

**EVALUACION DEL SISTEMA DE PREVISION, SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD Y PENSIONES EN EL PERÚ**

Consultora: Lic. Juana Yupanqui Silva
Gerontóloga Social

Lima, Setiembre 2003

INDICE

INTRODUCCION.

1. PREVISIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL PERU.....	5
1.1 Generalidades	
1.2 La seguridad social en el Perú	
1.3 Reformas a la seguridad social	
2. MARCO LEGAL Y OBJETIVOS.....	9
2.1 En materia de Salud	
2.2 En materia de Pensiones	
2.2.1 Una percepción crítica del SPP	
2.2.2 La maduración de los sistemas previsionales	
2.3 Dispositivos legales del proceso de reforma de la seguridad social	
3. INSTITUCIONES QUE OPERATIVIZAN EL SISTEMA	18
3.1 Sistema de Seguridad Social en Salud	
3.1.1 Sistema Publico: ESSALUD	
3.1.1.1 Población Beneficiaria	
3.1.1.2 Calidad de Atención	
3.1.1.3 Gestión Administrativa	
3.1.1.4 Sistema de Monitoreo y Evaluación	
3.1.1.5 Sistema de Información	
3.1.1.6 Aspecto Presupuestal	
3.1.1.7 Recursos Humanos	
3.1.1.8 Toma de Decisiones	
3.1.1.9 Sostenibilidad	
3.1.2 Sistema Privado: Entidades Prestadoras de Salud- EPS	
3.1.2.1 Población Beneficiaria	
3.1.2.2 Calidad de Atención	
3.1.2.3 Gestión Administrativa	

3.1.2.4	Sistema de Monitoreo y Evaluación	
3.1.2.5	Sistema de Información	
3.1.2.6	Aspecto Económico-Presupuestal	
3.1.2.7	Recursos Humanos	
3.1.2.8	Toma de Decisiones	
3.1.2.9	Sostenibilidad	
3.2	Sistema de Previsión Social - Pensiones	
3.2.1	Sistema Nacional de Pensiones- ONP	
3.2.1.1	Población Beneficiaria	
3.2.1.2	Calidad de Atención	
3.2.1.3	Gestión Administrativa	
3.2.1.4	Sistema de Información	
3.2.1.5	Aspecto Económico-Presupuestal	
3.2.1.5.1	Rentabilidad de la ONP	
3.2.1.6	Pensiones	
3.2.2	Sistema Privado De Pensiones : AFP	
3.2.2.1	Población Beneficiaria	
3.2.2.2	Calidad de Atención	
3.2.2.3	Gestión Administrativa	
3.2.2.4	Sistema de Monitoreo y Evaluación	
3.2.2.5	Sistema de Información	
3.2.2.6	Aspecto Económico-presupuestal	
3.2.2.6.1	Inversiones	
3.2.2.6.2	Rentabilidad del SPP	
3.2.2.7	Prestaciones	
3.2.2.8	Pensiones	
4.	CONCLUSIONES.....	57
4.1.	Sistema Seguridad Social en Salud. ESSALUD	
4.2.	Sistema Privado de Salud	
4.3.	Sistema Nacional de Pensiones. ONP	
4.4.	Sistema Privado de Pensiones. AFP	
5.	RECOMENDACIONES	61
5.1	Sistema de Seguridad Social en Salud	
5.2	Sistema de Previsión Social en Pensiones	
BIBLIOGRAFÍA		
ANEXOS		

INTRODUCCIÓN

La Previsión y Seguridad Social como sistema de protección debe garantizar condiciones favorables para el desarrollo de todo ciudadano, en todas las etapas de su vida.

En países como Perú donde la pobreza alcanza a más del 50% de la población, los sistemas de previsión y seguridad social enfrentan retos que requieren de respuestas cada vez más creativas que respondan a realidades socio económicas heterogéneas, caracterizadas por inequidades que dificultan el acceso a la mayoría de los ciudadanos, a derechos como la salud, educación y empleo que les permita enfrentar y romper el círculo perverso de la pobreza.

En la última década, América Latina dentro de la reforma y modernización de sus estados, incluye la reforma de los Sistemas de Seguridad en Salud y Pensiones, en el Perú estas reformas se dan en un contexto de democracia limitada, por lo que no incluyen participación de los diversos actores sociales involucrados, lo que incide en la mediatización de los resultados alcanzados.

