

**SEGURIDAD SOCIAL Y POBREZA EN EL PERU: una aproximación**

**Francisco Verdera V.**

**DOCUMENTO DE TRABAJO N°84**

*IEP Instituto de Estudios Peruanos*

*Documento de trabajo N°84 Serie Economía*

**SEGURIDAD SOCIAL Y  
POBREZA EN EL PERU,  
una aproximación\***

**Francisco Verdera V.\*\***

**DOCUMENTO DE TRABAJO N° 84**

\* Versión corregida del texto publicado en Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo Latinoamericano (CIEDLA), *La seguridad social en América Latina: seis experiencias diferentes*. Buenos Aires: CIEDLA-Konrad Adenauer, 1996. Agradezco al CIEDLA y la Fundación Konrad Adenauer por la autorización para publicar este documento.

\*\* Investigador del Instituto de Estudios Peruanos. Agradezco la valiosa colaboración de William Sánchez Aybar en la preparación de este documento y a Aída Nagata por su trabajo de edición.

Serie: Economía 28

© IEP ediciones  
Horacio Urteaga 694, Lima 11  
☎ 432-3070 / 424-4856  
Fax [51 1] 432-4981  
E-mail: iepedit@iep.org.pe

ISSN 1022-0356 (Documento de Trabajo IEP)  
ISSN 1022-0399 (Serie Economía)

Impreso en el Perú  
Mayo de 1997

VERDERA V., Francisco

Seguridad social y pobreza en el Perú: una aproximación.-- Lima:  
IEP, 1997.-- (Documento de Trabajo, 84. Serie: Economía, 28).

POLÍTICA SOCIAL/POBREZA/SISTEMAS DE PREVISIÓN SOCIAL/  
SERVICIOS DE SALUD/GASTOS SOCIALES/PENSIONES DE JUBI-  
LACIÓN/SISTEMAS DE JUBILACIÓN/SEGURIDAD SOCIAL/PERÚ/

WD/03.01.02/E/28

## CONTENIDO

Lista de cuadros	
INTRODUCCION	5
1. PROTECCIÓN SOCIAL Y POLÍTICA SOCIAL	6
2. CONTEXTO DE CAMBIO	
a. Evolución reciente de la economía peruana	8
b. Tendencias demográficas	10
c. Empleo e ingresos	12
d. Aumento de la pobreza	14
e. El gasto público social	18
3. LA PROTECCION SOCIAL EN EL PERU	
a. Evolución institucional	21
b. Áreas principales	23
c. Visión y evaluación global	23
d. Seguridad social y pobreza	29
4. SISTEMAS DE PENSIONES	
a. Descripción	31
b. Cobertura	36
c. Distribución del ingreso de los asegurados	43
d. Privatización y sus efectos	46
5. SISTEMAS DE SALUD	
a. Descripción	52
b. Cobertura, gasto y calidad	56
c. Debate sobre la privatización y sus efectos	62
6. PROGRAMAS DE ASISTENCIA	
a. Política social	64
b. Programas sociales	67
7. CONCLUSIONES	71
REFERENCIAS	73

## Lista de cuadros

1. Evolución de la economía peruana 1981-1995: principales indicadores	9
2. Perú: Indicadores demográficos, 1981-1993	11
3. Perú: Evolución de la situación ocupacional por sexo, 1981 y 1993	13
4. Lima: Evolución y composición del empleo: 1987-1995	15
5. Evolución de las mediciones de pobreza, 1985, 1991 y 1994	17
6. Perú: Evolución de los indicadores de pobreza por áreas geográficas, 1985-1994	17
7. Perú: Evolución del gasto público social real, 1970-1992	20
8. Perú: Seguridad Social, evolución institucional	22
9. Perú: Áreas del sistema público de Seguridad Social en 1995	24
10. IPSS: Indicadores de gasto, administración y servicios, 1985-1992	27
11. Perú: Resumen de operaciones del IPSS, 1980-1994	28
12. Lima: Distribución de la PEA ocupada asalariada y no asalariada según condición de pobreza y de asegurado al Sistema de Pensiones, 1987-1993	30
13. Perú: Población asegurada por el IPSS, 1984-1992	37
14. Perú: Composición de la población protegida por el IPSS, según tipo de asegurado, 1984-1992	39
15. Perú: Población total, población económicamente activa y población asegurada, por departamentos según porcentaje de población asegurada, 1993	40
16. Perú: Población pensionista del IPSS, según leyes y riesgos, 1980-1995	42
17. Lima: PEA ocupada asalariada según condición de asegurado por quintiles de ingresos, 1987-1994	44
18. Lima: Ratio entre el ingreso por quintil y el ingreso promedio de la PEA asalariada ocupada según condición de asegurado, 1987-1993	45
19. Lima Metropolitana: PEA asalariada ocupada sujeta a seguro de pensiones, según sexo, 1987-1994	50
20. Perú: Afiliados al Sistema Privado de Pensiones por sexo y grupos de edad	51
21. Gasto en salud pública del Ministerio de Salud y el IPSS, 1985-1993	57
22. Perú: Prestaciones de servicios del MINSA y el IPSS según principales servicios, 1984-1991	60
23. Lima: PEA asalariada ocupada sujeta a seguro de prestaciones de salud, según sexo, 1992-1994	61
24. Perú: Presupuesto del gasto destinado al sector social y a programas de alivio a la extrema pobreza, 1994-1994	66
25. Perú: Gasto social directo por programas, 1993-1994	70
26. FONCODES: Distribución de la inversión social por tipo de proyectos, 1991-1994	70

## INTRODUCCION

El propósito de este informe es evaluar en qué medida la seguridad social contribuye al alivio de la pobreza en el Perú, esto es, al aumento del bienestar de la población y a la mayor equidad en la distribución de los ingresos.<sup>1</sup> Siguiendo la filosofía de la OIT, partimos de la noción de seguridad social en un sentido amplio, es decir, entendida como la protección social que brinda el Estado al conjunto de la población.<sup>2</sup> En consecuencia, la seguridad social comprenderá los sistemas públicos de pensiones y de salud, los demás programas de previsión social y los de asistencia social.<sup>3</sup>

La relevancia de esta evaluación radica, de una parte, en la necesidad de analizar el impacto de la crisis económica de 1989 a 1993 sobre el grado de protección social de la población y, de otra parte, en la urgencia de empezar a analizar los efectos de la reforma de la seguridad social en marcha desde 1993 sobre el bienestar de los trabajadores.

En el Perú se ha producido un agravamiento y extensión de la pobreza como consecuencia de la crisis económica -que se expresó en los procesos de hiperinflación y recesión vividos entre 1988 y 1990- y de las reformas estructurales desde 1990, incluyendo entre ellas el cambio de las funciones del Estado. Por tanto, al impacto adverso sobre el bienestar de la población de diversos factores, como el crecimiento demográfico, la falta de empleos adecuados y la incapacidad del Estado para atender las crecientes necesidades de protección social, se suman, el mayor empobrecimiento derivado de la crisis y del ajuste estructural, así como los efectos de la reciente reestructuración del Estado. Mientras que el empobrecimiento de la población se traduce en el aumento de la demanda de prestaciones sociales y de transferencias de ingresos, se reduce al mismo tiempo la capacidad institucional y financiera del Estado para atenderlas.

Entre las dificultades que enfrenta el análisis de las relaciones entre seguridad social y pobreza debemos mencionar, en primer lugar, la falta de información básica sobre seguridad social, por ejemplo, sobre el monto de la deuda del Estado con la seguridad social o el destino de los recursos captados

1. "...los 'temas' de la política social en cualquier país moderno son la equidad y el bienestar" (Anderson 1994:296).

2. Tal como se define en el Convenio 157 de la OIT de 1982, Sobre el establecimiento de un sistema internacional para la conservación de los derechos en materia de seguridad social. Normalmente se concibe a la seguridad social de manera restringida) limitándola al sistema de seguridad social semiestatal que comprende solamente los regímenes de pensiones y de prestaciones de salud para los asegurados al sistema.

3. "El término 'seguridad social' se usa en...un sentido amplio incluyendo pensiones) protección a la maternidad, y contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) subsidios familiares) auxilio al desempleo y otros tipos semejantes de protección" (Mesa Lago 1973:45 n. 1).

durante años por ella.<sup>4</sup> La información disponible se encuentra dispersa, atrasada y no es confiable. En segundo término, la discusión sobre la seguridad social -en gran medida por la falta de información- resulta superficial o repite lugares comunes, entre los que predominan críticas y defensas ligeras de los partidarios de la privatización y de los que querrían mantener el *statu quo*, respectivamente.

El contenido de este informe es el siguiente. En la sección 1 formulamos algunas consideraciones sobre la relación entre seguridad social y la política social. La sección 2 se ocupa de situar el análisis en el contexto del país. El impacto de la crisis económica en términos de la extensión de la pobreza y la crisis fiscal condicionarán la evaluación de la protección social. La Sección 3 presenta una descripción y evaluación global de la protección social. Las secciones 4 y 5 tratan de los sistemas de pensiones y de salud, respectivamente, discutiendo su privatización. La sección 6 describe y evalúa los actuales programas de asistencia social. Finalmente, la sección 7 reúne las conclusiones.

## 1. PROTECCION SOCIAL Y POLITICA SOCIAL

6 Desde el punto de vista de la teoría económica se argumenta a favor de la seguridad social pública afirmando que existen fallas que impiden que el mercado privado de seguros produzca niveles de seguros eficientes. Se cita, como ejemplos, el elevado costo de la información en un mercado competitivo y la imposibilidad de atender contingencias como el desempleo masivo. Además, es deseable lograr una mayor equidad en la distribución de ingreso a través de su redistribución. El riesgo de eventos no deseables y una extendida aversión al riesgo se expresan en una gran demanda por seguridad contra pérdidas de ingresos por enfermedad, accidentes o desempleo. Ni el seguro privado excluyente ni la opción del autoseguro serán adecuados cuando los costos de un evento desafortunado son grandes o cuando los individuos tienen alta aversión al riesgo (Adnett 1989:241-243).

La OIT en sus Convenios No. 102 (1952) y 157 (1982) recoge esta concepción de seguridad social, al definirla por extensión, abarcando nueve ramas, una de asistencia médica y ocho de prestaciones por los siguientes motivos: económicas de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, supervivencia, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, por desempleo y a familiares.<sup>5</sup> El Convenio No. 157 señala que las categorías de personas protegidas por las disposiciones de la seguridad social deberán comprender por lo menos a los trabajadores asalariados, incluidos, dado el caso, los trabajadores

4. "Nuestro Estado tendría además que reconocer más claramente el derecho de los ciudadanos a tener amplio acceso a la información producida por el Estado mismo... Los derechos ciudadanos incluyen el acceso al conocimiento sobre la aplicación de la política social y sobre las fuentes que utiliza el Estado con el propósito de guiar su toma de decisiones" (Anderson 1994:352).

5. OIT. Convenio 157 (1982). Artículo 2, párrafo 1.

fronterizos y de temporada, así como los miembros de su familia y supervivientes. 6 Los Estados deberán favorecer el desarrollo de servicios sociales para asistir a las personas amparadas por este Convenio y facilitar su admisión al disfrute de las prestaciones y al ejercicio eventual de sus derechos de recursos, así como para fomentar su bienestar personal y familiar (Art. 14). Finalmente, un Estado cumple el Convenio cuando garantiza el pago de las prestaciones según un monto apreciable a todos los beneficiarios (Art. 17, pár. 2, inc. a).

Además de este reciente Convenio, la OIT ha adoptado una serie de convenios sobre seguridad social a lo largo de su historia. Estos son los casos de los convenios sobre seguros de vejez (núm. 35) y de invalidez (núm. 37 y 38) en 1933, del Convenio 102 de 1952 sobre Seguridad Social en el que se establece la necesidad de una norma o pensión mínima<sup>7</sup> y del Convenio 128 de 1967, sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes.

En el Perú, el artículo 7 de la Constitución Política de 1993, reconoce que "Todos tienen derecho a la protección de la salud", y el artículo 10 establece que "El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida". No obstante, en el artículo 11 este reconocimiento se diluye al limitarse el rol del Estado al de garante y supervisor del "...libre acceso a las prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento." Como veremos más adelante, ésta es la base constitucional para la privatización del sistema de pensiones.

7

La seguridad social, incluso en el sentido amplio adoptado, es un componente de la política social. Además de la previsión social y las prestaciones por diversas contingencias frente a riesgos sociales, una política social toma en cuenta, el sistema de normas que otorga derechos y regula las relaciones entre los individuos, la prestación de servicios sociales públicos como la educación y salud públicas y el tratamiento de grupos excepcionales o especialmente desprotegidos (Anderson 1994:298-306).

Esta concepción amplia de la política social estaría siendo dejada de lado. En el caso del Perú, el reconocimiento de derechos sociales universales mediante una política social propiamente dicha está siendo reemplazado por políticas de alivio a la pobreza, compensatorias de los efectos que los programas de ajuste estructural están causando en las economías, y por una mayor inversión pública en infraestructura social. El esquema 1 permite distinguir entre las dos opciones de política social actualmente en juego:

6. Idem. Artículo 4, párrafo 3, inciso b). También se considera a los trabajadores independientes, sujeto a la legislación del Estado en cuyo territorio residan. Art. 5, párrafo 2.

7. Este Convenio ha sido ratificado por el Perú.

Esquema I  
Dos concepciones de la política social bajo responsabilidad estatal

Elementos básicos	Opciones	Características
1. Objetivos	A. Lograr un modelo de sociedad B. Acabar con la pobreza extrema	Permanente y global Coyuntural y parcial
2. Diagnóstico	A. Grado de pobreza de la población B. Grupos en extrema pobreza	Cobertura global Focalización
3. Intervención	A. Reconocer derechos universales B. Atender necesidades más premiantes	Bienestar y equidad de toda la población Erradicación con programas

Elaborado sobre la base de Anderson (1994:293).

Una política social requiere cuando menos la definición de objetivos, se elabora sobre la base de un diagnóstico y define una modalidad de acción. La opción A en estos tres elementos corresponde a la concepción estándar de política social, aquella que apunta a lograr un modelo de sociedad de manera permanente, que parte de un diagnóstico del grado de pobreza de la población para la que se propone una cobertura global, reconociendo derechos sociales. La opción B, que está siendo implementada en el Perú, se propone acabar con la extrema pobreza, cuya aparición y vigencia se asume como un fenómeno coyuntural. Para este fin, se "focaliza" -o se concentra la intervención y el gasto- en grupos de población y en zonas geográficas y se la erradica con programas específicos. La población recientemente empobrecida, sea por la crisis económica o por el propio ajuste estructural no es objeto de protección en la medida que el Estado se desentiende de la política social convencional, aquella que se sostiene mediante el gasto público social corriente.

8

## 2. CONTEXTO DE CAMBIO

### a. *Evolución reciente de la economía peruana*

La duración y profundidad de la crisis económica en el Perú -que se inicia en 1975-8 han afectado severamente las condiciones de vida de la población así como el nivel, la cobertura y calidad de la protección social. El avance de la desprotección social se resume en la reducción del gasto público social real per cápita que sólo en la década 1982-1992 disminuye en 3.7 veces. Esto ha ocurrido cuando más necesaria se hacía una mayor protección para aliviar los efectos de la crisis.

8. "A partir de mediados de la década del setenta la tendencia de la economía peruana cambió de rumbo: del crecimiento a la contracción. En este largo período de contracción económica, las políticas económicas han estado guiadas por la lógica de buscar salidas al problema de la deuda externa. Las políticas de estabilización y de ajuste estructural han tenido diferentes contenidos, actores y resultados. Sin embargo, en términos de nivel de vida de la gente, un resultado de esas políticas ha sido claro: el ingreso per cápita ha disminuido continuamente. La pauperización global ha sido pues drástica." (Figueroa *et al.* 1995:68).

Como se observa en el cuadro 1, el período 1987-1993 ha sido de especial gravedad pues a la caída del PBI, cuyo índice pasa de 121.3 en 1987 a uno de 94.4 en 1992, se le añade como rasgo distintivo de la crisis, la hiperinflación que llevó el índice de precios a un nivel de 7,650 en 1990. La disminución del PBI per cápita de más de 30 puntos del índice en 1981-1992 se refleja de manera amplificadas en los drásticos descensos de las remuneraciones reales de los trabajadores. Entre 1981 y 1993 el ingreso mínimo real cae en 7.5 veces y los sueldos reales del gobierno lo hacen en 8 veces. Los sueldos y salarios reales caen en más de la mitad de su valor a inicios de la década de 1980, cuando ya habían descendido respecto a inicios de la década de 1970. A esta enorme pérdida en el poder adquisitivo de los trabajadores del sector moderno de la economía se le debe añadir la reducción del gasto público social, con lo que la pérdida de bienestar de los trabajadores asalariados es más elevada. 9

Cuadro 1

Evolución de la economía peruana 1981-1995: principales indicadores  
(índices. a precios de 1979)

Años	PBI real a/ Total	Per cápita	Inversión privada bruta	Inflación anual b/ (%)	Ingreso mínimo real	Sueldos reales Gobierno	Sector privado		Gasto social real/cáp
							Sueldos reales	Salarios reales	
1981	109.1	103.7	164.1	72.7	105	127	101	64	120
1982	109.3	101.4	152.1	72.9	97	116	118	105	103
1983	95.5	86.6	93.0	125.1	99	84	101	87	88
1984	100.1	88.7	83.8	111.5	77	74	93	74	91
1985	102.4	88.7	74.5	158.3	68	59	86	64	86
1986	111.9	94.8	99.0	62.9	70	63	125	95	106
1987	121.3	100.7	126.8	114.5	75	79	132	102	80
1988	111.2	90.5	114.9	1722.3	57	66	91	64	60
1989	98.2	78.4	77.5	2775.3	30	32	57	45	42
1990	92.9	87.3	88.8	7649.7	27	12	40	33	26
1991	95.5	73.4	103.3	139.2	19	11	49	40	24
1992	94.4	71.2	96.7	56.7	19	14	47	36	28
1993	99.8	74.1	107.9	39.5	14	16	56	36	nd
1994	112.9	82.4	141.2	15.4	19	24	66	41	nd
1995 c/	120.8	nd	179.3	10.2	20	nd	63	37	nd

Fuentes: INEI. Perú; Compendio Estadístico 1994-1995 (Uma. agosto 1995). Tomo I. Cuadros 6.61, pp. 623-624. Cuadro 6.64, p. 629. Tomo II. Cuadro 6.64, p. 629. Tomo II. Cuadros 9.2, p. 27 y 9.4, pp. 30. Tomo III. Cuadro 19.4, p. 27.  
MTPS.DNEFP. Boletín de Sueldos y Salarios en Lima Metropolitana Nro. 20, 1989, Y Nro. 6, 1994, p. 4.

a/ No incluye la actividad de la coca ni de sus derivados.

b/ Variación porcentual acumulada de enero a diciembre del Índice de Precios al Consumidor de Lima. c/ Información del PBI hasta noviembre 1995, e inversión privada bruta a setiembre 1995.

nd: no disponible.

9. La pérdida es aún mayor al considerar el aumento en las tarifas de los servicios públicos y en los impuestos al consumo a toda la población y las mayores deducciones a las planillas de los trabajadores asalariados.

El ajuste estructural en el caso peruano ha consistido en la aplicación simultánea de un programa de estabilización y de reformas conducentes a la liberalización de los mercados. El ajuste ha logrado frenar la inflación y corregido el déficit fiscal y, como era previsible, ha generado costos sociales, en la forma de mayor reducción temporal de los ingresos reales, aumento del desempleo y disminución de la protección social. Entre las principales medidas pueden mencionarse la rebaja de los aranceles que disminuyó el empleo industrial, la reducción del tamaño del Estado que contrajo el empleo público y el recorte del gasto público social corriente (educación y salud) que empeoró el bienestar de la población.

La causa del mayor empobrecimiento reciente, especialmente con la hiperinflación de 1987-1990, radica en la evolución de la política macroeconómica y, en particular, a la política de contención salarial. En cambio, como resultado de la aplicación del programa de ajuste se ha logrado controlar la inflación, reduciéndola a un nivel de 15.4% en 1994. No resulta claro si este logro conduce a una menor pobreza, aspecto sobre el que volveremos.

#### ***b. Tendencias demográficas***

10

El cambio en la composición de la población por edades afecta la seguridad social. Como es conocido debe existir una proporción entre los activos, aportantes o cotizantes a los sistemas de seguridad social y los pasivos o población beneficiaria de la misma. En el caso de pensiones, se trata de que el ratio aportante/pensionista permita que los aportes acumulados más los intereses cubran las pensiones.

Si se produce el envejecimiento de la población, el número de pensionistas tenderá a aumentar, mientras que disminuye relativamente el número de aportantes.<sup>10</sup> La consecuencia es que aumentan los requerimientos de fondos para los pagos de las pensiones mientras que disminuye el ingreso por aportes. El sistema genera un déficit.

Si el envejecimiento de la población se debe a la disminución de la población menor de 15 años mientras que aumenta la población en edad activa, disminuye la tasa de dependencia. Pero si aumenta la proporción de la población mayor de 65 años a costa de la población activa, la tasa de dependencia aumentará. Este es el examen al que debe someterse la evolución de la población en el país.

Siguiendo el cuadro 2, observamos que en el período 1972-1993 la composición de la población por grupos de edad muestra la siguiente evolución: la población menor de 15 años se redujo del 43.9% de la población al

10. Mientras que los aportes para todos los servicios se reducen, también aumentará la demanda por prestaciones de salud y, en general, aumentarán las contingencias en todos los otros aspectos de la protección social.

Cuadro 2  
Perú: Indicadores demográficos, 1981-1993 a/

Indicadores demográficos	1972	1981	1993	Tasa de crecimiento (%)	
				1972-81	1981-93
Población (miles) b/	14121.6	17762.2	22639.4	2.6	2.0
Urbana (%) c/	59.5	65.2	70.1	3.6	2.8
Rural (%)	48.5	34.8	29.9	0.8	0.9
Población por edades (%)					
Menor de 15 años	43.9	41.2	37.0	1.8	1.3
15 a 64 años	52.2	54.7	58.4	3.1	2.7
65 y más	3.9	4.1	4.6	3.2	3.3
Relación de dependencia (%) d/					
Menos de 15/15-64	91.6	82.8	71.4	-8.8	-11.4
65 y más/15-64	84.1	75.4	63.4	-8.7	-12
	7.5	7.4	8.0	-0.1	0.6
Tasa global de fecundidad e/	5.4	4.6	3.4	-0.8	-1.2
Tasa bruta de natalidad f/	40.5	33.8	27.6	-6.7	-6.2
Tasa bruta de mortalidad f/	12.8	9.0	6.8	-3.8	-2.2
Tasa de mortalidad infantil g/	110.3	81.6	55.4	-28.7	-26.2
Esperanza de vida al nacer h/	55.5	61.6	66.7	6.1	5.1

- a/ Las tasas de los indicadores demográficos corresponden a estimados para los quinquenios 1970-75, 1981-85 y 1990-95. Las diferencias -cuando se trata de tasas- son en puntos porcentuales.
- b/ Población total, la que incluye la censada, la omitida y la selvática estimada.
- c/ Población urbana es la que habita en centros urbanos de más de dos mil habitantes y rural en centros de menos de dos mil habitantes.
- d/ Población de menos de 15 años de edad y de 65 años y más sobre la población de 15 a 64 años.
- e/ Número de hijos que tendría en promedio una mujer de completar su ciclo de vida fértil, sin estar expuesta al riesgo de muerte.
- f/ Por mil.
- g/ Por mil nacidos vivos.
- h/ En años.

