

## Pensiones de hambre, atención precaria de la salud



Las políticas neoliberales de la década de 1990 promovieron la privatización de la gestión de la seguridad social. Las y los trabajadores que optan por un fondo privado no pueden regresar al Fondo Público de Pensiones y las compañías aseguradoras no ofrecen garantías sobre los aportes entregados en caso de quiebra. Las pensiones de jubilación son paupérrimas, no existe seguro de desempleo y el sector informal está desprotegido. No hay un sistema unificado de salud y la atención médica pública enfrenta carencias presupuestales.

Centro de Estudios para el Desarrollo y la Participación  
Héctor Béjar

Los fondos de pensiones y los fondos de los sistemas de salud operan separadamente en Perú. Los primeros se organizan en un Sistema Nacional de Pensiones y un sistema privado integrado por las Administradoras de Fondos de Pensiones, creadas en la década de 1990 bajo el programa neoliberal.

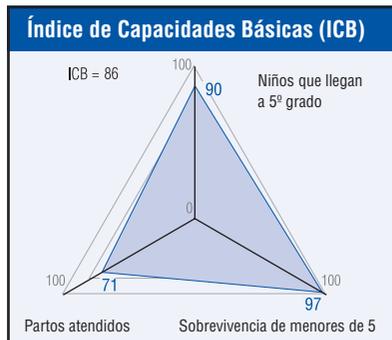
### Escaso número de asegurados

El sistema previsional peruano tiene tres regímenes: el Sistema Nacional de Pensiones (SNP), el Régimen de Pensiones y Compensaciones por Servicios Civiles al Estado (régimen denominado Cédula Viva) y el Sistema Privado de Pensiones (SPP).

El SNP es un régimen previsional de reparto, con un fondo común e intangible que se rige por el principio de solidaridad. La tasa de aporte del trabajador al fondo de pensiones es 13% de su remuneración mensual. El Estado fija topes al monto de las pensiones percibidas en este régimen, que oscilan entre un mínimo de PEN 415 (USD 130) para los pensionistas de invalidez y jubilación con 20 años o más de aportaciones y un máximo de PEN 857 (USD 267) para todos los pensionistas. En 2005, la pensión promedio mensual considerando todo tipo de prestación, fue de PEN 461.81 (USD 144) lo que significó un incremento de 93% entre 1997 y 2006 (ONP, 2006). Hay 1.154.000 trabajadores activos y 448.413 pensionistas en este régimen, alcanzando un total de 1.602.000 afiliados.

El proceso de privatización de fondos de pensiones desplazó afiliados al SPP y ha determinado que los nuevos trabajadores sean afiliados al sistema de capitalización individual. El Tesoro Público financia 72,5% de la planilla anual del SNP (PEN 2.785 millones o USD 899,9 millones). Las obligaciones provisionales ascendieron aproximadamente a PEN 8.470 millones (USD 2.737 millones), lo que equivale a 13,7% del Presupuesto Público de 2007.

Dado que la economía informal tiene una alta proporción de trabajadores por cuenta propia y familiares que trabajan en microempresas sin remuneración, el crecimiento del número de afiliados activos ha sido muy lento en el SNP. Según un estudio del Banco Mundial (2004), la cobertura del SNP se redujo de 15% a 13% de la fuerza de trabajo.



Mientras tanto, en la economía formal prevalecen altos índices de evasión y elusión en el sector agrícola moderno, los servicios financieros e incluso el sector público, que no cumple con asegurar a sus trabajadores.

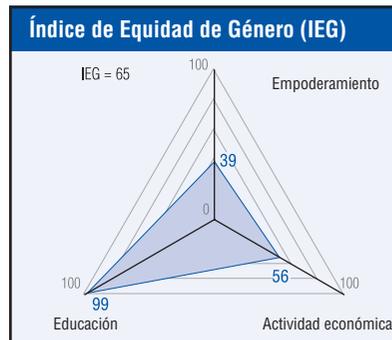
### Privatización y debilitamiento del sistema público

En los años siguientes a la década de reformas de 1970, el Estado usó arbitraria e ilegalmente los fondos del sistema de pensiones y del Seguro Social para pagar a empleados públicos e incluso para realizar obras públicas. Esto quebró el Fondo de Pensiones.

Cuando se reformó el SNP en los años 1990, la persona asegurada debió optar entre permanecer en el sistema público de reparto del SNP o afiliarse al recién creado SPP de capitalización individual. Las decisiones políticas y legislativas del Estado se orientaron a debilitar el sistema público. Como consecuencia de medidas legislativas diseñadas con propósito privatista, afiliarse al SPP es mucho más sencillo que al SNP y es posible trasladarse del SNP al SPP, pero (salvo excepciones difíciles de probar) el movimiento inverso resulta imposible.