El presente estudio evaluativo, constituye un esfuerzo de investigación y análisis en esta materia, pretende valorar el avance de las reformas en los Sistemas de Salud y Pensiones, toda vez que se hace necesario hacer más eficiente, sostenible y equitativas las intervenciones de estas políticas sociales, considerando el papel central que cumplen para el desarrollo humano, en sociedades democráticas.

La metodología de análisis utilizada ha considerado el uso combinado de técnicas como: Grupos Focales con usuarios de los sistemas, entrevistas con funcionarios directivos y profesionales de las instituciones estudiadas, entrevistas en profundidad con expertos y el análisis de contenido de la información de cada uno de los sistemas.

El estudio se ha desarrollado a partir de la siguiente estructura: En la primera parte se presenta la Previsión y Seguridad Social en el Perú como marco conceptual, en la segunda parte se aborda el marco legal normativo en dicha materia, para luego ingresar al análisis evaluativo del Sistema Público y Privado en Salud así como al análisis del Sistema Nacional y Privado de Pensiones, finalmente se establecen las conclusiones y recomendaciones generales y específicas del estudio.

1. PREVISIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL PERU.

1.1 Generalidades

Dentro del gran concepto de política social se encuentra la previsión social, aludiendo a un criterio de balance entre presente y futuro, individuos y sociedad. Este no es un equilibrio fácil y ocasiona tensiones, puesto que siempre hay la tendencia a consumir ahora sin pensar en mañana. La previsión imagina situaciones futuras de las personas y toma medidas con antelación para estar en condiciones de afrontarlas cuando sucedan, trata de cubrir riesgos del futuro y evitar las incertidumbres del presente. Se reserva recursos para utilizarlos cuando los riesgos suceden. Se socializa el riesgo al que está expuesto cada individuo, repartiéndolo entre muchas personas de una sociedad. Disminuye el consumo actual para asegurar el consumo futuro. Es el concepto usado para diseñar los sistemas de seguridad social que establecen un equilibrio entre capitalización (futuro) y reparto (presente)¹

La seguridad social es un derecho humano fundamental definido como de segunda generación que requiere de políticas activas para su efectividad y de una pertinente y sustancial responsabilidad. El artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1943), señala enfáticamente que “toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social”.

Por su parte, en 1944, la Conferencia Internacional del Trabajo destacó en la Declaración de Filadelfia que todos los seres humanos deberían tener derecho a la seguridad económica y que todas las naciones del mundo deberían «extender las medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa». Al cabo de más de 50 años, se sigue negando, no obstante, ese derecho a la inmensa mayoría de las personas jubiladas e inválidas, viudas y huérfanos, para quienes el problema esencial en materia de protección social es el hecho de que no se les concede el derecho correspondiente, y no la base utilizada para determinar las prestaciones.

Semejante desamparo suele plantear un problema a los trabajadores de determinadas características: sector no estructurado, agricultura, trabajo rural, salarios bajos, trabajo a domicilio y por cuenta propia. Aunque es probable que no queden amparados o que eludan el pago de las cotizaciones, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, constituyen un porcentaje mucho mayor de la población activa en aquellos, lo cual explica en parte que ese desamparo sea más grave en los países en

¹ BEJAR Hector, Política Social, Justicia Social, Centro de Estudios para el Desarrollo y la Participación, CEDEP, Lima -Perú 2001

desarrollo. Esta situación se ha visto doblemente afectada por las políticas neoliberales que han impactado a la región durante los últimos 20 años y que ha significado una fuerte desestructuración del aparato económico y la pérdida de los regímenes de estabilidad laboral, con significativas consecuencias de pérdida, también, de la cobertura de la seguridad social. El Estado, en este escenario, ha continuado siendo el principal responsable de las políticas de previsión y seguridad social, estableciendo mecanismos de alternativas en paralelo, como en el caso del Perú, o de naturaleza mixta, sustitutiva o en paralelo, de acuerdo a las diversas experiencias de reforma identificadas en América Latina.

CUADRO N°1

Tipo de Reforma de la Seguridad Social en AL²

Países	Tipo de reforma	Año de la reforma
Argentina	Mixto	1993
Bolivia	Sustitutivo	1996
Chile	Sustitutivo	1981
Colombia	Paralelo	1993
El Salvador	Sustitutivo	1996
México	Sustitutivo	1995
Perú	Paralelo	1997
Uruguay	Mixto	1995

1.2 La seguridad social en el Perú

En el Perú, en 1850 se estableció un sistema de pensiones para el personal de las Fuerzas Armadas y para los trabajadores del sector público. Más adelante se amplió la cobertura, generándose una mayor cobertura en el sistema de reparto, basado en el aporte tripartito (estado, empleador y trabajador) y convirtiéndose en un sistema que privilegiaba a los trabajadores dependientes en la medida en que no excluía a los trabajadores independientes.