Fuente: INEI, *Compendio Estadístico* 1994.95. T.I. 1995. Cuadro 2.27, pp. 174-175.  
INEI. *Perú: Resultados definitivos. Perfil socio-demográfico*. 1994.

37%, la proporción de personas de 15 a 64 años pasó de 52.2% a 58.4% y, finalmente, la población de 65 años y más aumentó su participación sobre el total de población de 3.9% a 4.6%. Esta evolución se refleja en dos consecuencias importantes para el análisis de la protección social:

i. la relación de dependencia demográfica<sup>11</sup> ha ido disminuyendo desde 91.6% en 1972, a 82.8% en 1981 y a 71.4% en 1993. Si descomponemos este descenso observamos que mientras que la relación de dependencia para los menores de 15 años da cuenta de la reducción, la misma relación para la población de 65 y más años se mantiene constante entre 1972 y 1981 y aumenta de 7.4% a 8% entre 1981 y 1993.

ii. Si comparamos las pirámides de edades entre 1981 y 1993 observamos que disminuye la participación de los grupos de edad hasta los 19 años mientras que aumentan los restantes, en particular, en las edades de 25 a 39 años y de 65 años y más. Como se indica en INEI (1994:46): "En 1993, la pirámide por edades presenta una reducción relativa en las edades menores y un ligero incremento en las edades intermedias, lo que significa que la edad mediana de la población aumentó de 19 a 22 años durante el período intercensal 1981-1993, habiéndose iniciado un proceso de envejecimiento de la población." Otra forma de dar cuenta de este fenómeno es atender a la esperanza de vida al nacer, que aumenta de 55.5 años en 1970-1975 a 66.7 en 1990-1995.

12

Si la tasa global de fecundidad mantiene su tendencia a la baja y prosigue la desaceleración en el crecimiento de la población, el proceso de envejecimiento se acentuará en las próximas décadas. La consecuencia para fines de la protección social es que aumentará la demanda por servicios y prestaciones mientras que irá descendiendo en forma paulatina la proporción de asegurados activos o aportantes.

### ***c. Empleo e ingresos***

El crecimiento de la Población en Edad Activa (PEdA) y la evolución de su tasa de actividad son las dos fuentes de la fluctuación en el crecimiento de la Población Económicamente Activa.

En el período 1981-1993, la PEdA aumentó a un mayor ritmo que la población total. En cambio, la PEA se incrementó prácticamente a la misma tasa de la PEdA, 2.7%. Se encuentra un comportamiento diferenciado en el crecimiento de la PEA masculina y femenina. Esta última se eleva a una tasa de 4.2% mientras que la primera lo hace a 2.1 %. La causa de esta divergencia radica en las variaciones de las tasas de actividad entre hombres y mujeres. En el caso de los hombres se observan reducciones en todos los grupos de edad, especialmente a partir de los 45 años. En el de las mujeres, aumentó

11. Número de personas en edad inactiva -menores de 15 años y de 65 años y más- sobre la población en edad activa, de 15 a 64 años, por cien.

en todos los grupos desde el pronunciado aumento para las de 15 a 44 años y el bajo incremento en las de 45 y más años de edad (cuadro 3).

Resulta relevante resaltar que el descenso de las tasas de actividad para hombres en edades centrales en el Censo de 1993, coincide con el aumento de la población en la condición de pensionista o jubilado no obstante no haber alcanzado la edad mínima para la jubilación. 12

En el cuadro 3 también se observa que entre 1981 y 1993 la PEA urbana aumentó en 3.5%, por encima del incremento de la PEA nacional, mientras que la PEA asalariada lo hizo a una tasa similar al de la PEA. De esta manera se mantiene el estancamiento relativo de la PEA asalariada en el país. En efecto, la suma de empleados y obreros en 1981 representaba el 45.5% de la PEA Ocupada de 15 años y más y en 1993, este porcentaje fue de 47%. La mayor PEA urbana puede facilitar el acceso esta fuerza laboral a la seguridad social. En cambio, el relativo bajo estancamiento de la PEA asalariada lo dificulta. Finalmente, la tasa de desempleo urbano se

Cuadro 3  
Perú: Evolución de la situación ocupacional por sexo, 1981 y 1993  
(en miles)

Variables e indicadores	1981 a/			1993			Crecimiento % 1981-1993		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Población en Edad Activa	4908.1	5015.3	9923.4	6817.2	7075.8	13893.0	2.8	2.9	2.9
PEA	3911.8	1278.9	5190.7	5004.8	2104.8	7109.6	2.1	4.2	4.2
Tasas de actividad (%) b/	79.7	25.5	52.3	73.4	29.7	51.2	-6.3	4.2	4.2
15 a 29 años	65.0	25.7	45.2	61.0	30.0	45.2	-4.0	4.3	4.3
30 a 44 años	98.1	29.2	63.4	91.6	36.4	63.4	-6.5	7.2	7.2
45 a 64 años	95.6	24.9	60.3	83.9	25.8	54.6	-11.7	0.9	0.9
65 y más	63.5	12.0	36.2	52.3	13.7	32.0	-11.2	1.7	1.7
PEA urbana	2512.6	939.5	3452.1	3521.0	1716.3	5237.3	2.9	5.1	5.1
Tasa desempleo urbano (%)	5.3	9.9	6.6	8.6	8.2	8.5	3.3	-1.7	-1.7
PEA Asalariada	1717.4	437.8	2155.2	2224.6	765.0	2989.6	2.2	4.8	4.8

Fuente: INEI, Censos de 1981 y 1993. INE11994, pp. 100-101 y 1115.

a/ Excluye a la población que no especificó condición de actividad.

b/ Cuando se trata de tasas se presenta la diferencia en puntos porcentuales.

12. Como se indica en INEI: "Este comportamiento -el descenso de la tasa de actividad de hombres en edades centrales- se explica por el desplazamiento de la PEA hacia la No PEA -fuera de la PEA-, en calidad de pensionistas o jubilados" (1994:115). Al parecer el impacto del ajuste ha llevado a parte de la PEA de esos grupos de edad a esa condición. Dada su edad y los bajos niveles de las pensiones resulta difícil de aceptar que esta población esté fuera de actividad. Más bien debe estar engrosando el trabajo por cuenta propia.

acreció entre 1981 y 1993, pasando de 6.6% a 8.5%, observándose un fuerte incremento de esta tasa de desempleo en los hombres (de 5.3% a 8.6%), en tanto que en las mujeres se registra un leve descenso (de 9.9% a 8.2%).

La evolución y composición del empleo en Lima Metropolitana que comprende el 33.5% de la PEA ocupada nacional, en el período 1987-1995, se presenta en el cuadro 4. La PEA de Lima crece a una tasa aún mayor que la de la PEA urbana. También es mayor la tasa de desempleo.<sup>13</sup> La evolución de la composición del empleo indica un descenso del porcentaje de asalariados estables en el sector privado (de 62.2% a 42.3%) -con el consiguiente incremento de los trabajadores eventuales-, una reducción en el empleo público a una tasa de -1.9% y un incremento de los vendedores ambulantes, a una tasa de 11.8% para el período 1987-1995.

En consecuencia, dadas estas características de la evolución del empleo, será cada vez más difícil mantener la actual cobertura de la seguridad social, la que se da como veremos básicamente para los trabajadores asalariados estables y en los empleados públicos.

Por otra parte, la tasa de subempleo más que se duplica entre 1987 y 1989 y se mantiene elevada desde entonces. Debe aclararse que el subempleo -tal como se define en la estadística oficial- se debe casi exclusivamente a la obtención de bajos ingresos, esto es, indica la parte de la PEA ocupada que obtiene ingresos por debajo de un límite de ingresos. No se ha producido -como podría inferirse del término subempleo- un deterioro en el empleo o en la productividad. Lo que se ha incrementado sustancialmente es el porcentaje de la PEA ocupada que obtiene un bajo nivel de ingresos reales y por ello ha aumentado la desigualdad en la distribución del ingreso. Este empobrecimiento -caída de los ingresos reales- es resultado de la hiperinflación de 1988-1990 y de la política de ingresos que frenó la indexación salarial.

14

#### *d. Aumento de la pobreza*

La pobreza en el país se incrementó de manera dramática entre 1985 y 1991 como consecuencia de la hiperinflación y las erradas políticas de estabilización que se implementaron entre 1987 y 1990. Entre 1991 y 1994 se observa un descenso en los indicadores de pobreza, aunque la encuesta ENNIV de 1994 revela que la mitad de la población, es decir, 11.5 millones de personas aproximadamente, se encuentran viviendo en situación de pobreza (Cuánto 1995:27).

13. Resulta fundamental destacar un aspecto del impacto social del ajuste: se reduce la proporción de desempleados jóvenes, o lo que es lo mismo, aumenta la proporción de adultos en tal condición.

Cuadro 4  
Lima: Evolución y composición del empleo: 1987-1995  
(en miles)

Año	PEA a/	Desempleo global	Subempleo b/	Empleo adecuado	Asalariado estable	Asalariado sector privado eventual	Empleo público c/	Vendedor ambulante
1987	2055.8	98.7	717.5	1239.6	509.2	309.3	338.8	158.7
%	100.0	4.8	34.9	60.3	62.2	37.8	17.3	7.7
1989	2241.6	177.1	1647.6	416.9	540.9	291.0	360.9	256.0
%	100.0	7.9	73.5	18.6	65.0	35.0	16.6	11.8
1990	2348.9	195.0	1717.0	436.9	590.7	376.3	343.9	297.3
%	100.0	8.3	73.1	18.6	61.1	38.9	15.2	13.1
1991	2405.2	141.9	1888.1	375.2	591.4	371.6	323.5	294.7
%	100.0	5.9	78.5	15.6	61.4	38.6	14.3	12.4
1992	2531.6	238.0	1921.5	372.1	493.7	484.5	291.9	349.5
%	100.0	9.4	75.9	14.7	50.5	49.5	12.7	14.5
1993	2765.9	273.8	2140.8	351.3	548.8	560.5	310.0	252.4
%	100.0	9.9	77.4	12.7	49.5	50.5	12.4	9.7
1994	2808.5	247.1	2086.7	474.6	567.4	608.5	272.7	302.4
%	100.0	8.8	74.3	16.9	48.3	51.7	10.6	11.4
1995	2976.8	211.7	2270.0	495.0	532.4	726.3	291.0	387.1
%	100.0	7.1	76.3	16.6	42.3	57.7	10.5	14.0
1987-1995	921.0	113.0	1552.5	-744.6	23.2	417.0	-47.8	228.4
Crec. 1987-1995	4.7	10.0	15.5	-10.8	0.6	11.3	-1.9	11.8

Fuente: MTPS-DNEFP. Encuestas de Hogares.

a/Excluye a trabajadoras del hogar.

b/Básicamente empleo por ingresos.

c/ Para empleo público y vendedores ambulantes los porcentajes son sobre la PEA ocupada. En el caso de los vendedores ambulantes sólo consideramos a los trabajadores independientes.

A fin de analizar la gravedad y la evolución de la pobreza, se distingue entre las personas que se encuentran en condición de pobreza y aquellas que están en pobreza extrema. Las personas en pobreza extrema son aquellas cuyo gasto total no alcanza a cubrir el costo de una canasta básica de consumo de alimentos, que satisface requerimientos nutricionales mínimos.

Cuánto (1995:28-29) propone tres indicadores para la medición de la pobreza en el país: i. Incidencia o porcentaje de la población que obtiene un ingreso inferior a la línea de pobreza; ii. Brecha de pobreza, definido por la suma de las diferencias entre el gasto de las personas pobres y la línea de pobreza, dividida por la población total (por cien); iii. Severidad o desigualdad entre grupos poblacionales pobres. Utilizando estos tres indicadores -cuadro 5- se concluye que en el período 1985-1991 la incidencia de la pobreza aumenta en 13.7 puntos porcentuales, la brecha se eleva en 6.2 y que la desigualdad creció en 3.3 puntos porcentuales. La pobreza extrema sigue el mismo patrón aunque los aumentos son menores. En cambio, en el período 1991-1994 este patrón se revierte parcialmente por efecto del crecimiento de la economía: disminuyen ambos tipos de pobreza, a un mayor ritmo en el caso de la pobreza extrema.<sup>14</sup> (De Habich 1995:162). No obstante, los indicadores de incidencia y de brecha de pobreza de 1994 son bastante más elevados que los de 1985, salvo el de desigualdad que se acerca a los niveles de 1985 (cuadro 5).

16

Por otra parte, la población pobre aumentó en todas las regiones geográficas entre 1985 y 1991, observándose los niveles más altos de incidencia en el área rural, en particular en la sierra rural en la que en 1991 se presenta un porcentaje de pobres de 72.7%. La región selva rural muestra el mayor porcentaje de pobres en 1994 con 69.7% (cuadro 6). Resulta interesante destacar que la fluctuación en el porcentaje de población pobre es mayor en la región de Lima Metropolitana que en el resto de regiones. En efecto, el aumento del porcentaje de pobres de Lima es 73.7% para este período 1985-1991 y la disminución de 1991-1994 de 21%. En cambio, en la sierra rural, estas variaciones fueron de 48% y -6%, respectivamente.

La mayor concentración de pobreza -el porcentaje sobre el total de población afectada- por regiones en 1985 se encuentra en Lima con el 33% de la pobreza y el área rural el 41 %; en 1991, Lima pasa a representar el 37% de la pobreza total, quedando la sierra rural con 26%.

La distinción entre pobreza crónica y pobreza reciente también parece ser relevante para la ubicación de la población pobre y la definición de programas de asistencia. Los pobres recientes son aquellos que a la par que su gasto total no cubre el costo de una canasta básica de consumo no tienen carencias en sus viviendas o en la educación, mientras que los pobres crónicos, además de que su gasto se encuentra por debajo del costo de la canasta,

14. La reducción del porcentaje de pobres -en los tres años- entre 1991 y 1994 fue de -10.3% para la pobreza total y de -16.5% para la pobreza extrema.

Cuadro 5  
Evolución de las mediciones de pobreza, 1985, 1991 y 1994

Mediciones de pobreza	Porcentaje de pobres	var.% a/	Brecha de pobreza	var.% a/	Desigualdad entre pobres	Var.% a/
<b>Pobreza total</b>						
1985	41.6		14.7		7.2	
1991 c/	55.3	5.5	20.9	7.0	10.5	7.6
1994	49.6	-3.4	17.5	-5.4	8.4	-6.7
<b>Pobreza extrema</b>						
1985	18.4		5.7		2.6	
1991 c/	24.2	5.3	7.7	5.8	3.6	6.4
1994	20.2	-5.5	6.0	-7.4	2.6	-9.3

FUENTE: Cúanto-UNICEF 1995

a/ Variación promedio anual

b/ La encuesta ENNIV 1991 o incluyó la costa y la selva urbana y rural.

Cuadro 6  
PERU: Evolución de los indicadores de pobreza por áreas geográficas, 1985-1994. (porcentajes)

Area geográfica	Porcentaje de pobres	var.% a/	Índice b/	Brecha de pobreza	var.% a/	Índice b/	Desigualdad entre pobres	var.% a/	Índice b/
<b>Urbana</b>									
<b>Lima Metropolitana</b>									
1985	27.4		1.00	7.1		1.00	2.5		1.00
1991 c/	47.6	12.3	1.00	14.6	17.6	1.00	6.2	24.7	1.00
1994	37.6	-7.0	1.00	10.6	-9.1	1.00	4.2	-10.8	1.00
<b>Costa resto</b>									
1985	42.1		1.54	12.9		1.82	5.6		2.24
1991 c/	54.9	5.1	1.15	20.0	9.2	1.37	9.4	11.3	1.52
1994	48.9	-3.6	1.30	17.1	-4.8	1.61	8.2	-4.3	1.95
<b>Sierra</b>									
1985	36.4		1.33	13.1		1.85	6.4		2.56
1991 c/	53.2	7.7	1.12	20.8	9.8	1.42	11.0	12.0	1.77
1994	41.6	-7.3	1.11	14.9	-9.5	1.41	7.1	-11.8	1.69
<b>Selva</b>									
1985	48.2		1.76	21.8		3.07	11.9		4.76
1994	38.9	-2.1	1.03	13.0	-4.5	1.23	5.8	-5.7	1.38
<b>Rural</b>									
<b>Costa</b>									
1985	50.0		1.82	17.3		2.44	8.1		3.24
1994	66.3	3.6	1.76	25.1	5.0	2.37	12.4	5.9	2.95
<b>Sierra</b>									
1985	49.2		1.80	17.6		2.48	8.7		3.48
1991 c/	72.7	8.0	1.53	34.0	15.5	2.33	19.4	20.5	3.13
1994	68.3	-2.0	1.82	27.2	-6.7	2.57	14.2	-8.9	3.38
<b>Selva</b>									
1985	68.0		2.48	34.4		4.85	20.6		8.24
1994	69.7	0.3	1.85	27.0	-2.4	2.55	13.5	-3.8	3.21

FUENTE: Cuánto S.A-ENNIV 1991 y 1994. INEI-ENNIV 1985-1986. Tomado de Cúanto-UNICEF 1995

a/ Variación promedio anual

b/ Definido como la razón entre los indicadores de pobreza de cada área geográfica y las de Lima Metropolitana, que se toma (igual

a 1).

c/ La encuesta ENNIV 1991 no incluyó la costa rural ni la selva urbana y rural

tienen alguna carencia en materia de vivienda (agua, desagüe) o en educación (hijo en edad escolar que no asiste a la escuela). Si la opción es atacar la pobreza reciente se deben mejorar los ingresos o el gasto público social. Si se quiere aliviar la pobreza crónica se debe mejorar la infraestructura de vivienda y educación. Como veremos, esta última es la opción que se viene siguiendo en los últimos años.

### ***e.El gasto público social***

Una de las principales causas de la crisis económica en el país ha sido el mal manejo de las finanzas públicas. Esto se refleja en el crecimiento del déficit económico del gobierno central, que aumenta en casi tres veces entre 1980 y 1987 y que se reduce drásticamente a partir de 1988 y más tarde con el ajuste de 1990-1991. Ante la dificultad de aumentar los ingresos -que por lo demás descienden en términos reales por la hiperinflación-, el déficit se reduce de 1988 a 1991 recortando el gasto público. El nivel del gasto público corriente baja de un índice de 94.0 en 1987 a 29.2 en 1991 -en 3.2 veces- y se mantiene en ese nivel en los años siguientes. En estos últimos años se observa que el gasto público en formación de capital se incrementa y de manera significativa en 1991-1992 (BCRP, Memorias).

La reducción del gasto público se debe en gran medida a los recortes del gasto público social, afectando sustancialmente a la seguridad social, tanto durante la fase de crisis como en la de ajuste, y también al disminuir drásticamente los ingresos reales de los trabajadores lo que lleva al descenso en la magnitud de sus aportes. Esta reducción se expresa en los bajos sueldos de los contingentes más numerosos de la administración pública responsables de brindar los servicios públicos, como son los maestros, el personal de salud y la policía y en el consiguiente deterioro en la cobertura y la calidad de estos servicios.

La reducción del gasto público social real per cápita se suma a la reducción de los ingresos reales por trabajo. En tal sentido la pérdida de bienestar es mayor que cuando se considera solamente por separado la caída en los ingresos o en el gasto social. Pero, además, la pérdida de bienestar neta total es aún más elevada puesto que los ingresos reales por trabajo que se presentan en las estadísticas son *brutos*, es decir, incluyen los aportes, contribuciones e impuestos obligatorios a que están sujetos los trabajadores. En consecuencia, a la suma de ingresos y gasto social real per cápita debería descontársele las deducciones por concepto de seguridad social a las remuneraciones en el caso de los asalariados, y los pagos por impuestos directos e indirectos y por tarifas de servicios públicos a todos los trabajadores. En la fase de ajuste y en un contexto de bajas remuneraciones reales se aumentaron las contribuciones como la del Fondo Nacional de Vivienda (FONAVI), el aporte por pensiones y los impuestos como el Impuesto General a las Ventas, el Impuesto Selectivo al Consumo y el Impuesto a la Renta por trabajo. De igual manera, el shock de precios públicos significó un aumento de los precios y tarifas de los servicios públicos y de los combustibles. Existe

por tanto una pérdida de ingresos netos, de capacidad de consumo y de bienestar de las familias en razón del ajuste fiscal, tanto por el lado del menor gasto como por el de un menor ingreso neto.

El gasto público social real como porcentaje del PBI y del gasto del gobierno desciende, tal como se observa en el cuadro 7. De los niveles de alrededor de 4.6% del PBI a inicios de la década de 1980, el gasto público social se reduce a niveles entre 3.2% y 3.7% en los primeros años de la década de 1990. Debe repararse en que estas reducciones relativas se producen sobre niveles de PBI -y de gasto público social- cada vez menores. Esto último se aplica en especial a los años 1990-1991.

En el cuadro 7 también se observa que el gasto social real aumenta fuertemente en 1980-1981 y en 1986 para iniciar un descenso marcado a partir de 1989. En términos per cápita la caída del gasto social real es aún mayor: en 1991 representa el 31 % del nivel de 1970. Como porcentaje del PBI del país, el gasto social alcanzó su nivel más alto, 4.9% en 1973 y a 4.7% en 1986 para reducirse a 3.2% en 1991, el nivel más bajo del período 1970-1992, año con un PBI muy bajo por la recesión a diferencia de 1987 en que el PBI aumentó fuertemente. De igual manera, el porcentaje del gasto social sobre el gasto total del gobierno aumenta en algunos años en razón de la relativa rigidez que impone el empleo en los servicios sociales a la vez que disminuye el gasto público total.

Un rasgo de la evolución reciente del gasto público es la reorientación parcial del gasto social corriente (sueldos y compra de bienes en educación y salud) al pago de la deuda externa y a la inversión pública en infraestructura económica (carreteras) y social (escuelas y postas). Pueden verse evidencias de esta reorientación en el cuadro 7.<sup>15</sup>

19

La participación del gasto en salud disminuye fuertemente, de 25% a 15.8% en el período 1970-1992. Esta reducción proporcional se debe al aumento del gasto en "otros", que pasa de 4.2% en 1981-1985 a 39% en 1991-1992. En "otros" figuran gastos en vivienda, empleo y, desde 1988, transferencias-subsidios- a programas especiales de emergencia, tales como el Vaso de leche, los comedores populares, la lucha contra epidemias, y el Programa de Asistencia Directa (PAD) (Figuroa 1994:24).

Debe añadirse que la disminución del gasto público social va paralela al aumento de la Formación Bruta del Capital (FBC) del gobierno central en sectores sociales. Como porcentaje de la FBC, la inversión en sectores sociales aumentó de 5% en 1990, a 7% en 1991-1992 y a 12% en 1993 (BCRP

15. A partir de 1993 en las Memorias del Banco Central de Reserva del Perú (BCRP) se termina omitiendo el Cuadro 51 concerniente al Gasto Público Social (Educación y salud) del Gobierno Central. Después de mostrar una tendencia declinante, en lugar del Gasto Social se consigna un Cuadro de Gasto sin señalar su destino social (Véase Memoria de 1992, pág. 90 y la Memoria de 1993, pág. 99).

