.cepal.org



dds.cepal.org/proteccionsocial