Las dos primeras constituciones del siglo veinte hablan de Seguridad Social en salud en el Perú, al referirse a normas de seguridad en el trabajo industrial, para prevenir accidentes; así como al seguro de enfermedad e invalidez, con un sentido solidario. Inspirado en estos principios, el primer paso fundamental fue la creación de los seguros sociales obligatorios de enfermedad y maternidad para el personal obrero, con salario estable, en 1936. Y el segundo paso lo constituye el seguro social obligatorio para los empleados, de los sectores público y privado, creado en 1948.

² Fuente: OIT. Protección Social. Estadísticas y Base de Datos. Lima, 2003

Durante años, estos seguros sociales obligatorios convivieron con diversas prestaciones concretas, con sus propias normas, financiamientos y servicios, para determinados gremios, como las cajas tradicionales, con sus ventajas e inconvenientes.

En 1973 se unifican en un mismo sistema algunas cajas y seguros, excluyendo a militares, diplomáticos y pescadores artesanales. El Sistema Nacional de Pensiones es un sistema público de contribución forzosa para los trabajadores asalariados y de reparto; esta ley no resuelve, sin embargo, el problema de fondo que era la no necesaria correspondencia entre la recaudación y el fondo requerido para el otorgamiento de pensiones adecuadas a los titulares, generado por el hecho de que las prestaciones superan fácilmente las contribuciones corrientes y anulan la proyectada y deseable capitalización del fondo de aportes. Esto se agravaba porque el Estado, como empleador, y algunas empresas privadas, con lamentable frecuencia, omitían el pago de las aportaciones que les correspondía, causando un desequilibrio financiero al Instituto Peruano de Seguridad Social

En 1980 se crea el Instituto Peruano de Seguridad Social, que da forma al sistema de seguridad social obligatorio en el Perú para la atención de la salud de los trabajadores. Desde su creación, el Instituto Peruano de Seguridad Social operaba en tres programas: de enfermedad y maternidad, de pensiones, y de riesgos profesionales. Sin embargo, problemas derivados de una mala administración de los recursos, como decisiones de inversión no siempre bien elegidas, lejos de ser rentables, se diluyeron con la hiperinflación, provocando grandes déficits que llevaron, en definitiva, a la quiebra del sistema de pensiones.

En la década de los años noventa, una vez superada la crisis económica heredada, y pasados los primeros meses de gestión de emergencia, se mejora la administración del Instituto Peruano de Seguridad Social, y en consecuencia, la calidad de los servicios, asumiendo el Estado la responsabilidad de las pensiones.

El Estado se convierte en el fiel cumplidor del pago de las aportaciones, en su calidad de primer empleador del país, dándole al Instituto Peruano de Seguridad Social la fortaleza económica que necesitaba, lo que le permite implementar el Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada, el Programa de Cirugía Menor o Oftalmológica, el Equipo Médico de Intervención Rápida, los Policlínicos Móviles, la Clínica de Día, el Programa de Alta Precoz y el de Hospital de Campaña entre otros.

Como un elemento de la modernización, el Estado estudia otros sistemas previsionales de salud, establecidos en distintos países de la región, con el fin de conseguir una mayor eficiencia en la seguridad social peruana. En 1999, el Instituto Peruano de Seguridad Social cambia su denominación a EsSalud.

El Estado mantiene actualmente su calidad rectora y maneja en la práctica la administración y dirección del sistema que solo atiende a los trabajadores dependientes, quedando excluidos la gran mayoría de la PEA, cuya composición revela un 51.0 % de trabajadores independientes y ocupados en el sector informal de la economía, como aquellos que se encuentran en situación de desempleados (9,4 % de la PEA total). Por su parte el sistema privado de pensiones y de salud, tiene una

vigencia reciente. Desde 1993, en el caso del Sistema Privado de Pensiones y a partir del año 2000 en el caso de las Empresas Prestadoras de Salud- EPS.