Cuadro 7  
Perú: Evolución del gasto público social real, 1970-1992

Año	Gasto social real (índice: 1970=100)		Porcentaje sobre PBI		Distribución sectorial		
	Total	Per cápita	Gasto del Gobierno	Gasto del Gobierno	Educación	Salud	Vivienda
1970	100	100	4.5	26.5	18.8	5.6	1.9
1971	105	102	4.6	24.7	18.1	4.9	1.4
1972	114	108	4.8	25.3	18.5	5.0	1.5
1973	127	116	4.9	24.2	18.6	4.3	1.1
1974	127	113	4.5	23.9	18.2	4.5	1.0
1975	133	115	4.6	23.2	17.5	4.7	0.8
1976	135	114	4.7	23.5	16.8	5.3	1.1
1977	120	99	4.3	19.0	13.7	4.0	1.2
1978	113	90	4.0	17.5	11.6	4.5	1.3
1979	121	95	3.9	19.1	12.3	4.8	1.9
1980	154	118	4.6	20.1	13.2	4.8	2.0
1981	153	114	4.6	21.1	14.9	5.1	1.0
1982	136	99	4.0	19.3	13.7	4.4	1.0
1983	119	85	4.2	16.9	12.1	4.3	0.4
1984	125	87	4.1	16.8	11.9	4.3	0.4
1985	124	84	4.0	16.7	11.7	4.4	0.4
1986	158	105	4.7	21.6	16.0	4.7	0.5
1987	121	79	3.4	18.0	18.7	4.7	0.4
1988	121	77	4.3	26.0	12.9	4.6	0.3
1989	81	51	4.1	25.0	13.0	4.0	0.5
1990	53	33	3.4	19.0	9.0	3.0	0.2
1991	51	31	3.2	24.0	11.0	4.0	0.3
1992	61	36	3.7	27.0	12.0	4.0	0.1

Fuente: BCRP. Perú: Compendio Estadístico del sector público no-financiero (Lima: abril 1989), pp. 217-218.

INEI. Compendio Estadístico 1993-94. T.III. Cuadro 21.16, p. 219 y Cuadro 21.17, p. 220.

1993:91 y 1994:101). El gobierno prioriza la construcción de centros educativos y de centros y postas médicas sobre la mantención de la remuneraciones reales de los maestros, médicos y enfermeras. Como indica el BCRP (1994:98-100) las partidas para remuneraciones, las transferencias corrientes así como la compra de bienes y servicios totalizaron en 1993 gastos corrientes *ligeramente menores* a los de 1992. En verdad se produjo una reducción *real* aproximadamente equivalente a la inflación de 39.5% de 1993.

### 3. LA PROTECCION SOCIAL EN EL PERU

#### a. *Evolución institucional*

La historia de la Seguridad Social en el Perú es el resultado de la continua y sistemática intervención del Estado en crear y desarrollar seguros sociales (Gamarrá 1995:66). En el cuadro 8 presentamos las principales disposiciones legales que dan cuenta de su evolución. Restringiendo la acepción de Seguridad Social a la protección de los asalariados mediante los sistemas de pensiones y salud, su inicio se encuentra en 1936 con la creación del Seguro Social Obrero Obligatorio. El sistema empieza y evoluciona con un modelo que Mesa-Lago llamó sistema estratificado, esto es, manteniendo desigualdades entre trabajadores.<sup>16</sup> En 1973 con la creación del Sistema Nacional de Pensiones se pasa a un modelo de seguridad unificado y uniforme (Mesa-Lago 1985:161). Este sistema integró los sistemas generales de obreros y empleados, y algunos de sus subsistemas, pero excluyó a las fuerza armadas. Mediante la creación del Régimen de Prestaciones de Salud, en 1979, se amplía la cobertura de las prestaciones al cónyuge y los hijos hasta los 18 años de edad.<sup>17</sup> Finalmente, se crea en 1980 el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), con el fin de administrar los sistemas de pensiones y de salud y con la intención de darle autonomía económica, lo que no se logra. Cubre tanto a obreros como a empleados.

21

La agudización de la crisis fiscal, la imposibilidad de que el Estado pueda proseguir asumiendo las pensiones junto con las propuestas de privatizar la seguridad social condujeron a la creación de los Sistemas Privados de Salud (D. Leg. 718) y de Pensiones (D. Leg. 724) en 1991. Con el Sistema Privado de Salud sucede algo paradójico: el D. Leg. 718 que lo crea como complementario al sistema administrado por el IPSS y que establece la formación de Organizaciones de Servicios de Salud (OSS) nunca fue reglamentado y tampoco puesto en marcha (BCRP 1992:28-29). Tampoco se

16. No obstante, este autor señala dos causas distintas de la estratificación. En 1973 (MesaLago 1973:18) sostuvo que: "...se ha vuelto estratificada como un microcosmos reflejando la estratificación social general, y la espina dorsal de esta estratificación parece ser la estructura ocupacional combinada con la ubicación geográfica." En cambio, más tarde dirá que la causa sería que: "..., los grupos de presión fueron capaces de obtener programas separados y, a veces, un mismo grupo incluso consiguió trato diferenciado para varios de sus componentes" (Mesa-Lago 1985:162).

17. Esto no se implementó hasta 1985.

Cuadro 8  
PERU: Seguridad Social, evolución institucional.

Año	Principales medidas		Objetivos	Efectos
	Dispositivo	Denominación		
1936 Ago.	Ley 8433	Se crea el Seguro Social Obrero.	Cubrir las pensiones y proteger la salud-maternidad de los obreros, con carácter de obligatorio.	Protege salud de riesgos no profesionales. En maternidad no incluye a esposas de los trabajadores.
1948 Nov.	Ley 10902	Estatuto Provisorio del Seguro Social del Empleado	Protección de la salud-maternidad de empleados y servidores públicos.	La salud cubre riesgos ocupacionales y no ocupacionales; y la esposa del trabajador esta cubierta por maternidad.
1961 Abr.	Ley 13640	Se crea el Fondo de Jubilación Obrera	Cubre pensiones de obreros.	Beneficios: pensiones de vejez, viudez y orfandad
1961 Nov.	Ley 13724	Se consolida el Seguro Social del Empleado (1ra. parte).	Cubre pensiones de empleados y servidores públicos.	Sigue el mismo modelo que el del Seguro Social Obrero
1962 Jul.	Ley 13724	Se consolida el Seguro Social del Empleado (2da. parte).	Cubre pensiones de empleados y servidores públicos.	Sigue el mismo modelo que el del Seguro Social Obrero
1973 Abr.	D. Ley 19990	Se crea el Sistema Nacional de Pensiones.	Unificar Sistemas de Pensiones en el ámbito nacional.	Jubilación es a los 60 años de edad para los hombres y 55 para las mujeres. Prestaciones que otorga: - Pensión de invalidez - Pensión de jubilación - Pensión de viudez - Pensión de orfandad - Pensión de ascendientes - Capital de defunción
1973 Nov.	D. Ley 20212	Se crea el Seguro Social del Perú.	Fusionar el Seguro Social Obrero y el Seguro Social del Empleado.	Entidad gestora única de la seguridad social peruana.
1974 Nov.	D. Ley 20808	Se establece el Sistema de Pago de Aportaciones al Seguro Social del Perú.	El sistema es financiado por un aporte global del 9% del importe de la remuneración total que percibe el trabajador (6% abona el empleador y 3% abona el asegurado).	Los mismos porcentajes rigen para el financiamiento del Sistema Nacional de Pensiones como para el de Prestaciones de Salud
1979 Mar.	D. Ley 22482	Se crea el Régimen de Prestaciones de Salud.	Unificar Regímenes de Prestaciones de Salud en el ámbito nacional.	Comprende a todos los trabajadores dependientes públicos y privados sin excepción, también los pensionistas de invalidez, jubilación, cesantía, viudez, orfandad y ascendientes; y la cónyuge y los hijos menores hasta los 18 años de edad.
1980 Jul.	D. Ley 23161	Se crea el Instituto Peruano de Seguridad Social.	Dar autonomía al IPSS en los aspectos económico, financiero, presupuestal y contable.	En la práctica no se consolidó.
1991 Nov.	D. Leg. 718	Crean el Sistema Privado de Salud.	Se crea el Sistema Complementario de Salud a cargo de las Organizaciones de Servicios de Salud. Eliminar el monopolio del IPSS.	Sistema complementario al sistema administrado por IPSS, todavía no es implementado.
1991 Nov.	D. Leg. 724	Crean el Sistema Privado de Pensiones (SPP)	Terminar con el monopolio del IPSS en la administración de los fondos de pensiones.	Las AFP se constituirán como gestoras del del sistema privado de pensiones. Jubilación es a los 65 años de edad para los hombres y 60 para las mujeres. Aportan sólo los trabajadores de manera obligatoria, el 15% del importe de la remuneración total que percibe el trabajador.
1992 Dic.	D. Ley 25897	Crea el Sistema Privado de Administradoras de Fondos de Pensiones.	Aumento de deducción y derogar D. Ley 18846.	Deja sin efecto el Seguro de accidentes de trabajo y Enfermedades profesionales

puso en marcha el Sistema Privado de Pensiones sino hasta mediados de 1993, después de promulgado el D. L. 25897 en 1992.

Con la implementación del Sistema Privado de Pensiones (SPP) en 1993 se fomentó el traslado de los asegurados del sistema público al privado. La administración del sistema público o nacional (SNP) está a cargo de la Oficina de Normalización Previsional (ONP), la que enfrenta el problema de tener que pagar pensiones a un número creciente de jubilados, con fondos provenientes de un número de aportantes asegurados cada vez menor. Sigue siendo en el papel un sistema de reparto, es decir, un sistema por el cual las pensiones de jubilación de los afiliados se deben cubrir con los aportes de los trabajadores en actividad y los rendimientos de los fondos del propio sistema (Remenyi 1993:10). En los hechos, las bajas pensiones que se pagan se financian con fondos del tesoro, provenientes de impuestos y contribuciones.

### ***b. Áreas principales***

El cuadro 9 presenta un panorama sintético de la cobertura e importancia del sistema público de seguridad o protección social en 1995 en las cuatro áreas en que se pueden agrupar los servicios. Estas áreas son: los seguros sociales o sistema previsional, el Sistema Nacional de Salud, las asignaciones familiares y los programas de asistencia social.

23

Las características de la protección social en el Perú que se desprenden del cuadro 9 son las siguientes: i. Los servicios de mayor importancia en cobertura e impacto redistributivo son los de salud, tanto de parte del Sistema Nacional de Salud a cargo del Ministerio de Salud como por parte del IPSS; ii. En el campo previsional, además de las prestaciones de salud, destaca la vigencia del Sistema Nacional de Pensiones que en la actualidad administra la Oficina de Normalización Previsional (ONP), y dentro de las pensiones, las que se otorgan por jubilación para los asalariados son las de mayor relevancia. El resto de pensiones tienen una cobertura reducida. No existe un seguro o prestaciones en dinero por desempleo; iii. No existen asignaciones familiares; iv. En los últimos años han aumentado los programas de asistencia social directa aunque la cobertura sólo es importante en el caso del Programa del Vaso de Leche a los escolares.

### ***c. Visión y evaluación global***

Para completar una visión de conjunto de la protección social es necesario incidir en aspectos que no aparecen en el cuadro 9. Un primer aspecto a resaltar de la protección social pública es que abarca tanto a los trabajadores con relación laboral de dependencia como a los independientes. Éste es el caso de los servicios públicos de salud y de los programas de asistencia. En la medida que los trabajadores no asalariados de bajos ingresos no contribuyen directamente al financiamiento de estos servicios y programas, a través de ellos se lleva a cabo una importante redistribución de ingresos.

Cuadro 9  
Perú: Áreas del sistema público de Seguridad Social en 1995

Áreas	Vigencia	Institución a cargo	Cobertura	Impacto redistributivo
<b>Seguros sociales (previsión)</b>				
- Pensiones por jubilación	Existe b/	ONP d/	Intermedia	Limitado
- Pensiones de invalidez, viudez y orfandad c/	Existen	ONP d/	Reducida	Muy limitado
- Atención médica				
Hospitalaria	Existe	IPSS e/	Intermedia	Importante
Prestaciones monetarias	Descontinuado			
- Prestación monetaria por desempleo	No existe			
Sistema Nacional de Salud	Existe	Ministerio de Salud	Amplia	Muy importante
Asignaciones familiares	No existen			
<b>Asistencia social</b>				
- Programa del Vaso de Leche	Desde 1984	Municipios f/	Amplia	Importante
- Programa Nacional de Alimentos	Desde 1992	PRONAA g/	Reducida	Limitado
- Fondo de Compensación y Desarrollo	Desde 1993	FONCODES h/	Reducida	Limitado

Elaboración propia.

a/ No se consideran los regímenes especiales para las fuerzas armadas y policiales, los empleados públicos que tienen 'cédula viva', los pescadores y vendedores de periódicos.

b/ Desde 1993 funciona el sistema privado de pensiones de manera paralela.

e/ Las pensiones de vejez y por ascendiente apenas cubrían a 600 y 1400 personas en 1994.

d/ Oficina de Normalización Previsional, creada en reemplazo del IPSS-Pensiones.

e/ Instituto Peruano de Seguridad Social, Salud.

f/ Fue iniciado por el Municipio Provincial de Lima y luego apoyado por el Gobierno Central.

g/ Programa Nacional de Asistencia Alimentaria.

h/ Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo.

Un segundo aspecto es que en 1993 se inició la privatización parcial del sistema de pensiones, mediante la creación -a semejanza de Chile- de las administradoras de fondos de pensiones (AFP). Estas entidades que conforman el sistema privado de pensiones, funcionan paralelamente al sistema nacional de pensiones. También ha sido anunciada e incluso normada por decreto legislativo en 1991, la privatización de las prestaciones de salud en su componente previsional, pero esta reforma no ha sido llevada a cabo. Nótese que la cobertura e impacto redistributivo de este componente del sistema previsional es mayor que el de pensiones.

La ausencia de un seguro de desempleo se explica porque -como ha sido señalado antes- no predominan en el país las relaciones salariales por la falta de generación de empleos al ritmo en que aumenta la fuerza laboral. Para algunos, el pago por compensación del tiempo de servicios, denominado sistema CTS, funcionaría como una especie de seguro de desempleo, pues un trabajador despedido recibe el monto que ha acumulado en su cuenta de CTS, lo que le permite sostenerse hasta que encuentra otro empleo, o le permite iniciar una actividad por cuenta propia. Para otros, este sistema representa un seguro imperfecto de desempleo: sólo reciben un fondo como compensación aquellos trabajadores cuyos empleadores han aportado. Más bien, la compensación por tiempo de servicios fue concebida como un fondo que se recibe cuando el trabajador se retira de la fuerza laboral y no cuando es despedido.<sup>1</sup>

25

Una evaluación más a fondo de la protección social nos lleva a relacionar su estado actual con los aspectos tratados en la sección previa sobre el contexto del país, esto es, del diagnóstico socioeconómico del país, sus tendencias demográficas, la evolución de la estructura económica, el rol redistributivo del Estado y la situación fiscal.

En cuanto a los aspectos administrativos de la seguridad social encontramos que existe diversidad de opiniones. Para Remenyi (1993:11), recogiendo un amplio consenso, ha existido ineficiencia en la administración de los fondos del sistema público de pensiones, además de los problemas originados por el proceso de transición demográfica, el continuo proceso inflacionario y la crisis económica. Remenyi sostiene que las fuentes de ineficiencias provienen tanto del interior del sistema como por la participación del Estado. Como ejemplo de ello consigna la creciente importancia que viene adquiriendo el rubro de planillas dentro del presupuesto del IPSS<sup>19</sup> y las inversiones de baja rentabilidad que se manifiestan en la escasa contribución de los ingresos propios al financiamiento del sistema. Por su parte, el

18. "La compensación por tiempo de servicios (CTS) es una forma de ahorro forzado cuyo propósito está pobremente definido. Sería innecesario si hubiese un seguro por desempleo y si el sistema de pensiones funcionara adecuadamente. En las circunstancias actuales, el CTS es un sustituto muy imperfecto de ambos". (Banco Mundial 1992:22).

19. "Las remuneraciones pasaron de representar el 25.4% del gasto total en 1980 al 33.5% en 1989; se puede notar, sin embargo, una drástica reducción a partir de esa fecha." (Remenyi 1993:12).

Estado también ha contribuido a la crisis del sistema público al tomar prestados los fondos de la seguridad social, los que por la Constitución son intangibles.

Una opinión diferente es la de Anderson (1994:341-342) quien sostendrá que: "El problema fundamental de la previsión social en el Perú no es el deficiente manejo administrativo y financiero del IPSS, ni su uso para fines políticos ni tampoco los abusos cometidos por algunos de los beneficiarios del mismo, aunque todos ellos constituyen problemas importantes. El problema fundamental es *la falta de cobertura* sobre la gran masa de población... la ampliación de dicha cobertura (Mesa-Lago 1986)... -el seguro para campesinos, amas de casa e informales- ha respondido más a gestos populistas antes que a proyectos serios de extensión progresiva de una protección..., ello implicaría efectuar reformas profundas en el sistema de financiamiento de la seguridad social, y en la capacidad de atención de todos sus servicios...

Estas evaluaciones no se contraponen, y pueden considerarse ambas como válidas, cada una dando más importancia a un aspecto que al otro. Digamos además que los aumentos de la cobertura en salud, por ejemplo, no fueron acompañados del debido financiamiento ni del aumento de la capacidad administrativa. Para intentar ser más precisos, observemos algunas cifras.

26

El cuadro 10 presenta indicadores seleccionados sobre la marcha reciente del IPSS. Debemos aclarar, antes de seguir, que el período de 1985 a 1990 se caracterizó por un manejo político del IPSS y, por tanto, tuvo un mal manejo administrativo. A partir de la gestión de la actual administración del IPSS se observa una notoria mejoría en la calidad de los servicios de salud lo que, sin embargo, tiende a exagerarse, tanto porque las cifras provienen de esta administración como porque debería compararse la actual gestión con períodos anteriores en los que existía una atención de calidad en los servicios.

Se observa en el cuadro 10 que el porcentaje del gasto total en pensiones cae entre 1985 y 1990 de 39% a 32% mientras que se eleva el asignado a administración de 16% a 21%. Este patrón se invierte entre 1990 y 1992 cuando el gasto en pensiones sube al 41% y el administrativo se reduce a 12.5%. En concordancia con lo anterior, el número de trabajadores del IPSS aumentó de 29.5 mil en 1985 a 40.3 mil en 1990 para luego descender a 20,1 mil en 1992.<sup>20</sup> En cuanto a la cobertura, se indica que el porcentaje de la población que recibe servicios aumentó de 26% en 1985 a 33% en 1990 y a 36% en 1992. Esto se debe a la mayor incorporación de familiares de los asegurados en las prestaciones de salud del IPSS. Finalmente,

20. Debe anotarse sin embargo que es conocida la práctica de contratar personal, incluso al profesional médico, a través de empresas de servicios, por lo que la cifra de 20 mil trabajadores puede referirse a los trabajadores estables o que tienen una relación laboral directa con el IPSS.

Cuadro 10  
IPSS: Indicadores de gasto, administración y servicios, 1985-1992

Indicadores	1985	1990	1992
Distribución del gasto	45.0	47.0	46.0
- En pensiones (%)	39.0	32.0	41.0
- En administración (%)	16.0	21.0	12.5
Número total de trabajadores del IPSS (en miles)	29.5	40.3	20.1
Porcentaje total de la población que recibe servicios (%)	26.0	33.0	36.0
Número medio de consultas por médico	9.00	6.0	11.9
Duración media de la hospitalización (días)	11.3	9.0	9.0
Ocupación de camas (%)	70.0	55.0	70.0

FUENTE: Grupo de Agenda Social 1995: 86.

como indicadores de mejora en el rendimiento entre 1990 y 1992, se incluyen el aumento en el número promedio de consultas por turno de atención por médico y la recuperación del uso de la capacidad de hospitalización. La conclusión de esta información es que ha mejorado el servicio de salud brindado por el IPSS así como su administración.

Una de los principales justificaciones para la privatización –parcial-del Sistema Nacional de Pensiones del IPSS ha sido su crisis financiera. Esto fue escrito por Mesa-Lago hace más de una década: "A partir de 1983 el sistema ha arrojado un déficit global, debido principalmente a la mora del Estado y la evasión y mora de los empleadores. La deuda por ambos conceptos en 1983 era similar, en términos reales, a algo más de la mitad del total de ingresos del IPSS en 1982. Otras causas latentes del desequilibrio han sido la congelación en el porcentaje de cotización, la rentabilidad muy baja o negativa de las inversiones y los altos costos e irregularidades en la administración. La crisis económica agravada a comienzos del decenio fue el precipitante con su efecto negativo sobre el empleo, los salarios reales y el gasto fiscal" (Mesa-Lago 1985:161-2).

Efectivamente, como se observa en el cuadro 11, el resultado económico de la operación *total* del IPSS entre 1988 y 1990 fue negativo. Los ingresos corrientes provienen básicamente de las contribuciones o aportes de los trabajadores y empleadores y las rentas por las inversiones -ingresos de capital- son comparativamente magnitudes ínfimas.<sup>21</sup> Siendo así incluso en 1987-1988 se hicieron importantes gastos de capital.

Debe advertirse que, contra lo que se afirma, el monto de contribuciones totales sí cubre los pagos por pensiones y por prestaciones de salud

21. "Las aportaciones en promedio han representado algo más del 90% de los ingresos totales para el período 1980-1990. Para ese mismo período los ingresos originados por rentas e intereses no han tenido una participación significativa dentro de los ingresos totales" (Remenyi 1993:10).

Cuadro 11  
PERU: Resumen de operaciones del IPSS, 1980-1994.

Operaciones	nuevos soles				miles de nuevos soles		mill
	1980	1985	1987	1988	1989	1990	
<b>Ingresos corrientes</b>	140	3447	15855	60786	1373	55606	592
Contribuciones al IPSS	110	3251	15291	57998	1333	49845	539
Otros	30	196	564	2788	40	5761	53
<b>Gastos corrientes</b>	109	2825	13853	71781	1400	58869	488
Remuneraciones	33	724	5467	24495	489	14245	85
Compra de bienes y servicios	32	693	2668	13190	264	11655	153
Intereses	—	17	—	—	—	—	5
Transferencias al sector privado	44	1391	5718	34096	647	32969	245
<i>Ratio = (contribuciones/transferencias)</i>	2.5	2.3	2.7	1.7	2.1	1.5	2.2
<b>Ahorro en cuenta corriente</b>	31	622	2002	-10995	-27	-3263	104
<b>Ingresos de capital</b>	5	12	59	992	10	6	—
<b>Gastos de capital</b>	19	116	1175	1923	40	1437	37
<b>Resultado económico</b>	17	518	886	-11926	-57	-4694	67

FUENTE: Banco Central de Reserva del Perú.  
Tomado de INEI, *Compendio Estadístico 1994-95* Tomo III, cuadro 21.24, pág. 256.

(Transferencias al Sector Privado), aunque la razón entre estas dos cifras va reduciéndose, de un pico de 2.7 en 1987, antes de la hiperinflación, a 1.5 en 1990, para fluctuar en alrededor de 2 en 1991-1993.

A partir de 1994 empieza el declive en los ingresos corrientes del IPSS al empezar a funcionar el Sistema Privado y absorber una parte de sus asegurados. La cifra del cuadro 11 para este año abarca los dos sistemas. Si nos atenemos a los resultados a partir de 1991 para los dos sistemas del IPSS -pensiones y salud- se observa un saldo *positivo* en el rubro "ahorro en cuenta corriente" y en "resultado económico". Sorprende en consecuencia el argumento de la crisis financiera del IPSS para privatizar las pensiones e incluso resulta inexplicable que las pensiones no hayan mejorado. Destaca también en este cuadro la desaparición de los ingresos de capital del IPSS, esto es, ha habido un manejo ineficaz del patrimonio de los asegurados.