También se otorgó una serie de beneficios a los trabajadores que se pasaran del sistema público al sistema privado, se rebajó la tasa de aportación al SPP y se elevó la del SNP y también se aumentó la edad de jubilación en el sistema nacional para equipararla a la del sistema privado.

Ante la creciente protesta y presión de los integrantes de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) para salir del sistema, una reciente ley estableció que podrán desafiliarse de una AFP y retornar al SNP sólo quienes hayan ingresado antes del 31 de diciembre de 1995 y al momento de hacer



efectiva la desafiliación les corresponda una pensión de jubilación en el SNP.

Hasta antes de la privatización, la gestión de la seguridad social estaba a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). La reforma lo desdobló en dos entidades, una para la gestión del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y otra de gestión del régimen público de pensiones, denominada Oficina de Normalización Previsional (ONP). Este cambio significó la pérdida de la unidad y la autonomía del sistema.

Una de las primeras medidas del gobierno de Alberto Fujimori fue transferir el Fondo de Pensiones que formaba parte del IPSS a las AFP mientras el Estado asumía a los pensionistas. En diciembre de 1992 se aprobó el Decreto Legislativo 25897 y en 1993 empezó a funcionar el sistema luego de una intensa campaña publicitaria pagada por el Estado. El gobierno promovió abiertamente el modelo mediante una serie de disposiciones legales y administrativas. Se estableció que las pensiones de quienes se quedaran en el sistema público serían asumidas por el Estado con fondos del Tesoro Público. Las AFP que se formaron pertenecían a los grupos bancarios más poderosos del país.

### Fondos sin garantías

El sistema consiste en que el trabajador debe elegir entre el Fondo de Pensiones y las AFP. Una vez hecha la elección puede cambiarse de AFP pero ya no puede regresar al Fondo de Pensiones. El trabajador cotiza obligatoriamente a la AFP un porcentaje de su sueldo y su dinero es usado para comprar acciones de algunos monopolios existentes en el país. Es informado mensualmente del destino de su dinero pero no tiene participación alguna en la toma de decisiones ni en la propiedad de la empresa administradora.

Arbitrariamente, el Estado fijó la cantidad de PEN 40.000 (USD 15.000) como suma máxima en bonos de reconocimiento equivalente a la cantidad de dinero que los trabajadores que se jubilan aportaron durante su vida al Fondo de Pensiones. Cuando el trabajador o la trabajadora que se jubila ha pertenecido al Fondo, esta suma es entregada por el Estado a la AFP y ésta percibe a su vez las cotizaciones de los afiliados hasta la jubilación de los mismos. Una vez que elige la compañía de rentas vitalicias, el pensionista no puede cambiarla hasta su muerte. La compañía aseguradora no ofrece ninguna garantía sobre el manejo de los fondos que se le han entregado, excepto las reservas que debe hacer por ley, que no constituyen necesariamente un respaldo de las pensiones para su devolución a los ahorristas en caso de que la empresa quiebre.

En abril de 2007 las AFP tenían 3.957.743 afiliados y administraban una cartera total de unos PEN 58.000 millones (USD 18.500 millones)<sup>1</sup>.

Mientras tanto, a diciembre de 2005, menos de 50% de afiliados del SPP realizaban aportes y la tendencia revela una reducción de aportantes en relación al número de afiliados, pasando de 1.336.383 cotizantes y 3.192.503 afiliados en 2003 a 1.396.534 y 3.882.185 en 2006 respectivamente (SBS, 2006).

A la vez, las interrupciones en el pago de los aportes son frecuentes por diversas razones, entre ellas dificultades financieras de las empresas, evasión de los empleadores y retención indebida.

### La falta de un sistema integrado de salud

El Ministerio de Salud (MINSA) es la entidad pública rectora. No hay un sistema de salud en sentido estricto si por él se entiende un conjunto de instituciones que trabajan articuladamente de acuerdo con objetivos preestablecidos. Existen instituciones diversas que operan a partir del sector público o de la seguridad social, entre ellas el propio MINSA con su red de centros y puestos de salud, ESSALUD (servicios para fuerzas armadas y policiales), el Seguro Integral de Salud (SIS) y los servicios de salud de los gobiernos locales, incluyendo los Hospitales de la Solidaridad de la Municipalidad de Lima.

Al financiamiento de estas instituciones convergen el Estado, los asegurados y los y las pacientes. En 2000, los hogares financiaban 37,3% de la salud, los empleadores 35% y el Estado 24% (MINSA/OPS, 2006).

El sistema de seguridad social en salud se limita a 20% de la población. Otro 17%, el de la población extremadamente pobre, es atendido precariamente por el reciente SIS.

## Inseguridad social

### Sin seguro de desempleo

En 1991 un decreto de ley creó la Compensación por Tiempo de Servicios (CTS), que obligó a las personas trabajadoras a depositar periódicamente en una cuenta de ahorros abierta en un banco de su elección los montos correspondientes a este rubro. El CTS buscó operar como seguro de desempleo, pero las sumas depositadas eran muy reducidas. Además, poco tiempo después, como parte de un paquete de medidas para reactivar la economía se decidió permitir a los trabajadores disponer de la mitad de esas cantidades. La pretensión de mantener intacto ese ahorro para cubrir el desempleo resultó todavía más discutible.