Entre ambos sistemas, logran una cobertura total de 3.290.408 afiliados en sistemas de salud y 3.918.268 en sistemas de pensiones

COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD Y PENSIONES

Afiliados	Salud		Pensiones
Sector	Titulares	Derechohabientes	Titulares y derechohabientes
Sector Publico	2.938.520	4.079.945	900.000
Sector Privado	351.888		3,018,268
Total	3.290.408		3,918,268

1.3 Reformas a la seguridad social

Para empezar, es preciso señalar que la turbulencia general afecta hoy a casi todos los sistemas de seguridad social del mundo. Retrospectivamente, es muy posible que los decenios de 1980 y 1990 resulten ser la gran divisoria en la evolución de la política social. En un gran número de países están actualmente en estudio, en preparación o en curso de ejecución importantes transformaciones de sus sistemas de seguridad social. Otros están ampliando en gran escala sus regímenes, con frecuencia a partir de una base muy limitada. En todas las regiones, la mayoría de los países encajan hoy en una de estas dos categorías, y en casi todos del mundo, entre ellos los más adelantados, la reforma, el desarrollo, la adaptación, la mejora o la modificación de los regímenes de pensiones es un tema de actualidad política. Es muy posible que en los primeros años del siglo XXI cambie radicalmente el panorama internacional de la protección social.

La mayoría de los países de esta región proporcionan prestaciones por conducto de regímenes de prestaciones definidas financiadas con base al reparto. Pero debido al mal funcionamiento de sus regímenes de prestaciones definidas de la seguridad social, un número creciente de países -que eran ocho en 1998- han pasado, al menos parcialmente, a un régimen de cotizaciones definidas, consistente en unas cuentas personales de capitalización total, administradas por gestores de fondos de pensiones del sector privado, a veces con una compañía de gestión de fondos de pensiones a cargo del Estado, que compite con las compañías privadas para atraer como clientes a los trabajadores. Aunque se pensaba que el paso a un régimen de cotizaciones definidas reduciría el impago de las mismas, por estar más directamente ligadas las prestaciones a las cotizaciones, sigue habiendo un problema de evasión en el pago de cotizaciones en esos países, lo cual parece indicar que causas del impago de cotizaciones son más complejas

En el caso del Perú, simultáneamente a la reforma del Sistema de Pensiones se realizó la reforma del Seguro Social de Salud cuyos lineamientos de política 1995-2000 fueron publicados en 1995 en tanto la Ley 26790 de Modernización de Seguridad Social en Salud fue promulgada en 1997. Esta reforma plantea un nuevo modelo de seguro social de salud que distingue prestaciones de capa simple y de capa compleja.

- Enfermedades de Capa Simple, que son sencillas y frecuentes, y que pueden ser atendidas mediante consulta ambulatoria o cirugía de día; y
- Enfermedades de Capa Compleja, que son complicadas e infrecuentes, y que requieren de mayor medicación, equipos, hospitalización o largo tiempo de tratamiento para su curación.

EsSalud está preparado para atender cualquier caso, tanto de Capa Compleja o simple, como ocurre con la mayor parte de los asegurados. Las EPS atienden a parte de la población trabajadora que requiere de atención en la Capa Simple y algunas enfermedades de la compleja, permitiendo así a EsSalud utilizar su capacidad instalada para cubrir mejor la Capa Compleja para todos los asegurados, sean o no afiliados a una EPS

La Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud ha respetado la tasa de aportación, que es del 9 % de las remuneraciones de los trabajadores dependientes.

Cuando los trabajadores de un Centro de trabajo optan por trasladar su derecho de ser atendido en la Capa Simple en una EPS, el 25 % de la aportación de dicho Centro de trabajo se entrega directamente a la EPS elegida. La EPS brinda un Plan de Salud, que además de la Capa Simple puede incluir parte de la compleja, y que financia mediante el 25.0 % que recibe del empleador. De esta manera, el nuevo sistema despierta el interés de los trabajadores, porque buena parte de ellos nunca hace uso de los servicios de EsSalud, especialmente cuando la empresa paga, además de las aportaciones de seguridad social, seguros privados de salud de altos costos.

Los lineamientos señalados reflejan la intención de compartir la responsabilidad del Estado en materia de salud con el sector privado, sin embargo en esta intencionalidad no se ha tomado en cuenta la capacidad económica de la mayoría de la población, especialmente de provincias cuya capacidad para solventar servicios privados es mínima; ello ha determinado que por aspectos de capacidad de demanda, las empresas privadas de salud EPS optan por instalarse en Lima, descuidando el interior del país.