#### **d. Seguridad social y pobreza**

Sobre la base de la información proveniente de las Encuestas de Hogares de la Dirección de Empleo del Ministerio de Trabajo (MTPS-DNEFP) para Lima Metropolitana de 1987 y 1993, podemos dar cuenta del proceso que más ha afectado a la seguridad social en el Perú: el empobrecimiento de los asegurados por la caída de los ingresos reales en razón de la hiperinflación de 1989-1990. El empobrecimiento no se debe a la ampliación de la cobertura de la Seguridad Social, de manera que ésta proteja a una mayor proporción de población pobre. Los menores ingresos reales afectan el monto de los aportes, especialmente de la gran mayoría que gana muy poco, y a su vez, el que los aportes sean menores - junto con el mal manejo político y administrativo- afectará la capacidad del IPSS de pagar pensiones *reales* significativas. El resultado ha sido una marcada reducción en los montos de las pensiones, que han llegado a ser irrisorias para la mayoría de pensionistas.

29

En consecuencia, el cambio más dramático que se observa entre 1987 y 1993 en la relación entre seguridad social y pobreza es el gran aumento -de 7.4% a 56.8%- de la proporción de pobres entre los trabajadores asalariados asegurados (cuadro 12). Mientras que la proporción de asalariados asegurados disminuye, de 87.9% a 83.8%, es decir, mientras que se produce un descenso relativo en la cobertura de la seguridad social, los protegidos por ella, se empobrecen más que los no asegurados y que los no asalariados. El gran aumento de la pobreza incidió más en aquellos que tenían ingresos que perder. Nótese en el extremo opuesto que la proporción de los no-asalariados pobres no-asegurados es la que comparativamente aumenta menos, de 43.3% a 74.1%.

Este resultado es fundamental para el análisis de la relación entre seguridad social y pobreza y para formular proyecciones sobre las perspectivas de la seguridad social en el país. Por ello, sigamos con el cuadro 12. En primer término, nótese que los asalariados aumentan a menor ritmo que los

Cuadro 12

Lima: Distribución de la PEA ocupada asalariada y no asalariada según condición de pobreza y de aseguramiento en el Sistema de Pensiones, 1987-1993 (1/)  
(en porcentajes)

Condición de asalariado y condición de pobreza	1987			1993		
	Asegurados	No asegurados	Total	Asegurados	No asegurados	Total
<b>Asalariados</b>	<b>87.9</b>	<b>35.2</b>	<b>58.3</b>	<b>83.8</b>	<b>40.9</b>	<b>56.4</b>
- Pobres (% col.)	7.4	38.6	18.0	56.8	81.6	68.3
(% fila)	27.3	72.7	100.0	44.5	55.5	100.0
- No pobres (% col.)	92.6	61.4	82.0	43.2	18.4	31.7
(% fila)	74.7	25.3	100.0	72.9	27.1	100.0
<b>No asalariados</b>	<b>12.1</b>	<b>64.8</b>	<b>41.7</b>	<b>16.2</b>	<b>59.1</b>	<b>43.6</b>
- Pobres (% col.)	19.7	43.3	40.3	49.4	74.1	70.8
(% fila)	6.3	93.7	100.0	9.3	90.7	100.0
- No pobres (% col.)	80.3	56.7	59.7	50.6	25.9	29.2
(% fila)	17.2	82.8	100.0	23.1	76.9	100.0
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>En miles</b>	<b>870.4</b>	<b>1110.7</b>	<b>1981.1</b>	<b>894.3</b>	<b>1592.4</b>	<b>2486.7</b>

FUENTE: MTPS-DNEFP, Encuestas de Hogares.

1/ Definimos como ocupados en condición de pobreza a aquellos que perciben un ingreso igual o inferior al gasto promedio por hogar. Para mayor detalle sobre esta definición puede verse Verdera 1995.

no-asalariados. Entre los asalariados, los asegurados disminuyen en cifras relativas y absolutas. En segundo lugar, se observa que el mayor aumento corresponde a los asalariados no-asegurados, que pasan de 390 mil trabajadores a 652 mil, de los cuales el 81.6% son pobres. Se encuentra por tanto no sólo un empobrecimiento de los asegurados sino también una creciente desprotección de los trabajadores asalariados, pues los no-asegurados también se empobrecen. Finalmente, aumentan en cifras absolutas y relativas, aunque sobre niveles bajos, los asegurados entre los no-asalariados, pasando su proporción sobre los asegurados totales, de 12.1% en 1987 a 16.2% en 1993. Este hecho que puede considerarse positivo es contrarrestado por el empobrecimiento de estos no-asalariados asegurados, cuya proporción sube de 19.7% a 49.4%.

#### **4. SISTEMAS DE PENSIONES**

##### ***a. Descripción***

Desde 1993 coexisten en el Perú dos sistemas de pensiones, el nacional, también denominado estatal o público, regido por el D.L. 19990 de abril de 1973, y el privado, creado por el D.L. 25897 de diciembre de 1992. Empezaremos trazando un breve diagnóstico del primero. Este es un tema controvertido en la medida que la justificación principal de la necesidad de privatizar la administración de los fondos de pensiones provino de una evaluación negativa del sistema público. Cabe entonces preguntarse, siguiendo la argumentación de la evaluación global ya adelantada, por las razones de la denominada "crisis" del sistema público de pensiones a cargo del IPSS y si en verdad éste no tenía posibilidades de enmendar rumbos.

31

##### *Fundamento constitucional*

La concepción y fundamento de la creación del IPSS en 1980 se encuentra en el artículo 14 de la Constitución de 1979. En él se afirma que una institución autónoma y descentralizada, con personería de derecho público y con fondos y reservas propios aportados obligatoriamente por el Estado, empleadores y asegurados (el IPSS), *es la que tiene a su cargo* la seguridad social de los trabajadores y de sus familiares. Esta responsabilidad estatal no es exclusiva pues en el mismo artículo 14 se añade que: "La existencia de otras entidades públicas o privadas en el campo de los seguros no es incompatible con la mencionada institución, siempre que ofrezcan prestaciones mejores o adicionales y haya consentimiento de los asegurados."

En la Constitución de 1993 vigente, se aprecia un cambio en la concepción de la responsabilidad del Estado en materia de seguridad social. El artículo 10 sostiene que el Estado *reconoce el derecho* universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida. Según el artículo 11, el Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a

pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Queda abierto el camino para la privatización.

### *La crisis como fundamento*

Existen numerosas apreciaciones de la "crisis" del Sistema Nacional de Pensiones (SNP), la mayor parte de ellas, puntuales.<sup>22</sup> Un resumen del estado actual del sistema de pensiones es presentada por Mesa-Lago (1994: 26). En primer término, se trata de la descapitalización dramática que ha sufrido el fondo de pensiones, la elevada deuda estatal, una considerable evasión y gastos administrativos enormes. En segundo lugar, el sistema mostraba baja cobertura poblacional, una disminución pronunciada en el valor real de las pensiones, falta de estudios actuariales y una ineficacia y desperdicio generalizados.

Una misión del Banco Mundial efectuó en 1991 una evaluación del mercado de trabajo y la situación laboral en el país. Según este informe (Banco Mundial 1992:24-26) las principales limitaciones del régimen de pensiones del IPSS, son las siguientes:

La primera observación atañe al manejo administrativo y sostiene que siendo parcialmente el régimen de pensiones del IPSS un sistema de acumulación de fondos que debían rendir beneficios, las normas que debían regular el destino de la inversión no fueron debidamente cumplidas. Digamos que ésta ha sido y es una responsabilidad del gobierno central que "se prestó" los fondos, y no propiamente del IPSS.

La segunda observación se refiere a la dificultad generada por el estancamiento de las contribuciones, a la vez que el número de beneficiarios se incrementó. En 1980 había 18 aportantes por cada beneficiario. En 1989, este ratio fue de 11 a 1. El informe de G&R Consultores (1995:126) también resalta el aumento de la población pensionista y el casi nulo crecimiento del número de aportantes. Éste es un resultado de cambios demográficos -envejecimiento de la población asegurada- y de la marcha de la economía y, en particular, de la declinación del mercado de trabajo formal debida al desempleo entre la población asegurada generado por el ajuste y las reformas, declinación de la que no escapará el sistema privado.

Como anota Remenyi (1993:11) la marcha del IPSS está asociada a la evolución macroeconómica: "...la caída de las remuneraciones reales, a consecuencia de la crisis económica, redujo, en los mismos términos, las aportaciones del sistema; la recuperación de los ingresos del IPSS, entre 1985 y 1987, también es explicada en gran medida por la evolución de las remuneraciones reales a consecuencia de la expansión de la economía en esos años.

22. "...el Sistema de Pensiones atravesaba por una crisis bastante severa que se reflejaba en la pérdida creciente de la capacidad adquisitiva de las pensiones y demora en el proceso de evaluación de expedientes y consiguiente acumulación de los mismos." (G&R Consultores 1995:125).

Si tomamos (los valores del año) 1980 como igual a 100, vemos una tendencia decreciente en los ingresos reales de la población y en los del IPSS. En 1990 los ingresos reales del Instituto constituían alrededor del 36% de su valor en 1980, la remuneración mínima vital el 21% y los salarios el 31 %".

Una tercera limitación del IPSS -la principal queja de los pensionistas- radica en lo reducido de las pensiones que paga. Entre julio de 1985 y julio de 1990 las pensiones perdieron aproximadamente el 83% de su capacidad adquisitiva (G&R Consultores 1995:126). Las ínfimas pensiones se deben a que el IPPS ha mantenido un balance entre sus ingresos y gastos, aumentando el techo para los aportes mientras que redujo el nivel promedio de beneficios. La pensión promedio pasó de 206.89 soles (a precios de diciembre de 1990) en 1980 a 134.68 en 1985 y a 25.8 en junio de 1989. (Banco Mundial 1992:24, cit. Rueda *et al.* 1989).<sup>23</sup> Como consecuencia, muchos de los beneficios del sistema son independientes de las contribuciones y el sistema crea los incentivos para que los empleadores y empleados escojan contratos y arreglos que producen la mínima contribución posible. Esta limitación se origina de las dos observaciones anteriores sobre el estancamiento de los ingresos del IPSS.

Finalmente, el informe del Banco Mundial indica que el programa de pensiones del IPSS está básicamente financiado por las contribuciones de los empleadores -incluido el Estado-<sup>24</sup> y de los trabajadores asalariados pero no cuenta con un sistema computarizado de registro. También aportan trabajadores independientes de manera voluntaria o facultativa. Los empleadores calculan y pagan sus contribuciones según su propia declaración. Cuando se tiene que determinar el monto de pensión, los trabajadores muestran su ingreso y sus declaraciones de impuestos. No existe forma de verificar la magnitud de posibles evasiones en las contribuciones. Esta deficiencia administrativa no tiene atenuante alguno.

33

#### *Cálculo de la pensión<sup>25</sup>*

En el sistema del IPSS los hombres se jubilaban a los 60 años y las mujeres a los 55. La edad de jubilación se elevó a los 65 años tanto para hombres como para mujeres, con la creación del Sistema Privado de Pensiones

23. En el informe del Banco Mundial se explica: Hasta octubre de 1990, el 18% de contribución a la Seguridad Social (9% para pensiones y 9% para salud) tuvo un límite de ingreso asegurable máximo, que se trasladaba como techo para las contribuciones. El límite máximo se definía periódicamente como un múltiplo del salario mínimo legal de Lima. Existía también un piso legal para las contribuciones. Con el paso del tiempo se ha reducido en valor real del piso porque fue indexado con el salario mínimo mientras que el techo fue redefinido para aumentar la contribución de los trabajadores mejor pagados. En 1989, el 31% de los asegurados tenían salarios menores o iguales al mínimo, 40.5% se encontraban entre uno y dos salarios mínimos y menos de 1% tenían salarios por encima del techo de 20 veces el salario mínimo.

24. Según la Constitución de 1979 (art. 14) debía haber una contribución adicional del Estado -no como empleador- a la seguridad social, pero no se ha llegado a implementar.

25. Sobre la base de los informes del Banco Mundial y de G&R Consultores ya citados.

en 1993. Finalmente, en julio de 1995 se modificó las edades del sistema público (ONP) adoptando la edad de 65 años para todos.

Hasta agosto de 1990, el monto de las pensiones se determinaba bajo el criterio del sistema de reparto, por el cual una generación de trabajadores aportantes cubría a los pensionistas de la generación anterior. Al no mantenerse una proporción adecuada entre aportantes y pensionistas, este sistema quebró, afectando el monto de las pensiones. En estas circunstancias, "el monto de la pensión se fijó de acuerdo a una cantidad mínima para vivir". Las personas que aportaron durante 5 años recibían una pensión igual a los que aportaron 30 años o más.

Actualmente, la pensión se calcula mediante una fórmula que toma en cuenta el número de años de contribución (generalmente, los hombres deben haber contribuido cuando menos 15 años y las mujeres 13), el ingreso promedio obtenido en los 12 meses previos y la composición de la familia. Pero lo determinante para fijar el monto global a pagar es la disponibilidad de lo recaudado.

Una menor recaudación, de una parte, y la hiperinflación, por otra, hicieron que el monto de la pensión cayera en términos reales a niveles irrisorios. La hiperinflación no estuvo acompañada de una indexación adecuada lo que creó una gran incertidumbre respecto al valor real de las pensiones. En 1984 una ley estableció una regla de indexación trimestral según el Índice de Precios al Consumidor de Lima (IPC). Esta indexación fue respetada hasta 1988, cuando debido a la falta de fondos, el IPSS discontinuó la indexación con el IPC y lo reemplazó con reglas de corrección arbitrarias. Como consecuencia, el valor real de las pensiones declinó y la mayoría se agrupan ahora alrededor del nivel mínimo.<sup>26</sup> Esto a su vez ha creado incentivos para que las contribuciones cayeran de manera similar a cerca de los niveles mínimos.

Según el informe del Banco Mundial (1992), la esperanza de vida a la edad de retiro -la relevante para el cálculo de las pensiones a pagar- era de aproximadamente 16.5 años en 1991. Un individuo que contribuía con el monto mínimo al IPSS obtenía el salario mínimo de Lima al retirarse. De esta manera, esa persona recibía una muy importante transferencia de ingresos reales a través del sistema. En verdad, asumiendo 40 años de contribuciones y una -baja- tasa de capitalización de 3%, tendría que haber pagado el 16% de su ingreso mínimo declarado para financiar la pensión.

#### *El caso de los empleados públicos*

Un caso muy particular es el de una parte de los empleados públicos que se benefician del régimen denominado de cédula viva, que se otorga de

26. Los promedios de pensiones en abril de 1995 fueron de 206 soles para jubilados, 172 soles para invalidez y 123 para viudez (Castro Gómez 1995:27).

acuerdo al D. L. 20530 (del 28 de febrero de 1974). Los trabajadores de la administración pública (gobierno central, gobiernos locales y entidades públicas) que ingresaron a trabajar antes de la fecha de promulgación del decreto (1974) pueden jubilarse y tener una pensión equivalente a la remuneración que percibían al momento de jubilarse luego de 20 años de servicio, en los que se incluía hasta 4 años de sus estudios universitarios. Esto llevó el año hasta el que podían beneficiarse de este régimen a 1978. Los que se acogieron a este sistema también podían jubilarse con menos años, obteniendo una pensión proporcional a los años trabajados. Debe aclararse que durante sus años de actividad -no los de estudio- se descuenta al trabajador su contribución a un fondo para el pago de esta pensión.

La pensión se reajusta de acuerdo a los aumentos de los haberes de un trabajador activo de su mismo nivel y categoría y no tiene tope alguno. Un exceso en la cobertura de este beneficio llevó a que los trabajadores de algunas empresas públicas, que están sujetos al régimen de la actividad privada, también se beneficien de este tipo de pensión merced a dispositivos especiales. Se da en estos casos -entre los que figuran el Banco de la Nación, la Compañía Peruana de Vapores y Petroperú- el agravante de que el nivel de los sueldos en dichas empresas ha sido, y es, bastante más alto que el de los trabajadores de la administración pública. También decidieron acogerse a este beneficio un grupo de congresistas.<sup>27</sup>

Castro Gómez (1995:28-29) estima que estos pensionistas son alrededor de 250 mil personas. De ellas, 100 mil son maestros cesantes y pensionistas, 16.4 mil pensionistas del propio IPSS y el resto de trabajadores de diversos sectores de la administración pública. El monto promedio de la pensión de los pensionistas del IPSS en agosto de 1995 era de 450 soles, 2.2 veces el promedio de las pensiones de los jubilados del sector privado. Aún así Castro Gómez sostiene que estas pensiones corresponden al 20 o 30% del monto de la remuneración de los trabajadores activos a la que tienen derecho.

Por estas consideraciones, pese a que la Constitución de 1993 explícitamente garantiza esta pensión, ésta ha sido cuestionada y limitada. Recientemente, la Sala Constitucional y Social de la Corte Suprema ha declarado inaplicables, por inconstitucionales, los topes a las pensiones que se otorgan por concepto de "cédula viva", introducidas por las Leyes de Presupuesto de los años 1991 y 1994, ordenando que se abonen las pensiones sin tope alguno, niveladas con el haber del servidor en actividad (Blancas 1996).

27. Llamó la atención que la primera disposición final y transitoria de la Constitución de 1993 aprobada por el Congreso dijera: "Los nuevos regímenes sociales obligatorios, que sobre materia de pensiones de los trabajadores públicos se establezcan, no afectan los derechos legalmente obtenidos, en particular el correspondiente a los regímenes de los decretos leyes 19990 y 20530 y sus modificatorias" .

## b. Cobertura

El cuadro 13 presenta los cambios en la cobertura de la población protegida por el IPSS y en su composición. En síntesis, éste cuadro 13 nos dice que la población protegida en 1992 era 28.1 % de la población total y que los aportantes (o asegurados) eran el 33.2% de la PEA ocupada.<sup>28</sup> En cifras absolutas, en 1992 la población protegida total fue de 6,307 mil personas y los aportantes 2,120 mil trabajadores. Pasemos ahora a comentar el cuadro 13.

En primer término, consignamos la evolución de la población *protegida* en el IPSS en 1984 y 1992. La población protegida abarca a la población asegurada, que es la que aporta tanto para pensiones como para salud, a la pensionista y a la dependiente, esto es, a los familiares -cónyuge e hijos menores de 18 años- que los asegurados hayan inscrito, y que están cubiertos por las prestaciones de salud del IPSS.<sup>29</sup> El porcentaje de población protegida sobre la población estimada total sube de 11.3% en 1984 a 28.1% en 1992, esto es, más que se duplica. El gran aumento de esta proporción, de 11.3% a 23.2%, se produjo entre 1984 y 1985 cuando se hizo efectivo el derecho de prestaciones de salud a los familiares de los asegurados.

En segundo lugar, en el cuadro 13 figura la población aportante, la misma que crece como proporción de la PEA ocupada entre 1984 y 1991, si bien muestra fluctuaciones a lo largo de este período: de 1984 a 1988 se mantiene en alrededor del 32% de la PEA ocupada. Aumenta a saltos en 1989 y 1990, para luego caer fuertemente en 1992 en más de 220 mil asegurados. En este último año, la cifra absoluta de aportantes fue de 2,120 mil personas.<sup>30</sup>

El porcentaje de asalariados aportantes (empleados y obreros) sobre la PEA asalariada sigue el mismo patrón de fluctuación, acentuándose la caída en el porcentaje entre 1991 y 1992 en 9.7 puntos porcentuales.<sup>31</sup> La combinación de efectos de la recesión, el impacto del ajuste -por la rebaja arancelaria- y la flexibilización del mercado de trabajo han conducido a que los asalariados aportantes caigan en 237 mil trabajadores entre 1991 y 1992.

28. Las cifras del cuadro 13 coinciden aproximadamente con las mencionadas por Mesa-Lago. Según nuestro cuadro, en 1985 la cobertura de la población protegida sobre la población total fue 23.2% y la asegurada sobre la PEA de 33%. Para Mesa-Lago (1985:161): "...la cobertura de la población total sólo aumentó del 9 al 19% en 1961-1983 mientras que la de la PEA creció del 25 al 38%".

29. El trámite de inscripción de familiares debe hacerlo el propio asegurado lo que lo dificulta pues tiene que hacerse en horario de trabajo y es bastante lento.

30. La cifra proporcionada por Castro Gómez (1995:27) de 2,478.9 mil afiliados -tanto a la ONP como a las AFP- supondría una recuperación de la caída de los afiliados de 1992 y un crecimiento importante entre 1992 y 1995.

31. Hemos elaborado la serie para la población asalariada asegurada -aportantes- a partir de la proporción entre los asalariados afiliados sobre la PEA ocupada asalariada de Lima. Tuvimos que hacerlo porque la serie que proporciona el IPSS -y que publica el INEI- sobrestima esta magnitud, al considerar como aportantes o asegurados activos a aquellos trabajadores que han sido inscritos en su primer empleo en el IPSS, aunque hayan dejado de trabajar como asalariados o esten en otro empleo en el cual no aporten.

Cuadro 13

PERU: Población asegurada por el Instituto Peruano de Seguridad Social, 1984-1992. a/  
(en miles)

Tipo de asegurado	Población asegurada						
	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Población total	18992	19417	19840	20261	20684	21113	21541
PEA Ocupada	5381	5498	5617	5740	5865	5992	6119
PEA Ocupada Asalariada	2412	2470	2530	2591	2653	2718	2783
PEA Asal/PEA Ocup (%)	44.8	44.9	45.0	45.1	45.2	45.3	45.4
Población protegida b/	2142	4508	4717	4996	5094	5488	5881
% sobre Población total	11.3	23.2	23.8	24.7	24.6	26.0	27.3
Aportantes c/	1766	1809	1742	1901	1878	2065	2142
% sobre PEA Ocupada	32.8	32.9	31.0	33.1	32.0	34.5	35.0
Empleados y obreros	1623	1652	1568	1710	1669	1837	1901
% sobre PEA Asalariada d/	67.3	66.9	62.0	66.0	62.9	67.6	68.0
Otros trabajadores no asalariados	143	157	174	191	209	228	242
% sobre PEA no asalariada	4.8	5.2	5.6	6.1	6.5	7.0	7.4
Pensionistas	203	208	221	235	247	339	352
Aportantes/pensionistas (Nº)	8.7	8.7	7.9	8.1	7.6	6.1	6.1
Dependientes (salud)	173	2491	2754	2860	2969	3084	3199

a/ En 1984 la cobertura de los hijos de los asegurados era hasta el año de edad y las cónyuges atención por maternidad. Para 1985, se asegurados hasta los 14 años de edad y la atención integral a las cónyuges. Para 1986, se extiende la atención desde el mes de noviembre hasta los 18 años de edad. (Esta nota es del INEI).

b/ Entre 1985 y 1992, la variación % promedio fue de 4.9% para la población protegida y de 5.8% para los dependientes (salud).

c/ Excluye a los pensionistas.

d/ En la medida que el INEI sobrestima la serie para asalariados aportantes, hemos utilizado la proporción de asalariados aportantes que se puede deberse a que el IPSS mantiene como aportantes a los trabajadores que fueron inscritos alguna vez al IPSS, aunque hayan cesado de serlo.

FUENTE: INEI. *Compendio Estadístico 1993-94*. Tomo I, pág.334. MTPS-DNEFP. Encuestas de Hogares, varios años.

En tercer término, en el cuadro 13 se observa el aumento de la proporción de aportantes no asalariados sobre la PEA no asalariada, de 4.8% en 1984 a 12.8% en 1992, la misma que se duplica entre 1988 y 1990. En este grupo de población se encuentran principalmente los asegurados facultativos pero también las trabajadoras del hogar, campesinos y amas de casa.