### Infancia y juventud sin apoyo público

No existe un sistema de protección para niños y niñas, jóvenes y adultos mayores. Sólo en 2005 hubo un precario y limitado plan del SIS que cubrió a dos millones de niños entre 0 y 4 años y a 3,9 millones entre 5 a 17 años. Tanto el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010 como el Plan Nacional de Juventud 2006-2011 y la Política Nacional de Juventudes carecen de financiación.

### Sector informal desprotegido

Las personas que participan de la economía informal están desprotegidas. Dado que más de 70% de la población no tiene acceso a la seguridad social, el gobierno creó en 2000 el SIS dirigido a menores de 0 a 4 años, de 5 a 17 años, mujeres gestantes, adultos en emergencia y adultos focalizados. Si bien su objetivo no es el sector denominado informal, los trabajadores o microempresarios no asegurados pueden usarlo si residen en áreas geográficas consideradas de pobreza extrema por el SIS según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática. En realidad la mayor parte de las prestaciones del SIS están dirigidas a mujeres gestantes y niños.

El SIS atendió en 2006 a 4.620.000 personas, en su mayor parte niños menores de 17 años y mujeres gestantes, pero enfrentó serios problemas de financiamiento pues opera mediante un sistema de devolución de dinero por las consultas realizadas en los hospitales del Estado integrantes del programa y pues sus fondos proceden del Tesoro Público.

### Asistencia financiera a la pobreza extrema

La distribución de leche y alimentos llega a unos 6 millones de familias, en una población de 28 millones. Desde 1990 un gran número de programas sociales han estado dirigidos a las personas que viven debajo de la línea de pobreza. Figuran entre los más importantes el Vaso de leche para niños y niñas menores de 7 años y la contribución del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria a los comedores populares, consistentes no en apoyo financiero sino en ayuda alimentaria.

Según el gobierno existen 80 programas sociales de diversos tipos que serán unificados en 20 mediante un proceso de descentralización.

A su vez, el gobierno ha fijado como meta reducir la actual desnutrición crónica de los menores de cinco años del promedio nacional de 25% a 20% para 2011<sup>2</sup>.

En 2005 el gobierno creó el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres o Programa Juntos. Diseñado a partir del Programa Oportunidades de México, entrega un incentivo de PEN 100 mensuales (USD 1 diario) de uso libre a las mujeres y familias más pobres del país. A cambio, el programa se asegura de que ellas mismas y sus hijos e hijas tengan el DNI o documento nacional de identidad, se realicen controles pre y post natales, vacunaciones, control del crecimiento y desarrollo, reciban el suplemento nutritivo proporcionado por el Ministerio de Salud, asistan y permanezcan en la escuela y reciban agua segura (potable o hervida). Es decir, "Salud, Educación, Nutrición e Identidad".

Juntos actúa en 638 distritos situados en áreas rurales donde existe pobreza extrema y también asiste a familias afectadas por la violencia, cuya lista fue elaborada por el Ministerio de Economía y Finanzas. Favorece a 250.000 unidades beneficiarias.

La unidad beneficiaria (UB) es un grupo familiar que habita un hogar constituido en forma permanente en una vivienda, con menores de hasta 14 años y/o madres gestantes, aunque en 2007 el gobierno anunció que reenfocherà el programa a menores de cinco años. La representante de la UB es la mujer madre o gestante de mayor edad del hogar con hijos en cumplimiento de los compromisos con el programa. La duración de los compromisos es de cuatro años ampliables a otros cuatro con valor decreciente mediante convenios anuales renovables. En 2007 el programa llegará a 250.000 familias con un monto de PEN 400 millones (USD 125 millones). ■

## Referencias

- Banco Mundial (2004). "Peru: Restoring the Multiple Pillars of Old Age Income Security". Informe N° 27618. Washington D. C.: Banco Mundial.
- MINSA/OPS (Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud) (2004). *Perú: Cuentas Nacionales de Salud: 1995-2000*. Oficina General de Estadística e Informática. Oficina General de Planeamiento Estratégico. Lima: MINSA.
- ONP (Oficina de Normalización Previsional) (2006). Sección de Información General / Estadísticas (en línea). Disponible en: <www.onp.gob.pe/inicio.do>.
- SBS (Superintendencia de la Banca y Seguros y AFP) (2006). Boletín Informativo Mensual. Diciembre 2006 (en línea). Disponible en: <www.sbs.gob.pe/PortalSbs/boletin/BoletinSPP/defaultbk.htm>.

1 <www.sbs.gob.pe/PortalSbs/estadistica/index.htm>

2 <www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresNac/download/estadodesalud339.htm>