Como cuarto aspecto, resalta el gran aumento de los pensionistas. Su magnitud se elevó de 203 mil a 489 mil entre 1984 y 1992, esto es, mostró un aumento promedio anual de 17.6%. En cambio, la cifra de aportantes se acrecienta en el mismo período de 1,766 mil a 2,120 mil, con un aumento promedio anual de sólo 2.5%. Esta última variación requiere de una subdivisión: entre 1984 y 1991 los aportantes aumentaron en 4.7% como promedio anual y en 1991-1992 esta cifra se reduce en -9.6%. Por ello se observa que el ratio entre aportantes y pensionistas cae de 8.7 a 4.3 en el período de 8 años. De seguir esta tendencia las posibilidades de cubrir las pensiones con los aportes de los asegurados son cada vez más difíciles.

El cuadro 14 que presenta la composición de la población protegida resalta el cambio que se produjo en 1985, cuando las proporciones entre aportantes, pensionistas y dependientes se modificaron sustancialmente, al ampliarse la cobertura de las prestaciones de salud del IPSS a los familiares de los aportantes. Así, mientras que en 1984 el 82,4% de la población protegida correspondía a los aportantes, el 9.5% a los pensionistas y 8.1 % a los familiares-dependientes, en 1985, este último porcentaje se eleva a 55.3% y los porcentajes de los aportantes y pensionistas se reducen a la mitad.

38

Después del drástico cambio en las proporciones entre 1984 y 1985, lo que se observa desde 1985 hasta 1992 refleja las tendencias demográficas -el envejecimiento de la población-, el estancamiento de la proporción de la PEA asalariada a nivel nacional y el descenso de la proporción de aportantes entre los asalariados por la flexibilización laboral. Mientras que los pensionistas y los dependientes suben de 4.6% y 55.3% de la población protegida en 1985 a 7.8% y 58.6% en 1992, respectivamente, el porcentaje de los aportantes cae de 40.1 % en 1985 a 36.6% en 1991 y luego a 33.6% en 1992.

La distribución de la población asegurada -protegida por prestaciones de salud del IPSS- por departamentos nos permite evaluar la concentración de la cobertura a nivel del país. El cuadro 15 presenta los porcentajes de asegurados sobre la población total por departamentos en orden descendente. Destacan los mayores porcentajes correspondientes a los departamentos con mayor población urbana y de la costa. Los porcentajes de asegurados sobre población del área de Lima-Callao, Arequipa, Moquegua, Ica, Lambayeque y Tacna se encuentran por encima del promedio nacional, de 27.1%. Otro grupo de departamentos de la costa y Pasco, de actividad minera, muestran porcentajes entre el promedio y más de 20%. Se cumple la observación de Mesa-Lago (1985:161) respecto a la exclusión de los departamentos más pobres, los del sur andino, en los que la proporción de

Cuadro 14

PERU: Composición de la población protegida por el Instituto Peruano de Seguridad Social, según tipo de asegurado, 1984-1992. a/ (en porcentajes)

Tipo de asegurado	Población asegurada													
	1984		1985		1986		1987		1988		1989		1990	
Total (en miles)	100.0 (2142)		100.0 (4508)		100.0 (4717)		100.0 (4996)		100.0 (5094)		100.0 (5488)		100.0 (6252)	
Aportantes	82.4	100.0	40.1	100.0	36.9	100.0	38.1	100.0	36.9	100.0	37.6	100.0	36.9	100.0
Empleados y obreros b/		91.9		91.3		90.0		90.0		88.9		89.0		88.9
Otros trabajadores		8.1		8.7		10.0		10.0		11.1		11.0		11.1
Trabajadores del hogar		3.2		3.2		3.5		3.3		3.4		3.3		3.3
Facultativos		4.9		5.5		6.5		6.7		7.7		7.7		7.7
Amas de casa		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0
Campesinos		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0
Pensionistas	9.5		4.6		4.7		4.7		4.8		6.2		7.4	
Dependientes	8.1	100.0	55.3	100.0	58.4	100.0	57.2	100.0	58.3	100.0	56.2	100.0	55.8	100.0
Cónyuge		47.4		30.3		28.1		28.0		28.2		28.3		28.3
Hijos (menores de 18 años)		52.6		69.7		71.9		72.0		71.8		71.7		71.7

a/ En 1984 la cobertura de los hijos de los asegurados era hasta el año de edad y las cónyuges atención por maternidad. Para 1985, se amplió la cobertura de la atención de los hijos y la atención integral a las cónyuges. Para 1986, se extiende la atención desde el mes de noviembre para los hijos de los asegurados hasta los 18 años de edad. (Esta nota es del INEI).

b/ En la medida que el INEI sobrestima la serie para asalariados aportantes hemos utilizado la proporción de asalariados aportantes sobre la PEA asalariada de Lima. La sobrestimación como aportantes a los trabajadores que fueron inscritos alguna vez al IPSS, aunque hayan dejado de aportar al cesar en el empleo por el que fueron inscritos.

FUENTE: INEI. Compendio Estadístico 1993-94. Tomo I, pág. 334. MTPS-DNEFP. Encuestas de Hogares, varios años.

Cuadro 15

PERU: Población total, población económicamente activa y población asegurada, por departamentos según porcentaje de población asegurada, 1993. (en miles)

Departamento	Población total		Población económicamente activa		Población asegurada		Porcentaje población asegurada (2)/(1)	
	(1)	%		%	(2) a/	%		
Total	22639.4	100.0	7109.5	100.0	6136.4	100.0	27.1	
Orden								
Lima y Callao	1	7126.5	31.5	2622.5	36.9	3302.9	53.8	46.3
Arequipa	2	939.1	4.1	307.8	4.3	392.4	6.4	41.8
Moquegua	3	130.2	0.6	46.5	0.7	49.3	0.8	37.9
Ica	4	578.8	2.6	170.8	2.4	191.4	3.1	33.1
Lambayeque	5	950.8	4.2	269.8	3.8	310.1	5.1	32.6
Tacna	6	223.8	1.0	81.4	1.1	66.0	1.1	29.5
Pasco	7	239.2	1.1	64.5	0.9	54.6	0.9	22.8
Tumbes	8	158.6	0.7	49.2	0.7	33.7	0.5	21.3
Piura	9	1409.3	6.2	400.1	5.6	293.7	4.8	20.8
La Libertad	10	1287.4	5.7	381.9	5.4	263.4	4.3	20.5
Madre de Dios	11	69.9	0.3	27.1	0.4	12.8	0.2	18.3
Loreto	12	736.2	3.3	200.3	2.8	131.8	2.1	17.9
Ancash	13	983.5	4.3	272.5	3.8	175.7	2.9	17.9
Ucayali	14	331.8	1.5	97.5	1.4	56.1	0.9	16.9
Ayacucho	15	512.4	2.3	131.4	1.8	77.1	1.3	15.0
Puno	16	1103.7	4.9	319.9	4.5	160.7	2.6	14.6
Junín	17	1093.0	4.8	312.0	4.4	144.8	2.4	13.2
San Martín	18	572.4	2.5	195.1	2.7	66.5	1.1	11.6
Huánuco	19	678.0	3.0	183.8	2.6	78.6	1.3	11.6
Huancavelica	20	400.4	1.8	103.7	1.5	37.1	0.6	9.3
Apurímac	21	396.1	1.7	96.6	1.4	33.6	0.5	8.5
Cusco	22	1066.5	4.7	317.4	4.5	85.2	1.4	8.0
Cajamarca	23	1297.8	5.7	355.4	5.0	93.9	1.5	7.2
Amazonas	24	354.2	1.6	102.3	1.4	25.0	0.4	7.1

Fuente: IPSS. Estadísticas de Prestaciones de Salud, 1994. Boletín N° 1, feb. 1995, pág. 14.

a/ Excluye a los pensionistas.

seguridad social y las áreas geográficas más subdesarrolladas son las que tienen una cobertura inferior y los peores servicios de salud". Este es el caso de Huancavelica, Apurímac, Cusco y Cajamarca y del departamento de la selva norte más aislado, Amazonas.

Sin embargo, hay que hacer notar que existen dificultades provenientes de la estructura social -y no sólo de la geografía- para extender la cobertura. Como anota Jenkins (1993:6): "La dificultad para lograr una cobertura verdaderamente universal de la seguridad social proviene en gran medida de la presencia de categorías de trabajadores difíciles de organizar, y para los que resulta complejo administrar o extender el amparo de manera eficaz y efectiva. Tales son los casos de los trabajadores rurales, los ocupados en el sector informal y los grupos marginales".

El cuadro 16 presenta la evolución de la composición de los pensionistas del IPSS según leyes y riesgos entre 1980 y 1995. En este cuadro se ofrece la evidencia de la importancia de cada régimen de pensiones, tal como indicamos a título provisorio en el cuadro 9 de la sección anterior. Las pensiones de jubilación son las únicas importantes (71.3% de las pensiones en 1995), seguidas a distancia de las de viudez (21.2%), Y más aun, de las de orfandad (5.7%). La proporción de pensionistas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales es muy reducida (2.5% en 1995), concentrándose en el régimen de enfermedades profesionales y en pensiones de viudez.

En cuanto a la evolución de la composición de los pensionistas cabe mencionar, primero, el crecimiento de la participación de los pensionistas en el régimen de jubilación, que aumentan de 64% en 1980 a 71.3% en 1995, con 20% de incremento promedio anual, y de las pensiones de viudez, que se elevan de 17.6% en 1980 a 21.2% en 1995, con un incremento de 22.6% anual. En segundo lugar, se registra en el cuadro 16 la unificación de los sistemas de pensiones en el Sistema Nacional, por lo que desaparecen el Fondo de Empleados Particulares y el régimen para los choferes profesionales, ambos en 1991, y de los cesantes del IPSS en 1990.

El número de pensionistas se encuentra en los niveles que indica Remenyi (1993:10): "Se estima que actualmente hay 292 mil pensionistas y 30 mil más que están esperando que se resuelvan sus expedientes, es decir, un total de 322 mil." Añade que la cobertura de los pensionistas sobre la población de 65 años y más, es muy reducida: "De acuerdo a estimaciones recientes del INEI (1990) la población nacional de 65 años y más es de 900 mil, resultando que sólo el 36% de los ancianos están cubiertos por el sistema de pensiones". Nos parece que este cálculo no es exacto porque, de una parte, existen pensionistas con menos de 65 años de edad y, de otra parte, es muy común encontrar asegurados que siguen aportando después de los 65 años. 32

32. La razón para esto son las bajas pensiones que reciben los jubilados. Incluso se ha dispuesto en julio de 1995, la jubilación obligatoria a los 70 años. En 1992 había 286 mil aportantes de 65

Cuadro 16  
 PERU: Población pensionista del Instituto Peruano de Seguridad Social, según leyes y riesgos, 1980-1995.  
 (Distribución porcentual)

Leyes y riesgos	Población pensionista													
	1980		1985		1990		1991		1992		1993		1994	
Total (en miles)	100.0 (108.3)		100.0 (173.5)		100.0 (286.0)		100.0 (302.7)		100.0 (302.6)		100.0 (311.3)		100.0 (327.7)	
Sistema Nacional de Pensiones DL 19990	82.0	100.0	85.9	100.0	88.6	100.0	92.1	100.0	97.4	100.0	95.7	100.0	97.5	100.0
Invalidez		2.8		2.1		1.6		1.6		1.5		1.4		1.4
Vejez		8.0		1.0		0.4		0.3		0.2		0.2		0.2
Jubilación		64.0		67.3		70.4		70.9		72.0		71.8		71.8
Viudez		17.6		21.0		20.1		20.0		19.8		20.3		20.3
Orfandad		7.3		8.0		7.0		6.8		6.0		5.8		5.8
Ascendientes		0.3		0.5		0.5		0.5		0.4		0.4		0.4
Fondo de empleados particulares DL 17262	10.3		6.2		3.4		3.1		0.0		0.0		0.0	0.0
Chofer profesional DL 16124	2.2		1.9		2.2		2.2		0.0		0.0		0.0	0.0
Accidentes de trabajo														
Enfermedades profesionales DL 18846	1.8	100.0	2.5	100.0	2.5	100.0	2.6	100.0	2.6	100.0	2.5	100.0	2.5	100.0
Viudez		30.0		30.0		27.4		26.4		26.6		27.4		27.4
Orfandad		40.8		40.8		23.3		21.4		20.1		19.0		19.0
Ascendientes		6.6		6.6		4.9		4.5		4.4		4.3		4.3
R.V.E.P.		0.0		0.0		19.1		29.8		31.9		32.3		32.3
R.V.A.T.		22.6		22.6		21.6		14.7		14.4		14.5		14.5
R.P.A.T.		0.0		0.0		3.6		3.2		2.7		2.4		2.4
Ex-trabajadores IPSS (cesantes) DL 20530	3.7		3.6		3.3		0.0		0.0		0.0		0.0	0.0

FUENTE: INEI. *Compendio Estadístico 1994-95*. Tomo I, pág. 652.

a/ Información al mes de abril de 1995.

b/ Variación promedio anual.

### c. *La distribución del ingreso de los asegurados*

Una forma de evaluar la relación entre la seguridad social y la pobreza relativa consiste en analizar los cambios en la distribución del ingreso de los asegurados. De esta manera sabremos si la seguridad social cubre en mayor medida a los sectores de bajos ingresos y también cómo han evolucionado los ingresos de los asegurados en comparación a los no asegurados.

Ciertamente, resulta difícil saber si los cambios en la distribución del ingreso son una consecuencia de los pagos de pensiones y de la cobertura de la seguridad social, o si son independientes de ella. Nos parece acertada la conclusión de Musgrove (1986: 224) en el sentido que se; ignora cuál es la incidencia de las contribuciones -o los impuestos- sobre la distribución o cuál es la valorización adecuada de las prestaciones.

En todo caso es posible conocer la distribución del ingreso de los asegurados y de los no asegurados para Lima sobre la base de las encuestas de hogares del MTPS- DNEFP. Conociendo cómo evoluciona esta distribución podremos inferir la tendencia de evolución del monto de las pensiones que los asegurados percibirán cuando se jubilen. La información que hemos procesado está contenida en los cuadros 17 y 18.

En el primero de ellos se presenta la distribución de la PEA ocupada por quintiles de ingresos entre 1987 y 1994. Como era de esperarse en 1987 se observa que los asegurados se ubican en los quintiles de mayores ingresos; casi el 60% de los asegurados percibían un ingreso que correspondía al 40% de ingresos más elevados y un 16% se encontraba percibiendo los ingresos de los dos quintiles de ingresos más bajos. Los no asegurados seguían el patrón inverso. Este panorama cambia radicalmente entre 1987 y 1989 por efecto de la hiperinflación y la política salarial, como ya hemos reiterado. En 1989 la distribución de los asegurados por quintiles se asemeja a la de los no asegurados, esto es, se invierte: un 14.3% de los asegurados se encuentra percibiendo ingresos en los dos quintiles de mayores ingresos y 70.2% obtiene ingresos en los dos quintiles de menores ingresos. La distribución del ingreso de los no asegurados también empeora, pero, en este caso, lo hace acentuando el patrón que tenía antes de la hiperinflación.

Tal vez el resultado más interesante del cuadro 17 es que la distribución del ingreso resultante de la hiperinflación casi no se modifica hasta 1994, último año para el que disponemos de cifras. La proporción de asegurados en los dos quintiles de menores ingresos sigue en casi 60% de los asegurados en 1994, habiendo sido el 70.2% en 1989, mientras que los ubicados en los dos quintiles de mayores ingresos suben de 14.3% a 17.7%. Estos valores se encuentran muy lejos de la distribución observada en 1987.

años y más. La variación del número de aportantes en este grupo de edad es igual o ligeramente inferior a la variación del total de aportantes (INEI, *Compendio Estadístico* 1993-94, tomo I, p. 334). Por la modificación legal anotada es de esperarse que esta cifra decline.

Cuadro 17

Lima: PEA ocupada asalariada según condición de asegurado por quintiles de ingresos, 1987-1994.  
(distribución porcentual)

Quintiles de ingresos	1987			1989			1992			A
	Asegurada	No asegurada	Total	Asegurada	No asegurada	Total	Asegurada	No asegurada	Total	
I	1.9	19.6	7.9	39.3	62.0	46.6	36.7	59.4	46.4	
II	14.1	33.8	20.8	30.9	17.5	26.6	24.7	22.4	23.7	
III	24.4	22.0	23.6	15.4	12.0	14.3	20.1	11.2	16.3	
IV	28.4	15.4	24.0	11.1	6.8	9.7	14.2	5.2	10.3	
V	31.2	9.2	23.7	3.2	1.7	2.8	4.3	1.7	3.2	
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
	765.3	394.4	1159.7	798.7	382.5	1181.1	727.3	540.2	1267.4	

(variación porcentual)

Quintiles de ingresos	1987-1989			1989-1992			1992-1993			A
	Asegurada	No asegurada	Total	Asegurada	No asegurada	Total	Asegurada	No asegurada	Total	
I	1041.0	103.3	250.2	-5.0	11.8	2.2	-2.2	34.5	17.8	
II	64.6	-24.9	15.1	-9.1	27.0	-1.4	17.5	16.3	17.0	
III	-17.0	-23.6	-19.1	6.2	10.8	7.5	-3.6	9.2	0.1	
IV	-29.6	-28.7	-29.4	5.4	2.8	4.8	-3.5	-30.1	-9.2	
V	-44.6	-40.9	-44.1	7.3	13.8	8.7	21.5	-27.4	10.3	
Total	2.2	-1.5	0.9	-3.0	13.7	2.4	3.2	23.1	11.7	

FUENTE: MTPS-DNEFP. Encuestas de Hogares.

Por su parte, la distribución de los no asegurados empeora entre 1989 y 1994 en la medida que el porcentaje de no asegurados en el segundo quintil de menores ingresos se eleva de 17.5% a 23.6%. El cuadro 17 presenta las variaciones porcentuales -sobre la base de cifras absolutas- de las poblaciones de estos quintiles. Se puede observar el traslado de: población de los quintiles de mayores ingresos a los de menores en 1987-1989, una ligera recuperación en los asegurados hasta 1993 y un empeoramiento de los no asegurados en 1992-1993.

El cuadro 18 contiene los niveles de ingresos por quintiles para los asegurados y no asegurados. Un solo indicador, el ratio entre el nivel de ingresos del quinto quintil sobre el primero, resume la evolución de la desigualdad en la distribución del ingreso. Con la hiperinflación aumenta la desigualdad, pasando el ratio de 12.3 a 15.4 en los asegurados y de 12.9 a 20.4 para los no asegurados. Este ratio vuelve a subir en 1992 como consecuencia del ajuste de 1990, para finalmente disminuir en 1993, pero a niveles mayores que los de 1987, especialmente para los no asegurados. Habiendo caído los ingresos reales para todos los asalariados, en este caso se observa que la desigualdad aumentó menos entre los asegurados en comparación a los no asegurados.

Ante el empobrecimiento de los asegurados y de los pensionistas, tanto en términos absolutos (cuadro 12), como relativos, tal como se ha documentado en esta sección, los trabajadores han recurrido a aumentar sus tasas de actividad, especialmente, en las edades de 55 años y más. Así se observa en los boletines de las encuestas de hogares que las tasas de actividad para el grupo de edad de 60 a 64 años -los hombres podían jubilarse a los 60 años antes de julio de 1995- sube de 38.2% en 1992 a 46.4% en 1994 y se mantiene en 45.3% en 1995. Esto significa que o postergan su jubilación

Cuadro 18  
Lima: Ratio entre el ingreso por quintil y el ingreso promedio de la PEA asalariada ocupada según condición de asegurado, 1987-1993

Quintiles de Ingresos	1987			1989			1992			1993		
	(en Intis)			(en miles de intis)			(en nuevos soles)			(en nuevos soles)		
	Asegurada	No asegurada	Total	Asegurada	No asegurada	Total	Asegurada	No asegurada	Total	Asegurada	No asegurada	Total
I	0.16	0.28	0.18	0.40	0.45	0.40	0.34	0.47	0.38	0.36	0.53	0.40
II	0.31	0.54	0.36	0.75	1.03	0.82	0.64	1.00	0.76	0.66	1.19	0.84
III	0.51	0.92	0.60	1.21	1.69	1.33	1.00	1.53	1.18	1.02	1.89	1.31
IV	0.80	1.51	0.95	2.04	2.69	2.22	1.78	2.65	2.08	1.82	3.43	2.32
V	1.93	3.56	2.29	6.12	9.11	6.83	6.05	11.08	7.43	5.02	11.29	6.60
Total	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Ing. promedio	6079	3233	5111	435	314	395	405	260	343	532	293	419
Ratio VI	12.3	12.9	13.0	15.4	20.4	17.1	17.7	23.8	19.8	14.0	21.5	16.5

FUENTE: MTPS-DNEFP. Encuestas de Hogares.

porque saben que la pensión que recibirán es muy baja o se jubilan, reciben esa ínfima pensión, pero siguen trabajando en otro empleo asalariado -fuera de planilla- o como independientes. Por estas razones, contra lo que podía esperarse, el ingreso promedio de la PEA ocupada de 55 años y más es más alto que el promedio, tendiendo a subir. El ratio del ingreso promedio de la PEA ocupada de 55 y más años sobre el ingreso promedio de los ocupados fue de 1.39 en 1992, salta a 1.58 en 1993 y se mantiene en 1.47 y 1.42 en 1994 y 1995.

La comparación entre el monto promedio de las pensiones de jubilación y el ingreso promedio de los ocupados de 55 años y más, también es elocuente: en abril de 1995 la pensión promedio era de 206 soles mientras que el ingreso promedio de los ocupados de 55 y más era de 856 soles, esto es, 4.2 veces más.<sup>33</sup> En conclusión, los trabajadores de edad avanzada se han visto obligados a prolongar su vida laboral, unos siguiendo con su trabajo si no tenían posibilidad de conseguir otro empleo, y otro grupo cobrando pensión y trabajando en otra actividad. De esta manera han respondido a la drástica reducción de las pensiones. El grupo más perjudicado ha sido aquel que no ha podido seguir en actividad por enfermedad o por envejecimiento temprano.

Dado lo anterior, se puede pasar revista a algunas de las argumentaciones sobre el efecto redistributivo *regresivo* de las pensiones del sistema nacional (Mesa-Lago 1985:186). Estas son: i. la baja cobertura, ii. los topes a las cotizaciones de los trabajadores de mayores ingresos, iii. la existencia de grupos de empleados públicos privilegiados, iv. la ausencia de pensiones asistenciales y, v. la relación positiva entre departamentos de mayores ingresos y mejor cobertura. Todos los argumentos se ven confirmados por la información presentada salvo el ii. Se eliminaron los topes a las cotizaciones a la vez que se puso un tope de 600 soles a la pensión máxima. Por ello, el sistema de pensiones del IPSS se tornó *progresivo* en este aspecto, pues el monto de las pensiones no sólo no depende de los montos aportados, sino que los sectores de aportantes de mayores ingresos y contribuyendo por muchos años se perjudican al existir un tope comparativamente bajo a su pensión. En cambio, la baja pensión que reciben los trabajadores de bajos ingresos, no lo es tanto comparada con sus ingresos. Finalmente, al ser las pensiones muy bajas para todos los trabajadores en relación a sus aportes, el sistema ha sido regresivo para todos los pensionistas en relación al Estado, que tiene una cuantiosa deuda con los asegurados y pensionistas, la misma que no acepta ni está dispuesto a reconocer.

#### d. *Privatización y sus efectos*

En diciembre de 1992 el gobierno aprobó el D. L. 25897 creando el Sistema Privado de Administradoras de Fondos de Pensiones. Antes, en

33. Encuestas de Hogares del MTPS-DNEFP de 1994 y 1995 para el ingreso promedio y Castro Gómez (1995:27) para el monto promedio de la pensión.

noviembre de 1991 había aprobado el D. Leg. 724 creando el Sistema Privado de Pensiones, el mismo que no fue implementado y que más bien generó una limitada discusión sobre sus bondades y defectos. 34 La afiliación de asegurados al sistema privado empezó a mediados de 1993 y desde entonces se ha fomentado el traslado de los afiliados del IPSS a las AFP.

Existen dos fundamentos para la privatización del Sistema Nacional de Pensiones.<sup>35</sup> Uno radica en la evaluación del negativo desempeño del sistema público, en la llamada crisis de la seguridad social. Existe consenso de que el SNP debía reformarse, como señala Mesa-Lago (1994:26): "... existía la necesidad de reformar la situación, pero el debate se centró en el tipo adecuado: reforma del programa público, privatización o un enfoque mixto". Hemos tratado de la evaluación del Sistema Nacional de Pensiones en la parte a de esta sección, evaluación que sistematizó el Banco Mundial (1992) Y más recientemente el FMI (1995). El otro fundamento proviene de las bondades del modelo chileno de AFP, el mismo que se ofreció como la única alternativa, sin tomar en cuenta las diferencias entre los sistemas de pensiones previos de Chile y Perú.<sup>36</sup> Pasamos a considerado brevemente pues un análisis detallado del sistema privado chileno escapa a los fines de este informe.

El modelo chileno de sistema privado de pensiones ha sido sujeto de numerosas evaluaciones críticas de especialistas -y para especialistas- en Chile desde su inicio, las mismas que no son conocidas en el exterior.<sup>37</sup> En cambio, el ideario del sistema privado chileno ha sido ampliamente difundido especialmente en países de América Latina- en ambientes empresariales y entre el amplio público, buscando ganar su confianza y de generar expectativas de éxito en el manejo de los fondos de los trabajadores por parte del sector privado.

47

En 1992, la evaluación de la experiencia de diversos países en seguridad social, en especial de Chile, fue materia de debate en la OIT, figurando en la Memoria del Director General. Allí figuran numerosas observaciones a

34. Resulta revelador que la aprobación de estos dispositivos fue anterior a la aprobación por referendun -con apenas poco más del 50% de los votos- de la Constitución Política de 1993. La Constitución vigente en el momento de su aprobación legalmente impedía la formación de un sistema privado de pensiones.

35. Si bien se denominaba sistema nacional o público debe aclararse que el sistema de pensiones del IPSS era autónomo, más estrictamente tripartito (trabajadores, empleadores y gobierno), aun- que el presidente era nombrado por el gobierno. Por eso, lo que se ha hecho es privatizar una parte del sistema nacional, en el sentido de retirar a los trabajadores aportantes y al gobierno de su administración, y estatizar la otra, esto es, el régimen de pensiones para los trabajadores que se mantienen o incorporan al sistema nacional.

36. "Diferencias importantes entre el sistema peruano con respecto al de Chile antes de la reforma incluían: una sola agencia central de seguro social (en lugar de una multiplicidad de instituciones), cobertura poblacional considerablemente menor, y una situación financiera y administrativa mucho peor." (Mesa-Lago 1994:26).

37. Véase las críticas en Arellano (1986:286), Guillón y Bonilla (1992:29), Mesa-Lago (1994:47-48) y Arrau (1994:57) y, para una evaluación favorable, Diamond y Valdés-Prieto (1994:257).

la debilidad del sistema privado en Chile como son el elevado costo del cambio de sistema y de su mantenimiento, el que sea asumido íntegramente por el Estado,<sup>38</sup> la falta de análisis actuariales integrales y de estadísticas demográficas de la población asegurada por parte de las AFP. En resumen, según este documento, no se conocen las condiciones económicas, financieras y demográficas para que el nuevo sistema sea viable en el mediano y largo plazos.

Mención aparte merece la transgresión de convenios internacionales de la OIT ratificados por Chile por parte del sistema privado. Así lo consigna la Memoria citada. En efecto, el nuevo régimen de pensiones no se conforma a los Convenios sobre seguros de vejez e invalidez, en lo que se refiere a: i. la contribución financiera de los empleadores a la constitución de los recursos del seguro; ii. la participación financiera de los poderes públicos; iii. que el seguro de pensiones sea administrado por instituciones que no persigan ningún fin lucrativo; y iv. que los representantes de los asegurados participen en la administración de todas las instituciones de seguros.

En el Perú, el traslado del modelo chileno ha dado lugar a críticas que no han tenido repercusión comparadas con la enorme propaganda estatal y de las AFP para la captación de afiliados. Algunas, como las de Castro Gómez, no han sido atendidas por su radicalidad: "En Chile mediante la administración del fondo de pensiones del SPP, que pertenece a los trabajadores, las AFP han logrado un enorme poder mediante las inversiones en las principales empresas por un monto de 8 mil millones de dólares, con lo que tienen una significativa presencia en los directorios de estas empresas. Indudablemente que una concentración de estas proporciones, el control sobre empresas y el sistema financiero tiene repercusiones negativas en la distribución del ingreso nacional" (1995:24).

48

Por su parte, el gobierno y el sistema privado se limitaron a indicar que el Sistema Nacional de Pensiones estaba en bancarrota, sin analizar las razones, porque era un "sistema de reparto" o basado en la "solidaridad", mientras que el sistema privado era de "capitalización individual", lo que beneficiaría a los afiliados de mayores ingresos -pues no verán su fondo redistribuido- y de menores edades al momento de la afiliación. No hubo menciones a los elevados costos de administrar los fondos, a la mayor rentabilidad que obtienen las empresas financieras en que se colocan éstos, a la falta de una pensión mínima ni a cómo se determinará el monto de las pensiones ni cuál será su nivel.

38. "A fin de apreciar el esfuerzo que el nuevo sistema ya ha representado para el Estado y para la ciudadanía en general, se debe recordar que en 1988 el presupuesto destinado al rubro previsión social representaba el 50% del presupuesto total destinado a gasto social, mientras que en 1978 representaba el 27%. Los rubros más afectados por este incremento en el rubro de previsión social fueron el destinado a la salud, que pasó del 13.6% en 1978 al 7% en 1988, y el destinado a la educación que en el mismo lapso pasó del 35.8% al 22%." (OIT 1992:27).

### ***La pugna por la captación de afiliados***

En el Perú, a falta de un debate de fondo, la pugna entre el sistema privado de las AFP y el sistema estatal, reducido a la ONP a la usanza del Instituto de Normalización Previsional (INP) chileno, se ha concentrado en el ritmo al que el sistema privado capta nuevos afiliados y atrae a los afiliados que permanecen en el sistema público. 39

De acuerdo al cuadro 19, el inicio del sistema privado en 1993 logró captar, pese a la intensa propaganda un porcentaje de 10.3% de los afiliados totales a los dos sistemas (público y privado). Este porcentaje se eleva a 34.8% en 1994 y alcanza al 44% en noviembre de 1995 (Castro Gómez 1995:27). La expectativa de las AFP de un traslado masivo no se cumplió: Por ello, en julio de 1995 se promulgó la Ley 26504, por la cual se nivelaron las cotizaciones de ambos sistemas y las edades de jubilación, subiendo la cotización al SNP al 11% y la edad de jubilación de 55 años para mujeres y 60 para hombres a 65 años para ambos, tal como en el sistema privado. Queda por observar si se producirá el traslado masivo del resto de afiliados del SNP a las AFP y a qué ritmo se hará.

El cuadro 20 presenta la composición de los afiliados al sistema privado en febrero de 1996. Se observa una alta concentración de los afiliados -casi el 50%- en las edades por debajo de los 31 años. Las últimas cifras disponibles para afiliados al IPSS por grupos de edad, en 1992, mostraban un porcentaje de 39.7% por debajo de los 30 años. Al parecer, el propósito ha sido captar a los jóvenes, que podrán acumular un mayor fondo y que además se encuentran más lejos de tener derecho al pago de la pensión. Se observa además, en la clasificación por sexo, que los afiliados hombres duplican a las mujeres, 68.6% *versus* 31.4%, esto es, a un ratio de 2.18. Esta relación es menor que la de las tasas de actividad de ambos sexos en 1993, de 73.4% para hombres y 29.7% para mujeres y un ratio resultante de 2.47. Habría en consecuencia una mayor captación relativa de mujeres que hombres por parte de las AFP.

49

La pugna por la captación de afiliados provenientes del sistema público por parte de las AFP y, en menor medida, la discusión sobre la privatización del sistema de pensiones ha hecho que se deje de lado -abiertamente en el caso del sistema privado- el problema más importante de la seguridad social: su falta de cobertura. En términos de Anderson (1994:326) se

39. Al parecer en el caso de Chile el traslado fue masivo porque el Estado garantizó una pensión mínima y sucede que el 70% de los pensionistas recibe una pensión mínima. En el caso del Perú no se estaría produciendo el traslado esperado porque aunque al afiliarse a una AFP se obtenía un aumento equivalente a la mayor deducción, el sistema privado no ofrece pensión mínima, lo que sí ocurre con el sistema estatal. Además, tampoco se captó a nuevos afiliados porque la obligación de los empleadores de inscribir a sus trabajadores en el IPSS a los 10 días de su contratación tuvo vigencia hasta julio de 1995. En cambio, hasta esa fecha, los trabajadores tenían 30 días para escoger en que AFP se afiliaban.

Cuadro 19  
Lima Metropolitana: PEA asalariada ocupada sujeta a seguro de pensiones, según sexo, 1987 - 1994 a/  
(Distribución porcentual)

Seguro de pensiones	PEA asalariada ocupada												
	1987			1989			1992			1993			
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres		
Asegurada	67.5	62.8	66.0	67.6	67.6	67.6	55.1	62.7	57.4	51.7	100.0	56.2	100
- IPSS	67.5	62.8	66.0	67.6	67.6	67.6	55.1	62.7	57.4		82.2		87
- AFP	—	—	—	—	—	—	—	—	—		10.1		10
- Pensionista del Estado	—	—	—	—	—	—	—	—	—		7.7		2
No asegurada	32.5	37.2	34.0	32.4	32.4	32.4	44.9	37.3	42.6	48.3		43.8	
Total (en miles)	100.0 (795.6)	100.0 (364.1)	100.0 (1159.7)	100.0 (835.7)	100.0 (345.5)	100.0 (1181.1)	100.0 (890.5)	100.0 (377.0)	100.0 (1267.4)	100.0 (991.7)		100.0 (424)	

Variación porcentual

Seguro de pensiones	1987-1989			1989-1992			1992-1993			1993-1994	
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Asegurada	2.6	1.1	2.2	-4.4	0.4	-3.0	4.4	0.7	3.2	7.4	4.7
- IPSS	2.6	1.1	2.2	-4.4	0.4	-3.0	-13.1	-11.6	-12.6	-31.2	-25.6
- AFP	—	—	—	—	—	—	—	—	—	271.2	236.0
- Pensionista del Estado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	74.6	64.7
No asegurada	2.3	-8.7	-1.5	15.9	8.5	13.7	19.9	32.3	23.1	-3.5	0.3
Total	2.5	-2.6	0.9	2.2	3.0	2.4	11.4	12.5	11.7	2.1	2.8

FUENTE: MTPS-DNEFP. Encuestas de Hogares.

a/ En los años 1987, 1989 y 1992 la PEA asegurada sólo corresponde al IPSS.

Cuadro 20  
Perú: Afiliados al Sistema Privado de Pensiones por sexo y grupos de edad al  
29.2.1996 (en miles)

Edades	Masc.	Fem.	Total	Part. %
< 21	52.4	25.2	77.6	6.6
21-25	161.8	81.3	243.1	20.7
26-30	167.8	87.5	255.3	21.7
31-35	143.7	71.1	214.8	18.3
36-40	112.9	51.3	164.2	14.0
41-45	78.1	29.1	107.2	9.1
46-50	49.0	14.4	63.4	5.4
51-55	26.0	6.0	32.0	2.7
56-60	10.5	2.3	12.8	1.1
61-65	3.1	0.7	3.8	0.3
> 65	1.0	0.3	1.3	0.1
Total	806.4	369.2	1175.6	100.0
%	68.6	31.4	100.0	

Fuente: SAFP. Boletín Informativo Mensual No. 02-96. Febrero de 1996, pág. 2.

ha perdido de vista "...qué tipo de seguridad social debe extenderse a la población *que está fuera del sistema* y de qué manera podría hacerse".

### *Efectos*

51

¿ Cuáles serán algunas de las consecuencias de la privatización de las pensiones? Si bien aún es prematuro evaluar la evolución del sistema privado<sup>40</sup> se puede resumir brevemente los más notorios e inmediatos efectos sobre el bienestar de los trabajadores:

i. Se ha elevado el monto de las cotizaciones del 9% de la remuneración bruta a cerca del 12% y aumentado la edad de jubilación de 55 años para mujeres y 60 años para hombres a 65 años para ambos. Esto significa un menor ingreso presente para los aportantes, 15 años más de aportes en total y, por tanto, menos años para percibir la pensión;

ii. Casi el 50% del aporte del trabajador -cerca de 4% sobre el 8% que va al fondo- no se acumula en el fondo de capitalización individual, sino que se reparte entre la comisión (y ganancias) de las AFP y las compañías de seguros a las que obligatoriamente deben asegurarse para eliminar los riesgos de las AFP. Como en el caso de Chile, el costo de administrar los fondos es excesivamente elevado.<sup>41</sup> Esto significa una fuerte pérdida para el trabajador que podría acumular un fondo mayor en casi 50% del que

40. "...doce años representa sólo una fracción del período de transición de la reforma de pensiones, puesto que este período abarca una generación completa." Arrau (1994:4).

41. «Contrarrestando las ganancias de la privatización -aislar el sistema del proceso político y desarrollo del mercado de capitales- el costo de los aportes incluye notorios mayores costos administrativos que los de un sistema de seguridad social tradicional." (Diamond y Valdés-Prieto 1994:257).

actualmente acumula, y obtener una ganancia al colocarlo en un banco en una cuenta a plazo fijo, tal como hacen actualmente las AFP.

iii. Al pasarse del sistema de "reparto" al de "capitalización individual" se elimina la redistribución que operaba en el sistema de pensiones. Con el nuevo sistema los que ganan poco podrán acumular un fondo más reducido y sus pensiones serán bajas, casi con toda seguridad por debajo de la actual pensión mínima que paga el IPSS, equivalente al sueldo mínimo de 132 soles (hasta setiembre de 1996). No obstante, no se ha previsto una pensión mínima como en Chile, donde el Estado la garantiza;

iv. Los trabajadores cuyos fondos son administrados por las AFP no participan en la administración de su fondo. No existe información suficientemente precisa sobre cuánto será el monto de la pensión o del fondo que se obtendrá al momento de la jubilación.

v. Los fondos de los trabajadores son colocados por las AFP en bancos e inversiones vinculadas a los grupos económicos que son los propietarios de esas AFP. En el propio caso de Chile -donde se asume que el mercado de capitales se encuentra regulado- esto ha llevado a que la inversión de los fondos de los trabajadores generen pérdidas al ser colocados a través de la bolsa en la compra de acciones de empresas del grupo económico que controla una AFP.

## 5. SISTEMAS DE SALUD

52

### a. Descripción

La justificación de la existencia de prestaciones de salud para trabajadores radica en que beneficia tanto a éstos como a los empleadores, por ejemplo, al reducir las horas-hombre perdidas por enfermedades. Por tanto, ambos deben compartir el riesgo de enfermedades sumando sus contribuciones en un fondo para este seguro (Zschock 1986:100).<sup>42</sup> Incluso debe atenderse la salud de toda la sociedad, pues los problemas de salud y la propagación de enfermedades infecciosas pueden redundar en grave desmedro de la productividad y los efectos acumulativos pueden ser considerables (Grupo de la Agenda Social 1995:84).

La salud pública era considerado un derecho de la población en la Constitución de 1979. El art. 15 afirmaba que: "Todos tienen derecho a la protección de la salud integral..."; el art. 16 indicaba que: "El Poder Ejecutivo señala la política nacional de salud..." y "Es responsable de la organización de un sistema nacional descentralizado y desconcentrado, que planifica

42. "...una mejor salud de la fuerza de trabajo significa perder menos días laborables por razón de enfermedad y, por lo tanto, significa una mayor productividad" (Grupo de la Agenda Social 1995:84).

y coordina la atención integral de la salud a través de organismos públicos y privados, y que facilita a todos el acceso igualitario a sus servicios, en calidad adecuada y con tendencia a la gratuidad."

En la Constitución vigente de 1993 se mantiene el texto del primero de los artículos citados, como artículo 7, y modifica el segundo artículo, eliminando la responsabilidad estatal de organizar un sistema nacional y la de facilitar la tendencia a la gratuidad. En su lugar se dice en el artículo 9 que: "El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación (de la política nacional de salud). Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud."

En el caso del Perú, como ya ha sido mencionado, existen dos sistemas de salud. Uno corresponde a la salud pública a cargo del Estado bajo la dirección del Ministerio de Salud (MINSA), y el otro sistema a las prestaciones de salud del IPSS.

### *Salud pública*

Un informe de una Misión del BID (Grupo de la Agenda Social 1995) realiza un diagnóstico de la salud pública. Según este informe, los servicios de salud a cargo del MINSA presentan numerosos problemas institucionales y de organización y, por ello, el MINSA estaría llevando a cabo "una reforma de la atención de salud". El aspecto más importante de la reforma corresponde a la ampliación de la prestación de servicios y atención de salud, tanto desde el punto de vista geográfico como del de los grupos beneficiarios.<sup>43</sup> El informe estima (1995:75) que los servicios del MINSA y del IPSS sumados, sólo cubren aproximadamente a la mitad de la población del país e indica que se encuentran muy concentrados en Lima y otros grandes centros urbanos. Añade que, según un informe del Banco Mundial sobre la salud pública en el Perú de 1994, de la otra mitad de la población, el sector privado, las ONG y las FF.AA. prestan servicios a un 20% y el 30% restante recurre a la medicina tradicional o simplemente no recibe atención médica.

El informe de la Misión del BID menciona como problemas de organización, la existencia en el MINSA de diversos programas para diferentes enfermedades, cada una de las cuales tiene su propio personal y presupuesto, y la falta de una política coherente en cuanto al suministro, la distribución, la fijación de precios y la utilización de medicamentos. Frente a estos problemas, la reforma consiste en la focalización del gasto social y la reforma interna del MINSA. El programa de focalización consiste en el mejoramiento y reapertura de postas médicas y centros de salud, la construcción de nuevas postas (a través de FONCODES) y en *experimentar* la administración

43. El mismo informe señala su acuerdo con el programa de focalización del gasto social, incluida el gasto en salud, el mismo que fue instituido como parte del presupuesto en 1994 y que tiene como objetivo aumentar el gasto en determinados sectores sociales (1995:78).

*compartida* de los servicios, transfiriendo la responsabilidad de su administración a la comunidad.

El problema de un programa de focalización del gasto en salud que el informe del BID no considera es que este programa se contraponen a la ampliación de cobertura y especialmente al mantenimiento de la calidad de los servicios. Ello se debe a que al mismo tiempo que se concentra el gasto en las zonas seleccionadas no se mantiene el nivel de gasto corriente real, es decir, el nivel de las remuneraciones del personal de salud y el suministro de medicamentos, con lo que se ha producido un deterioro en los servicios brindados.

Una forma de apreciar la marcha del sistema de salud pública es atender a la evolución y composición del gasto público social. Según el informe del BID (Grupo de la Agenda Social 1995:75), el gasto público en salud bajó de 1% del PBI entre 1984-1986 a 0.7% entre 1987 y 1990.<sup>44</sup> Esto llevó a que los sueldos de las enfermeras bajaran en un 95% en términos reales entre 1986 y 1990. Según el mismo informe (Grupo de la Agenda Social 1995:84): "...desde entonces (1991), el monto de recursos disponibles para atención de la salud que administra el Ministerio ha aumentado considerablemente. Las fuentes nuevas incluyen inyecciones masivas de fondos internacionales, así como un incremento de las asignaciones del erario público, en parte por conducto del programa de focalización...". El informe reconoce que este nivel de gasto no es elevado como gasto per cápita comparado a los niveles internacionales, pero no indica cómo se divide el gasto entre gasto corriente (remuneraciones y medicinas), que estaría estancado como se refleja en las bajas remuneraciones del personal de salud, y el gasto -inversión- en infraestructura (postas médicas), que es el que está creciendo. Esto lleva a que exista una mejor infraestructura que en algunos -o tal vez numerosos- casos no se utiliza por falta de personal.

54

### *Prestaciones de salud del IPSS*

El régimen de prestaciones de salud del IPSS se estableció por el D.L. 22482 de marzo de 1979, con la finalidad de brindar atención integral a los asegurados y sus familias, de extender la cobertura de las prestaciones de salud y de unificar y ampliar los regímenes de salud vigentes a esa fecha. Existen los asegurados obligatorios, que trabajan en relación de dependencia o son pensionistas del SNP, y los facultativos, para aquellos que realizan una actividad económica independiente.

El informe del Banco Mundial de 1991 ya citado también contiene una visión de este régimen (Banco Mundial 1992:26-28). En lo que sigue resumimos y comentamos brevemente sus principales observaciones.

44. Los porcentajes de 1984-1986 difieren de los que presenta Suárez-Berenguela (1987:16), para quien el gasto en salud sobre el PBI en 1984 representó el 0.8% y en 1985 el 0.6%.

i. La primera se refiere al aspecto más saltante de este sistema cual es la extensión de la cobertura de los beneficios a la esposa e hijos menores de 18 años del aportante, desde 1985.<sup>45</sup> Esta ampliación se hace a la vez que las contribuciones de los trabajadores al sistema de salud son independientes de su estado civil, el tamaño de su familia y la edad, siendo calculadas solamente sobre el ingreso declarado.

Resulta preocupante no sólo que haya caído el ratio entre población aportante y población asegurada o protegida de 82.4% en 1984 a 40.1% en 1985, por efecto de esta ampliación de cobertura, sino que siga descendiendo hasta llegar a un 33.6%, al proseguir la inscripción de familiares. Según el informe del Banco, esta decisión fue posible gracias a la transferencia de un excedente significativo de la operación del sistema de pensiones al sistema de salud.

ii. Esta ampliación ha llevado a que la proporción de la población que contribuye a financiar el sistema de cuidado de la salud del IPSS no haya disminuido durante la década de 1980. Más aún, la categoría que ha crecido más rápido es la de aportantes facultativos o voluntarios, quienes pagan directamente al IPSS como autoempleados o trabajadores independientes. Generalmente estos aportantes pagan el 9 por ciento del ingreso mínimo estimado para el pago de impuestos. Por ello, el incentivo para tener acceso a las prestaciones de salud que brinda el IPSS parece haber crecido.

Tres factores han contribuido a perjudicar las finanzas del sistema. Primero, la cobertura de los programas de salud casi se dobló en 1985. Segundo, los sueldos y salarios reales declinaron, particularmente desde 1987. Aunque éstos son también un importante determinante de los costos de la salud, los costos totales del sistema de seguridad no han declinado tanto como los salarios. Tercero, una creciente proporción de los aportantes es voluntaria. La mayoría de ellos paga el aporte mínimo, lo que aparentemente es bastante menos que el costo marginal del seguro obtenido.

El IPSS también ha enfrentado una pérdida de recursos reciente porque muchos de los nuevos contratos laborales son a plazo fijo y estos trabajadores no se están afiliando al sistema de salud del IPSS. Los trabajadores de pequeñas empresas parecen estar decidiendo más seguido a no seguir contribuyendo al IPSS, utilizando el 9 por ciento de deducción de la planilla para pagar un servicio de salud privado.

iii. La nueva administración del IPSS ha iniciado un profundo programa de reformas para mejorar los servicios, reducir los costos innecesarios y recuperar los aportes no pagados de los empleadores de los sectores privado y público. El IPSS se ha convertido en el líder en la estrategia de reducir empleos a través de compensaciones individualmente negociadas. El empleo

45. Anderson (1994:344) puntualiza que en el caso de salud, las mujeres tienen un "...típico acceso indirecto y mediado por el cónyuge a la previsión social".

total se ha reducido de 44 mil en 1990 a 31 mil en 1991, dejando al IPSS con sólo mil empleados más que en 1985. Los ingresos mensuales están aumentando desde que se introdujo un nuevo sistema para administrar los recursos financieros; mediante este sistema el IPSS no está más forzado a operar con bancos estatales y obtiene mayores rendimientos por sus fondos en la banca comercial.

Las reformas implementadas por el IPSS para mejorar su administración financiera parecen ser adecuadas, aunque de ningún modo suficientes. La tarea por realizar parece más difícil en la medida que el IPSS trata de restablecer su posición como un confiable proveedor de servicios de salud. En la actualidad, el sistema es demasiado burocrático y centralizado. Las asignaciones del presupuesto son efectuadas por región y tipo de servicio sobre bases históricas extrapolando los gastos pasados sin ninguna evaluación efectiva de la demanda presente o de la capacidad existente.

#### ***b. Cobertura, gasto y calidad***

La cobertura en prestaciones de salud abarca las del sistema de salud pública y las del IPSS. Ya adelantamos las cifras de la población protegida por el IPSS porque los asegurados para pensiones son a la vez los de salud, hasta la aparición de las AFP. Uno de los temas que se discute al tratar sobre los servicios de salud en el país es la falta de coordinación entre la salud pública y las prestaciones de salud de la seguridad social (Zschock 1986: 108). Otro tema es la condición de privilegio de los asegurados al IPSS respecto al resto de la población que debe ser cubierto por el MINSA y sus dependencias. En esta parte evaluaremos la cobertura comparando la evolución de ambos sistemas.

De acuerdo con Zschock (1986:100) un sistema de prestaciones de salud implica dos dimensiones: la proporción de población protegida y los riesgos de salud a los que se da cobertura. Podemos añadir, una tercera, la calidad del servicio, la misma que puede medirse, indirectamente, por el gasto público en salud per cápita.

Como reseñamos en la sección 2, el porcentaje del gasto público en salud sobre el gasto público total tuvo una tendencia al descenso, ubicándose entre 3% y 4% en los primeros años de la década de 1990. Después de 1992 sólo se conocen las cifras del gasto público presupuestado. Así Cortez (1996:57) indica que en 1995 se destinó 9% del presupuesto público total a salud pero no indica cuánto fue lo ejecutado.<sup>46</sup>

El cuadro 21 relaciona el gasto público real y la población protegida en los dos sistemas de salud. Debe aclararse que la población protegida por el MINSA ha sido obtenida por diferencia entre la población total cubierta

46. Aún es pronto para conocer la ejecución de 1995 pero no para que se den a conocer las cifras ejecutadas de 1993-1994. El presupuesto aprobado en 1996 ha sido de 4.96% (Cortez 1996:57).

Cuadro 21  
Gasto en salud pública del Ministerio de Salud y el IPSS, 1985-1993.  
(a precios de 1979)

Año	Gasto real (millones de nuevos soles)			Población protegida (millones)			Gasto r (en nu	
	MINSA	IPSS	Gasto total	MINSA a/	IPSS	Población total	MINSA	
							Gasto	Índice
1985	34.65	23.74	58.39	10.1	4.5	14.6	3.45	100.0
1986	35.92	32.20	68.12	10.1	4.7	14.8	3.54	102.7
1987	36.90	48.95	85.85	10.2	5.0	15.2	3.64	105.4
1988	27.92	28.72	56.64	10.4	5.1	15.5	2.68	77.7
1989	22.96	21.00	43.96	10.3	5.5	15.8	2.22	64.5
1990	19.17	14.61	33.78	10.0	6.2	16.2	1.92	55.6
1991	27.87	27.87	55.74	10.1	6.4	16.5	2.76	80.0
1992	25.59	25.43	51.02	10.5	6.3	16.8	2.44	70.7
1993	28.51	27.84	56.35	10.8	6.2	17.0	2.63	76.3

a/ Diferencia entre la población total a la que se resta el 25% de población no cubierta por ningún sistema (cálculo para 1983-  
cubierta por el IPSS.

FUENTES: INEI, *Compendio Estadístico 1993-94*. Tomo I:241, para población total, y estimados propios para población prote  
información sobre gasto real.

por algún sistema y la cubierta por el IPSS. La determinación de cuál es la población atendida o cubierta por el MINSA es compleja. Para Mesa-Lago (1985:161) asistía al 66% de la población en 1980, mientras que según Suárez-Berenguela (1987:13) la población cubierta por el sistema de salud pública fue de 10.8 millones en 1983-1984, el 56.5% de la población total. Teniendo en mente que la población cubierta por el MINSA es difícil de determinar, incluso de manera aproximada, veamos el cuadro 21. Antes digamos que, en cambio, parece existir mayor proximidad en la estimación de la cobertura del IPSS. De acuerdo a Remenyi (1993:10), sobre la base del crecimiento de la PEA y una tasa de aseguramiento probable, el IPSS estimó que en 1988 el programa de salud cubría a 28.8% del total de la población. Nuestro cálculo para ese año da un 24.6% (cuadro 13, fila 6).<sup>47</sup>

Lo primero que llama la atención es el nivel irrisorio del gasto real anual per cápita para cualquiera de los dos sistemas. En 1993, éste gasto representaba 2.63 soles (de 1979) para el MINSA y 4.49 soles para el IPSS.<sup>48</sup> Medimos el descenso del gasto real a través de un índice que muestra la caída hasta 1990 en ambos sistemas. La mayor reducción se produce en 1989-1990 y la recuperación del gasto hasta 1993 no alcanza a los niveles de 1988.<sup>49</sup>

En segundo lugar, el nivel de gasto per cápita mayor del IPSS es propio de su menor cobertura respecto al MINSA, en tanto que las fluctuaciones se deben a los cambios en el nivel de gasto real del IPSS y del MINSA. Si la medimos por el gasto real per cápita, se verifica la observación de que los asegurados del IPSS tienen una mejor calidad de atención que los del MINSA.

58

En tercer término, la evolución del ratio entre el gasto *anual* real per cápita del IPSS y el MINSA muestra un alza hasta 1987, en que alcanza a 2.69. Tres años después desciende a su nivel más bajo, de 1.23, para tender a elevarse entre 1991 y 1993. Ahora bien, esta diferencia no es tan dramática como la que parece desprenderse de afirmaciones como la de Mesa-Lago para 1980: "El Ministerio de Salud que en teoría asiste al 66% de la población recibió en 1980 la mitad de los recursos asignados al IPSS que cubría al 17% de la población" (Mesa-Lago 1985:161).

Debe añadirse -sostiene Remenyi (1993:10)- que dada la distribución territorial en las actividades que incorporan trabajadores asalariados, la

47. Remenyi (1993: 10) añade que un informe del Ministerio de Salud de 1991 estima que las cifras proporcionadas por el IPSS están sobrestimadas y que los asegurados representaban en 1988 solamente al 20.3% de la población.

48. Hemos corregido las cifras per cápita de Petrerá, citadas por el Grupo de la Agenda Social (1995:85) porque de ser ciertas, por ejemplo, la población cubierta por MINSA sería de 15 millones en 1993, lo que resulta erróneo.

49. "...el gasto real del MINSA disminuyó en 52% (en 1985-90). La mayor disminución ocurrió en 1990 y puede ser atribuida a la política del gobierno que determinó otras prioridades de asignación presupuestaria". (Petrera 1993:7).

cobertura geográfica también es muy desigual. En principio, para 1988 el programa de salud incluía cerca del 46% de la población de Lima pero, en algunas zonas rurales como Cajamarca y Apurímac, sólo cubría el 7.7% y 9.7%, respectivamente.

Otra forma de evaluar la cobertura y de comparar la prestación de servicios entre el MINSA y el IPSS consiste en calcular el número de consultas y de días de hospitalización promedio anuales por persona cubierta por ambos sistemas. Los resultados de este ejercicio figuran en el cuadro 22. Nuevamente, sorprende el bajo nivel de atención promedio para ambos sistemas: 1.16 consultas per cápita por parte de MINSA y 1.21 por el IPSS en 1991. Para ese mismo año, los resultados de días de hospitalización promedio dio son 0.20 días para el MINSA y 0.27 para el IPSS. La drástica caída en estos promedios para el IPSS y el alza para el MINSA ocurre entre 1984 y 1985 en razón del ya reiterado traslado de población protegida del MINSA al IPSS. Como consecuencia de la evolución entre 1985 y 1991, los ratios entre el IPSS y MINSA para ambos indicadores se nivelan para el caso del número de consultas en 1990 y 1991 y en el caso de días de hospitalización es favorable para el MINSA entre 1985 y 1987 y ligeramente a favor del IPSS en 1988 y 1990, y claramente favorable a éste último en 1989. No parece existir, en estos indicadores, una situación de privilegio para los asegurados del IPSS, al menos entre 1985 y 1991.

Para el caso de Lima Metropolitana contamos con información para los años 1991-1993 sobre la composición de la PEA asalariada ocupada entre asegurados en las prestaciones de salud del IPSS -y otros sistemas en 1992 y 1993- Y no asegurados según sexo. Por otros sistemas se entiende básicamente los seguros de salud privados, de las empresas públicas y de las fuerzas armadas y policiales. El cuadro 23 muestra que el total de asegurados aumentó fuertemente en 1992-1993 y modestamente en 1993-1994, siguiendo en ambos casos el mayor y menor incremento de la PEA ocupada asalariada. El aumento de 1992-1993 puede deberse a que en 1993 se considera a los asegurados en otros sistemas, lo que no se preguntó en 1992. Esta última modalidad de asegurado, sobre un nivel aún relativamente bajo, 5 veces menos que los asegurados del IPSS, se eleva marcadamente en 1992-1993, aunque más para los hombres (25.2%) que para mujeres (16.1%). En cambio, en 1993-1994 sobre un nivel bajo el alza mayor es para las mujeres en la condición de aseguradas en otros sistemas.

El porcentaje de mujeres asalariadas aseguradas se incrementa de 62.7% a 65.7% entre 1992 y 1994. Debe tenerse en cuenta que la proporción de mujeres asalariadas sobre el total de asalariados es de alrededor del 30% (véase la última fila del cuadro 23). El porcentaje de mujeres aseguradas en el IPSS se encuentra en un 10% por encima de esta participación de manera estable. En el caso de otros sistemas, las mujeres se encuentran subrepresentadas, aunque aumentando su proporción, de 14.7% a 19.7% entre 1993 y 1994. En síntesis, la cobertura en seguros de prestaciones de salud de las mujeres que trabajan como asalariadas no les es desfavorable.

Cuadro 22  
 PERU: Prestaciones de servicios del Ministerio de Salud y el IPSS según principales servicios, 1984 - 1991.  
 (en miles)

Año	MINISTERIO DE SALUD					IPSS				
	Consulta médica a/ (consulta)	Hospitalización b/ (días)	Población protegida (millones)	Consulta anual/ per cápita	Hospital. anual/ per cápita	Consulta médica (consulta)	Hospitalización (días)	Población protegida (millones)	Consulta anual/ per cápita	Hospital. anual/ per cápita
1984	8724	4312	12.2	0.72	0.35	5199	1772	2.1	2.48	0.84
1985	9818	4174	10.1	0.97	0.41	5366	1678	4.5	1.19	0.37
1986	10698	4355	10.1	1.06	0.43	6059	1727	4.7	1.29	0.37
1987	12158	5108	10.2	1.19	0.50	6655	2132	5.0	1.33	0.43
1988	11418	3736	10.4	1.10	0.36	7888	1997	5.1	1.55	0.39
1989	11455	1666	10.3	1.11	0.16	8144	1962	5.5	1.48	0.36
1990	11831	2570	10.0	1.18	0.26	6095	1740	6.2	0.98	0.28
1991	11697	2019	10.1	1.16	0.20	7762	1753	6.4	1.21	0.27

FUENTE: INEI. *Compendio Estadístico 1992-93*. Tomo I, pág. 470; y 1993-94, Tomo I, pág. 428.

a/ Incluye atenciones de emergencia (consultas) y visitas domiciliarias.

b/ Incluye internamientos en centros de salud.

Cuadro 23  
Lima: PEA asalariada ocupada sujeta a seguro de prestaciones de salud, según sexo, 1992-1994.  
(Distribución porcentual, vertical)

Seguro de prestaciones de salud	1992 a/			1993			1994			1995				
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total					
Asegurados	55.1	62.7	57.4	62.0	100.0	64.7	100.0	62.8	100.0	63.0	100.0	63.8	100.0	25.2
- IPSS	55.1	62.7	57.4	78.2	88.9	81.5	78.9	86.2	81.2	-2.1	3.0	15.6	3.2	nd
- Otro sistema	nd	nd	nd	15.8	6.1	12.8	18.1	9.9	15.6	nd	nd	3.2	nd	nd
- Ambos	nd	nd	nd	6.0	5.0	5.7	3.0	3.9	3.2	nd	nd	3.2	nd	nd
No asegurados	44.9	37.3	42.6	38.0	35.3	37.2	37.0	34.3	36.2	-5.6	0.0	36.2	100.0	0.0
Total (en miles)	100.0 (890.5)	100.0 (377.0)	100.0 (1267.5)	100.0 (991.7)	100.0 (424.1)	100.0 (1415.8)	100.0 (1012.8)	100.0 (435.8)	100.0 (1448.6)	11.4	1.0	1448.6	100.0	1.0

(Distribución porcentual, horizontal)

Seguro de prestaciones de salud	1992 a/			1993			1994		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Asegurados	67.5	32.5	100.0 (727.3)	69.1	30.9	100.0 (889.1)	69.0	31.0	100.0 (924.2)
- IPSS	67.5	32.5	100.0 (727.3)	66.3	33.7	100.0 (724.7)	67.1	32.9	100.0 (729.1)
- Otro sistema	nd	nd	nd	85.3	14.7	100.0 (113.6)	80.3	19.7	100.0 (167.3)
- Ambos	nd	nd	nd	73.1	26.9	100.0 (50.8)	62.8	37.2	100.0 (27.8)
No asegurados	74.0	26.0	100.0 (540.2)	71.6	28.4	100.0 (526.7)	71.5	28.5	100.0 (524.4)
Total	70.3	29.7	100.0 (1267.5)	70.0	30.0	100.0 (1415.8)	69.9	30.1	100.0 (1448.6)

FUENTE: MTPS-DNEFP. Encuestas de Hogares.

a/ En la encuesta no se preguntó por otro sistema de salud, generalmente privado.

### *Acceso y calidad de la atención*

Existe consenso en que la calidad de la atención de los servicios de salud, especialmente de la salud pública, son deplorables. Al parecer se mantiene la estructura estratificada que Mesa-Lago observaba en 1973.

El efecto social negativo de la falta de cobertura y la desigualdad de acceso a los servicios de salud es planteado en los siguientes términos: "La exclusión de la gran masa de peruanos de los servicios de salud provistos por los distintos regímenes de seguridad social los condena, en los casos de enfermedad y accidentes, a usar los servicios de salud pública, a recurrir a sus propios medios para pagar una atención privada o a prescindir de cualquier atención. Si la diferencia de calidad es significativa entre los servicios de salud para oficiales y no oficiales militares, y entre los asegurados de los Hospitales ex-Obrero y ex-del Empleado, la brecha es abismal entre los asegurados y los usuarios de los servicios públicos. A nivel de las oportunidades de vida reflejadas en el acceso a la atención de la salud, entonces, la política social peruana también refuerza la desigualdad." (Anderson 1994:327).

La desconsideración con los pacientes parece ser algo frecuente. Según el informe de la Misión del BID (Grupo de la Agenda Social 1995:76-77): "Los pacientes y sus familiares suelen recibir escasa o ninguna información, no participan en las decisiones y no tienen a quien recurrir si surgen problemas imprevistos... Causa particular preocupación la forma en que se trata a los indígenas, ya que la marcada falta de respeto de que son objeto ha hecho que no utilicen los servicios de salud."

62

Cuando los enfermos son atendidos, la calidad del servicio es muy deficiente. Así lo informa Anderson (1994:332): "La atención de la salud en un hospital público, por ejemplo, implica estar continuamente vigilante: dormir al lado del paciente en la noche si su estado es delicado, perseguir a los médicos para conocer sus pedidos de medicamentos y otros materiales, llevar comida para completar las magras raciones del nosocomio. Con bastante frecuencia los servicios públicos suspenden la atención a los enfermos... Las familias que entregan a sus miembros al cuidado de estas instituciones tienen que conservar la capacidad de seguir de cerca su acción, complementaria y recoger a sus miembros en cualquier momento. Esto supone una organización familiar en la cual una persona adulta se mantiene en condición de permanente disponibilidad."

### *c. Debate sobre la privatización y sus efectos*

El sistema de prestaciones de salud del IPSS también ha sido objeto de un intento de privatización parcial frustrado o, más bien, postergado. En diciembre de 1991 se aprobó el D. Leg. 718, denominado "Sistema Privado de Salud", el mismo que sería complementario al sistema administrado por el IPSS (BCRP-AID 1992:28-29). Al igual que en el caso de la privatización del sistema de pensiones, este decreto legislativo se promulgó antes

de la aprobación de la Constitución de 1993. El mencionado Decreto, a la usanza de Chile con las ISAPRE, quiso establecer las Organizaciones de Servicios de Salud (OSS), las que ofrecerían las prestaciones de salud.<sup>50</sup>

No resulta claro por qué no se llevó a la práctica esta privatización. De una parte, la privatización de las pensiones también se postergó y tuvo que esperar un nuevo decreto ley a fines de 1992. De otra parte, la privatización de los servicios de salud afectaría a una población considerable, tanto en el caso del IPSS como de la salud pública, y se especula que teniendo *ad portas* procesos electorales seguidos, no era conveniente para el gobierno su implementación (Grupo de la Agenda Social 1995:83).

En el informe de la Misión del BID se discute el tema de la privatización de los servicios de salud. Se empieza recordando que en la experiencia internacional, la privatización, tanto desde el punto de vista de seguros privados como de la prestación de tales servicios por el sector privado con fines de lucro, puede ser motivo de ineficiencia y duplicación en la gestión general de los recursos, causar una salida de personal calificado del sector público y ser regresivo desde el punto de vista de la equidad. Los más pobres serían excluidos y las aseguradoras excluirían a los grupos en alto riesgo (Grupo de la Agenda Social 1995:83).

Petrera (1993:7-9) formula varias consideraciones sobre la privatización de la salud, a partir de la experiencia que se está teniendo en los establecimientos del MINSA. Su primer señalamiento es que la privatización de la salud pública no estaría orientada a su control por el sector privado, sino al financiamiento creciente del servicio por parte del usuario, modalidad que se encuentra operando desde hace varios años. Estaría ocurriendo una privatización de hecho, en el sentido que los atendidos por el servicio tienen que pagar una parte de la atención. <sup>51</sup> La base de este comportamiento es la merma de la capacidad de gasto del MINSA.

63

La segunda consideración es que las leyes de presupuesto -Petrera cita la de 1992- facultan a los responsables de los establecimientos de salud a generar sus propias fuentes de financiamiento, los que recurrieron al aumento de las tarifas de los servicios prestados. En ningún caso, sin embargo, los pagos de los usuarios sustituyeron el financiamiento público. Una consecuencia de este proceso es que debe haber limitado el acceso de los grupos de menor capacidad adquisitiva y que se ha observado en el caso de un hospital que presta atención a una vasta área urbano-marginal una contracción en la demanda de sus servicios hospitalarios que coincide con el alza de las tarifas.

50. "La privatización de la atención de la salud en la forma de ISAPRE ha profundizado la división entre un sistema caro de atención de la salud para los ricos y un sistema de segunda clase para la mayor parte de la población" (Grupo de la Agenda Social 1995:83).

51. "El usuario del servicio ha sido el que ha tenido que aportar cada vez más una proporción creciente de los insumos. Son de conocimiento público los casos de los pacientes que han tenido que llevar, además de los medicamentos, sus sábanas y alimentos." (Petrera 1993:8).

## 6. PROGRAMAS DE ASISTENCIA

### a. *Política social*

Como mencionamos al principio de este texto la opción en materia de política social ha sido peculiar. En un contexto de crisis y ajuste fiscal se ha optado por contener el gasto público social corriente y asignar los fondos a dos fines: a la infraestructura social y a la focalización del gasto, en ambos casos con destino a los sectores de mayor pobreza. En tal sentido, el gasto social se canaliza en formas de asistencia peculiares, pues no se asignan fondos directamente, sino que se entregan productos en forma masiva y sobre todo se llevan a cabo obras públicas en pequeña escala e intentando alcanzar la mayor cobertura. Los sectores medios empobrecidos por el aumento del desempleo, en razón de los despidos y la recesión no han sido compensados con un incremento del gasto social corriente.

Un informe del FMI (1995:6) da cuenta de la reforma de la política social para reforzar la estrategia antipobreza del gobierno desde 1990. En agosto de ese año se inició el Programa de Emergencia Social para enfrentar las necesidades más urgentes en salud y nutrición. En agosto de 1991 se estableció el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES) como dependencia del Ministerio de la Presidencia para financiar programas de generación de empleo temporal a través de la inversión en obras de infraestructura social de pequeña escala (principalmente postas médicas y aulas escolares).

Durante 1993-1994, prosigue el informe del FMI, el gobierno creó el Programa de Gasto Social Básico con el objetivo de coordinar los esfuerzos de varias oficinas públicas para mejorar la efectividad del gasto social, en especial, en las áreas de salud, nutrición, educación y justicia.

Las denominaciones de programas de emergencia o fondos de compensación social ponen en evidencia que se trataba de atenuar el efecto recesivo del programa de ajuste estructural que redujo aún más los ingresos reales de la población. Lo difícil en un esquema de ajuste fiscal para pagar la deuda y recomponer la administración pública es atender el gasto social corriente. Este resulta fundamental cuando los servicios como educación y salud tienen como principal componente los servicios personales calificados que tienen que ser retribuidos por remuneraciones acordes a las calificaciones exigidas. La drástica caída de los sueldos reales de maestros y trabajadores de la salud, conlleva al deterioro de la cobertura y sobre todo de la calidad de los servicios sociales.

En el período de ajuste los programas de asistencia que regularmente llevan a cabo los estados para aliviar a los sectores desvalidos, se denominan compensatorios y se presentan como extraordinarios y temporales, bajo la idea de que se debe atenuar el impacto negativo del ajuste sobre la población más pobre hasta que los efectos benéficos del ajuste mejoren su situación

y se hagan innecesarios. En verdad, dado que durante el ajuste -fiscal-se reduce el gasto público social, una política compensatoria debería tender a recuperar este gasto. 52

En Perú, al igual que en otras experiencias, se ha optado por la política compensatoria orientada a focalizar el gasto social hacia los más pobres. En tal sentido debe contemplarse la asignación del gasto entre los sectores más pobres y los de menores ingresos no tan pobres. En la medida que se mantenga o recupere el gasto público social con orientación universalista se estaría compensando a los no tan pobres. Para evaluar la conveniencia de una u, otra orientación, estrictamente, habría que distinguir entre la población afectada con más severidad por el ajuste -digamos los despedidos o los pensionistas de edad avanzada- y la población crónicamente pobre y cuya pobreza se agrava.

La opción por la focalización en los programas de emergencia o compensación ha sido objeto de críticas. Así Anderson sostiene que la política de focalización del gasto social en los sectores de mayor necesidad -seleccionar a los más pobres entre los pobres-, contrasta con la ausencia de mediciones y, sobre todo, de indicadores precisos que permitan saber quiénes son los pobres, y que resulta muy débil la capacidad real de cualquier órgano ejecutor de la política social peruana para poner en práctica una estrategia de focalización. (Anderson 1994:346).

Sin embargo, prosigue Anderson: "...lo más criticable es entender la pobreza como un *status* social antes que como una condición, por lo que no se plantean salidas a nivel del diseño de muchos programas. La pobreza es tratada como una suerte de desvalidez inherente a la persona cuyos síntomas externos pueden ser momentáneamente aliviados, mas no así sus causas. En contraste, la política social que se construye sobre derechos sociales universales entiende la pobreza y la necesidad como una condición temporal o excepcional de insuficiencia del ingreso o de insuficiente inversión para desarrollar las capacidades de la persona. En ese sentido, las medidas y los programas dirigidos a pobres no pueden diferir en su naturaleza de las medidas y los programas dirigidos a toda la sociedad, sobre todo cuando existe un problema paralelo de integración social que también se pretende atender. Nuevamente tenemos aquí un argumento a favor del uso de un sistema universal de previsión para resolver situaciones de extrema pobreza, antes que programas específicos 'para pobres' " (Anderson 1994:346).

65

El gasto público social real ejecutado ya fue tratado en el cuadro 7 y también mencionamos que la información sobre la ejecución del gasto a partir de 1993 no se publica ni está disponible. En el cuadro 24 nos limitamos a presentar las cifras del gasto público social presupuestado. Al no ejecutarse la totalidad de los montos presupuestados, las cifras para 1993 y

52. Tal es el caso de Costa Rica donde el gasto público social se recupera desde el 14.3% del PIB en 1982 hasta casi 20% en 1990. (García 1993:32).

Cuadro 24  
 PERU: Presupuesto del gasto destinado al sector social y a programas de alivio a la extrema pobreza, 1993-1994 .  
 (en porcentajes)

Sectores y programas	1993	1994	Dif. pts. %	Var. %
Presupuesto	100.0	100.0		
Sector social	36.5	31.4	-5.1	-14.0
Sectores	28.7	23.5	-5.2	-18.1
Educación	18.4	15.6	-2.8	-15.2
Salud	8.3	5.7	-2.6	-31.3
Justicia	2.0	2.0	0.0	0.0
Trabajo	0.1	0.0	-0.1	—
Extrema pobreza	7.8	6.9	-0.9	-11.5
Útiles escolares	0.2	0.2	0.0	0.0
Alimentación escolar	0.7	0.7	0.0	0.0
Cólera y epidemias	0.6	0.4	-0.2	-33.3
Asistencia al niño	0.2	0.1	-0.1	-50.0
Sobrevivencia infantil	0.1	0.1	0.0	0.0
Apoyo zona emergencia	0.5	0.4	-0.1	-20.0
Emergencia e inversión social	0.1	0.6	0.5	500.0
Asistencia alimentaria	0.4	0.3	-0.1	-25.0
Electrificación social	—	0.4	0.4	—
Agua potable	0.5	0.6	0.1	20.0
Generación de empleo	1.9	2.0	0.1	5.3
Vaso de leche	1.1	1.2	0.1	9.1
Otros	1.5	—	-1.5	—
Focalización	—	1.2	1.2	—
Capacitación rural	—	0.5	0.5	—
Puestos salud rurales	—	0.7	0.7	—
Programas de justicia	—	0.1	0.1	—

Fuente: BCRP. Tomado de Cuánto. *Perú en números*, pág. 810.

1994 no son comparables con las que publicaba el BCR hasta 1992 y deben sobrestimar la magnitud efectiva del gasto. Varias cosas llaman la atención en el cuadro 24. Una es que el gasto social total presupuestado disminuye entre 1993 y 1994 en menos 5 puntos porcentuales. La segunda es que la proporción entre el gasto en educación y salud aumenta de 2.2 a 2.7 veces, en otras palabras, se sacrifica más el gasto en salud, que cae en 31.3%, que en educación, que disminuye en 15.2%. En tercer lugar, el gasto destinado a los programas denominados de alivio a la extrema pobreza, representa el 21.4% y el 22% del gasto social en 1993 y 1994. Finalmente, en 1993 aparece el gasto focalizado en tres áreas. Veamos a continuación cuáles son los principales programas y como se desagrega el gasto social por programas.

#### **b. Programas sociales**

La finalidad de estos programas es atenuar los efectos del programa de ajuste estructural en los sectores de extrema pobreza. Se les denomina de diversas formas: de gasto social directo, de alivio a la extrema pobreza, de emergencia o de compensación social. En todos los casos se trata de programas asistenciales, en los que se entrega dinero, alimentos, útiles escolares, ropa y otros bienes básicos a la población directamente.

Con la expansión de estos programas, primero, se debilita aún más la estructura institucional del Estado para administrar los programas de asistencia social. A la vez que se crean nuevos organismos temporales bajo la dirección de un solo ministerio, el de la Presidencia, se reducen drásticamente las funciones y el personal de los ministerios e instituciones que tienen a su cargo la responsabilidad de la política social. En términos del Grupo de la Agenda Social (1995:30): "No existe, y es muy necesaria, una política estratégica general que tenga objetivos claramente definidos. Esta visión estratégica -en política social- debería estar a cargo de ...los ministerios... en el sector social. Por lo tanto, la multiplicación de organismos autónomos amenaza con reducir aún más la capacidad y la voluntad de los ministerios de asumir esa responsabilidad que, por otra parte, los organismos autónomos no pueden tomar a su cargo."

67

En segundo término, se busca concentrar el gasto social en los sectores de extrema pobreza, lo que significa que no se atiende o no se puede atender a los pobres.<sup>53</sup> El empobrecimiento de los sectores de ingresos bajos y medios, por el mayor desempleo, la contención salarial, los mayores impuestos y la reducción del poder adquisitivo de las pensiones, no sólo no es compensado si no que es agravado de manera continua por el menor gasto social real. En la actualidad prosiguen los despidos en el sector público por las

53. El porcentaje del gasto público en el Programa Social de Emergencia -término genérico, en este caso para gasto social directo- empezó en 1991 con el 0.5% del PBI, se mantuvo en 0.5% en 1992, y subió a 0.7% en 1993. En 1994, baja al 0.6% y se programó 0.7% para el primer semestre de 1995 (FMI 1995:23).

privatizaciones de grandes empresas estatales y la reducción de competencias y funciones de los ministerios y entidades públicas.

En lo que sigue, haremos una breve descripción de los principales programas de gasto social directo o de alivio a la extrema pobreza y luego comentaremos las pocas cifras disponibles sobre esta área para dar una idea de la dimensión de los programas.

El Programa de Emergencia Social (PES) fue el primero en establecerse, en agosto de 1990, como modalidad de gasto social directo. Blondet y Montero (1995: 145) presentan una apretada síntesis de lo que significó el PES: i. Su vigencia estaba programada hasta diciembre de 1990, pero se prolongó hasta 1991; ii. Dirigió sus recursos a la atención de la salud y la alimentación infantil, mediante el Programa del Vaso de Leche<sup>54</sup>, la alimentación escolar y los programas de reparto de alimentos de Cáritas, Care y de la Oficina Nacional de Apoyo Alimentario (ONAA); iii. Entre agosto y diciembre de 1990 se atendieron 2.25 millones de beneficiarios, alrededor del 30% de los 7.55 millones que debían ser atendidos; iv. De acuerdo a Cuánto (1991), el 55% del gasto se destinó a Lima, mientras que los departamentos más pobres, como Huancavelica y Apurímac, sólo recibieron el 2.5% de la ayuda; y. En 1991 sólo ejecutó el 28% del presupuesto de 213 millones de dólares aprobado, esto es, el 3.7% del monto necesario para atender a la población en extrema pobreza estimado por Elías (1992) en 1,600 millones de dólares. En agosto de 1991, se crea el Fondo Nacional de Desarrollo y Compensación Social (FONCODES) con el fin de captar fondos nacionales e internacionales para financiar la ejecución de proyectos de apoyo social y de fomento al empleo productivo. Su presupuesto en 1992 fue de 164 millones de nuevos soles, de los cuales, hasta setiembre de ese año sólo se habían ejecutado cerca de 54 millones, es decir, 44% de 10 presupuestado hasta ese mes. La opinión del Grupo de la Agenda Social es que: "El gasto social de índole de emergencia, se centró básicamente en FONCODES, que tomó como modelo teórico la experiencia boliviana con un fondo de inversión social basado en la demanda" (1994:29).

68

El Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA) se creó en febrero de 1992 y es resultado de la fusión de la ONAA creada en 1977 y el Programa de Asistencia Directa (PAD) de 1985. Este programa consiste en la distribución directa de alimentos, el subsidio a comedores, los proyectos de alimentos por trabajo y la atención a casos especiales (ancianos y huérfanos) (Blondet y Montero 1995:146).

El cuadro 25 presenta los programas de alivio a la extrema pobreza que componen el gasto social directo en 1993 y 1994. Los tres más importantes en cuanto a monto asignado -o ejecutado- son FONCODES, el Programa del Vaso de Leche y el PRONAA. FONCODES representó el 58.5%

54. Este Progradestinado adestinado a proveer de desayuno escolar en las escuelas públicas' fue creado por el Municipio Provincial de Lima en 1983 y tuvo una gran expansión desde el principio.

del gasto directo en 1993 y 50% en 1994,<sup>55</sup> reducción que se traslada al Programa del Vaso de Leche, que sube de 20.1% a 25.1% en esos años, y al PRONAA que también aumenta su participación en más de 4 puntos porcentuales. Se observa además, la menor ejecución -o asignación- del presupuesto aprobado en los tres casos para los que se cuenta con información. En el caso de PRONAA el porcentaje de gasto efectivo es de 56.9%, y de FONCODES de 77.6%.

La distribución de los fondos de FONCODES por tipo de proyectos -cuadro 26- indica que la prioridad desde 1993 han sido los proyectos de construcción de infraestructura social. En cambio, los proyectos de asistencia social han visto reducir su participación de 92% en 1991 a 12% en 1994, mientras que los de infraestructura económica subieron de 3.9% en 1991 a 36.7% en 1992 para declinar hasta el 20% en 1994.

La pregunta central que se desprende de estos resultados es si con la creación de estos programas y organismos *ad-hoc* se está logrando mayor eficacia en la política social, esto es, si todo este esfuerzo es la mejor manera de contribuir a aliviar la situación de los más pobres y si el alivio será permanente. La urgencia política, la necesidad de ejecutar presupuestos y de mostrar resultados puede llevar a que se gaste sin poner atención a las necesidades prioritarias.

55. A partir de 1992, el grueso del gasto en programas de emergencia se ejecuta a través de FONCODES. Según el informe del FMI (1995:6 y 23), el gasto social a través de FONCODES fue aumentado de 0.1% del PBI en 1991 a 0.4% en 1992. Nuevamente fue incrementado a alrededor del 0.7% del PBI al año en el período 1993-1994.

Cuadro 25  
Perú: Gasto social directo por programas, 1993-1994.  
(millones US\$)

Programas	1993				1994	
	Presupuesto	Asignado	%	Asig/Pres %	Asignado	%
Total	n.d.	289.9	100.0	n.d.	308.2	100.0
1. FONCODES	218.5	169.6	58.5	77.6	154.1	50.0
2. Vaso de leche	n.d.	58.2	20.1	n.d.	77.3	25.1
3. PRONAA a/	58.0	33.0	11.4	56.9	49.1	15.9
4. Emergencia escolar	n.d.	14.9	5.1	n.d.	18.2	5.9
5. Fondo lucha epidemias	n.d.	8.3	2.9	n.d.	4.5	1.5
6. Cooperación popular	9.0	5.9	2.0	65.6	5.0	1.6

a/ Programa Nacional de Asistencia Alimentaria.

Fuentes: BCRP, Memoria 1993 y 1994. Grupo de la Agenda Social, 1995:39.

Cuadro 26  
FONCODES: Distribución de la inversión social por tipo de proyectos, 1991-1994.  
(porcentajes)

Tipo de proyectos	1991 a/	1992	1993	1994
Total (millones de US\$)	100.0 (6.5)	100.0 (93.5)	100.0 (169.6)	100.0 (154.1)
Asistencia social	92.0	16.7	10.0	12.0
Infraestructura social	4.1	35.7	58.8	60.0
Infraestructura económica	3.9	36.7	25.2	20.0
Apoyo a la producción	0.0	10.9	6.0	8.0

a/ Creado en agosto de 1991.

Fuentes: FONCODES. Elaborado por el INEI. Tomado de Flores (1995:74).  
BCRP, Memorias 1991-1994.

## 7. CONCLUSIONES

El campo de la protección social abarca varias áreas y estamos seguros de que no las hemos cubierto sino de manera esquemática y que nuestra aproximación al tema es aún parcial. No obstante, podemos desprender las siguientes conclusiones:

i. En la relación entre seguridad social y pobreza se observa que no ha aumentado la cobertura de la seguridad a los más pobres. Por el contrario, el empobrecimiento de la población por la hiperinflación, recesión y el programa de ajuste, ha conducido a que los asegurados y los que estaban cubiertos por la seguridad se empobrezcan. En consecuencia, su capacidad de aportar a la seguridad social es bastante menor y también lo serán las pensiones y la cobertura y calidad de las prestaciones.

ii. Si bien existe un amplio consenso en que el sistema público de pensiones ha hecho crisis, no existe el mismo consenso sobre las causas de esta crisis, sobre las perspectivas de evolución a raíz de su privatización ni sobre cuál debería ser la alternativa de reforma. En el caso del Perú no resulta claro cómo la ya iniciada tendencia al envejecimiento de la población, el estancamiento del mercado de trabajo asalariado, y las limitaciones fiscales para cubrir y mejorar las pensiones del sistema público afectarán el sistema previsional. 56

iii. En relación a los convenios de la OIT en materia de seguridad social ratificados por el país -al igual que en el caso de Chile-el Perú ha dejado de cumplir con la garantía de una pensión mínima, con los requerimientos del aporte compartido por empleadores y trabajadores y el Estado dejó de aportar al fondo de pensiones.

iv. La respuesta de la mayoría de la población de bajos ingresos a las ínfimas pensiones reales es seguir trabajando pese a su avanzada edad. En efecto, se observa que frente al marcado declive de las pensiones se produce un aumento de las tasas de actividad de los grupos de edad de la PEA de 55 años y más.

v. Es notoria la falta de información -y el exceso de propaganda-al público en materia de seguridad social, especialmente en el caso de los sistemas de pensiones, tanto en el privado como en el público. A partir de la experiencia de Chile para el sistema privado se sabe que: "...el afiliado de las AFP estará en general desinformado de los complejos aspectos del producto que demanda (administración de fondos y rentas vitalicias) por lo que debe

56. Al aumentarse de acuerdo a la Ley 26504 los aportes a los dos sistemas de pensiones, de 9 a 11% (un poco más para las AFP) en julio de 1995, que subirán nuevamente a un mínimo de 13% en 1997, y que también se ha elevado el número de años de aportación al aumentar la edad mínima para jubilarse para hombres y mujeres a los 65 años, deberían aumentar también las pensiones. Las posibilidades de que esto ocurra son al parecer nulas.

ponerse atención en la protección del usuario y las bases competitivas del sistema. Por ejemplo, en Chile se ha observado un explosivo crecimiento de la fuerza de ventas para atraer a los afiliados con aspectos accesorios. Por último; cabe destacar que la administración de grandes volúmenes de fondos de terceros crea múltiples oportunidades de abusos de información que es necesario evitar." (Arrau 1994:57)

vi. La gran dificultad en el área de la salud pública es la falta de cobertura y el deterioro en la calidad de los servicios por el bajo presupuesto del sector. La respuesta de las dependencias del sector público en salud ha sido la de privatizar el servicio, haciendo pagar al usuario por los medicamentos o insumos que se requieren en las atenciones o cobrandó tarifas por las consultas. Por estas razones la exclusión de sectores de bajos ingresos ha aumentado.

vii. El sistema de Salud del IPSS es tal vez lo mejor de la protección social en el país. Por un lado, se produjo la ampliación de la cobertura a los familiares de los asegurados en 1985 y ha aumentado el número de los afiliados facultativos. Por otro lado, a partir de 1991 se percibe, una mejora en la prestación de los servicios de salud del IPSS.

viii. En cuanto al gasto social, se ha optado por contener el gasto social corriente que ejecutan los sectores educación y salud, principalmente, y destinar los escasos fondos a programas de emergencia administrados por entidades públicas creadas para tal fin. Con ello se debilita la administración pública que brinda servicios y se deteriora aún más la calidad de los servicios públicos de salud y educación. En lugar de una política social de reconocimiento de derechos sociales a la población se ha definido una política de emergencia temporal y de focalización del gasto para los sectores en extrema pobreza.

## REFERENCIAS

- ADNET, Nick. *Labour Market Policy*. New York: Longman. 1989.
- ANDERSON, Jeanine. "Ni bienestar ni equidad: los fundamentos de la política social peruana". En Anderson, J. *et al. Pobreza y políticas sociales en el Perú*. Lima: CIUP-Taller de políticas y desarrollo social. 1994.
- APOYO-UNICEF. *Perú, Políticas sociales 1995. Guía de consulta rápida*. Lima. 1995.
- ARELLANO, José Pablo. "El efecto de la seguridad social en el ahorro y el desarrollo". En Mesa-Lago, Carmelo (Selección). *La crisis de la seguridad social y la atención de la salud. Experiencias y lecciones latinoamericanas*. México: FCE. 1986.
- ARRAU, Patricio. Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980-1993. Ms. 1994.
- BANCO CENTRAL DE RESERVA DEL PERÚ (BCRP). *Perú: compendio estadístico del sector público no-financiero*. Lima: BCRP. 1989.
- . *Memorias, 1990-1994*. Lima.
- . y AID. Inversión y desarrollo. *Encuentros económicos*. Lima: BCRP. 1992.
- BANCO MUNDIAL. The Decline of the Value of Labor in Peru: Causes and Remedies. Oct.-Nov. 1991. Lima, Ms. 1992.
- . *Basic Health and Nutrition Report*. Human Resources Division Country Dept. 1. Washington. 1994.
- BLANCAS, Carlos. "El derecho a la pensión nivelable u homologada". *La República*. 23 de enero de 1996.
- BLONDET, Cecilia y Carmen MONTERO. *Hoy: Menú popular. Comedores en Lima*. Lima: IEP-UNICEF. 1995.
- CASTRO GÓMEZ, Julio. "Situación de los sistemas de pensiones en el marco de las reformas laborales". En ORIT-CEDAL, *El mundo del trabajo en el Perú*. Lima. 1995.
- CORTEZ, Rafael. "El capital humano y la política de salud". *Boletín de Opinión* N° 22. Lima: Consorcio de Investigación Económica. Enero 1996.
- CUÁNTO. *Perú en números*. Varios años. Lima.
- . y UNICEF. *Retrato de la familia peruana. Niveles de vida..* 1994. Lima: Instituto Cuánto, UNICEF. 1995.
- DE HABICH, Midori. "Evidencia reciente sobre la pobreza en el Perú". *Contribuciones*.3/1995.

- DIAMOND, Peter y Salvador VALDÉS-PRIETO. "Social Security Reforms". En Bosworth, Barry, Dornbusch, Rudiger y Raúl Labán (eds.) *The Chilean Economy. Policy Lessons and Challenges*. Washington, D.C.: The Brookings Institute. 1994.
- FIGUEROA, Adolfo, Teófilo ALTAMIRANO y Denis SULMONT. *Exclusión social y desigualdad en el Perú*. Ginebra: OIT. 1995.
- FLORES, Edgar. Población, pobreza y mercado de trabajo en el Perú. MTPS DNEFP. Informe de proyecto OIT. 1995. Ms.
- FMI. Peru. Recent Economic Developments. Lima. Ms. November 16, 1995.
- FONCODES. *El mapa de la inversión social*. FONCODES frente a la pobreza, 1991-1994. Lima: FONCODES-UNICEF. 1995.
- GAMARRA, Leopoldo. "Privatización de la seguridad social". En Ospina, Estela (comp.) *Salud y trabajo. Derecho y realidad*. Lima: Instituto Salud y Trabajo. 1995.
- GARCÍA, Norberto. *Ajuste, reformas y mercado laboral*. Santiago de Chile: PREALC. 1993.
- GILLÓN, Colin y Alejandro BONILLA. "La privatización de un régimen nacional de pensiones: el caso chileno". *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 111, N° 2, 1992.
- G&R CONSULTORES S.A. Evaluación de la gestión institucional del IPSS, 1990-1994. Lima. Ms. 1995.
- GRUPO DE LA AGENDA SOCIAL. Desafíos para alcanzar la paz. Hacia un desarrollo social sostenible en el Perú (1994). Informe de la Misión Piloto del Programa Reforma Social del Banco Interamericano de Desarrollo. Julio de 1995.
- INEI. *Compendio Estadístico*. Tomos 1 y ID. Lima. Varios años.
- . Perú: Resultados definitivos. Censos Nacionales 1993. Perfil socio-demográfico. *Colección Análisis Censal N° 7*. Lima: INEI. 1994.
- IPSS. Estadísticas de Prestaciones de Salud, 1994. Boletín N° 1. Feb. 1995.
- JENKINS, Michael. "Extensión de la protección social a toda la población: problemas y planteos". *Revista Internacional de Seguridad Social*. Vol. 46, 2/93. .
- MESA-LAGO, Carmelo. "La estratificación de la seguridad social y el efecto de desigualdad en América Latina: el caso peruano". *Estudios Andinos* N° 8 (vol. ID, N° 2). 1973.
- . "El desarrollo de la seguridad social en América Latina". *Estudios e informes de la CEPAL* 43. Capítulo VI, Perú. Santiago de Chile: CEPAL. 1985.
- . *La reforma de la seguridad social y las pensiones en América Latina*. Serie Reformas de Política Pública 28. Santiago de Chile: CEPAL. 1994.
- MUSGROVE, Philip. "El efecto de la seguridad social y la atención de la salud en la distribución del ingreso". En Mesa-Lago, Carmelo (selección). *La crisis de la*

*seguridad social y la atención de la salud. Experiencias y lecciones latinoamericanas.* México: FCE. 1986.

OIT. *Memoria del Director General.* Décimotercera Conferencia de los Estados de América Miembros de la OIT. Anexo sobre la experiencia de diversos países en materia de seguridad social. Ginebra: OIT. 1992.

PETRERA, Margarita. "Privatización de la salud". En Petrerá, M. et al. *La gestión estatal y la privatización en el sector salud, la seguridad social y el sector financiero.* Documento de Trabajo N° 50. Lima: IEP. 1993.

REMENYI, María Antonia. "La gestión estatal de la seguridad social". En Petrerá, M. et al. 1993.

SUÁREZ-BERENGUELA, Rubén. Financing the Health Sector in Peru. LMS Working Papers N° 31. Washington, D.C.: The World Bank. 1987.

VERDERA, Francisco. *Propuestas de redefinición de la medición del subempleo y el desempleo y de nuevos indicadores sobre la situación ocupacional en Lima.* Documento de Trabajo 22. Lima: OIT. 1995.

-. "Nuevo abuso del derecho: despido arbitrario y pensiones inciertas". *Argumentos 27.* Boletín de Coyuntura Política y Económica. IEP. 1995.

ZSHOCK, Dieter K. "Medical care under social insurance in Latin America". *Latin American Research Review.* Vol. XXI, N° 1. 1986.