2. MARCO LEGAL Y OBJETIVOS.

La Constitución Política en sus artículo 10° y 11°³ consagra que toda persona tiene derecho universal y progresivo a la seguridad social correspondiéndole al Estado el rol de garantizar el libre acceso a prestaciones de salud y pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. La propia norma constitucional establece que los fondos y las reservas de la seguridad social tienen la calidad de intangibles, aplicándose los recursos en la forma y bajo la responsabilidad determinadas por la Ley.

2.1 En Materia de Salud

Según hemos señalado en párrafos anteriores, la Ley N° 26790, reformó el Seguro Social de Salud contemplado la participación del sector privado en determinadas coberturas del referido seguro. Esta Ley indica como su fundamento, aquellos principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre

³ Constitución Política del Perú, Lima , 1993

acceso a prestaciones a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas. Sin embargo el nuevo sistema establece un régimen de seguro social y no de Seguridad Social en evidente contradicción de lo que indica su nombre, en tanto se renuncia a una cobertura universal, teniendo como ámbito obligatorio la protección subjetiva a los trabajadores dependientes o en todo caso a los que alguna vez lo fueron como los jubilados y sus derechohabientes. Los demás, a partir de la Reforma, podrán hacerlo de manera facultativa o voluntaria.

Si bien en el ámbito constitucional se mantiene la universalidad como un principio al cual hay que aspirar, por la formulación de la Ley pareciera renunciarse a este postulado constitucional, en tanto se configuran dos sistemas distintos, sin disponerse mecanismos de transición o unificación.

De un lado tenemos el sistema a cargo del Ministerio de Salud que brindará atención a la población de escasos recursos que no tiene acceso a otros regímenes o sistemas, mientras que de otro el sistema de seguridad social compuesto por ESSALUD y las EPS que será obligatorio para los trabajadores dependientes, los cesados que accedieron a pensión y los derechohabientes.

La norma no contempla otros principios de la seguridad social como el de Integridad de las Prestaciones, que señala que los beneficios proporcionados no deben restringirse al ámbito curativo sino sobretodo al preventivo y, de otra parte, no solamente restringirse al aspecto de la salud sino incorporar también aspectos económicos, sociales y culturales.

Así mismo si bien se menciona que el sistema se desarrollará dentro de un marco de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud, podría cuestionarse la aplicación de estos criterios en la elaboración del sistema. Así el principio de solidaridad, en tanto mecanismo fundamental de redistribución del ingreso, característica básica de todo estado social de derecho, con esta Norma ha sido atenuado en tanto la cobertura variará en función del plan que sea posible contratar.

Este nuevo sistema de salud según lo que se deduce de la norma y a grandes rasgos, se centra en la posibilidad de que el empleador asuma la cobertura de determinadas contingencias mediante servicios propios o contratando servicios particulares. Esta opción se reflejará en una reducción de la aportación del empleador al IPSS hoy ESSALUD trasladando un monto semejante al deducido a una Entidad Prestadora de Salud (EPS), en caso de no contar con servicios propios.

Asimismo por esta vía se dispone un copago que implicaría un desembolso o retención al trabajador, con su consentimiento. Se establece que los copagos no podrán superar el 2.0 % del ingreso mensual del asegurado por cada atención de carácter ambulatorio, ni el 10.0 % por cada hospitalización, porcentajes que si bien implican topes máximos.

Esta Ley representa la tendencia a la terciarización, a través de un rol creciente del sector privado con fines de lucro en sectores que antes eran exclusivamente del dominio del Estado. La competencia gerenciada que esta política promueve es también una tendencia global en las reformas de salud.

De las normas legales puede deducirse que los objetivos principales de la reforma⁴ fueron:

- Descongestión de los servicios de ESSALUD.
- Promoción de la inversión privada y mejoras en la eficiencia.
- Expansión de la seguridad social en general a sectores no cubiertos.
- Mejora en la calidad de los servicios por medio de la competitividad.

2.2. En Materia de Pensiones

Para efecto de pensiones se han dictado varias leyes, entre las cuales la Ley N° 8433 que crea la Caja Nacional de Seguro Social en el año 1936 y la Ley N° 13640 que establece el Fondo de Jubilación Obrera, como régimen de previsión social para dicho grupo de trabajadores. Las citadas disposiciones se complementan con la creación del Seguro Social del Empleado, que como su nombre lo indica ampara a los trabajadores con calidad de empleados.

Paralelamente, a estos dos grandes sistemas, se fueron creando otros que cubrían a diversos sectores ocupacionales como la Caja de Beneficios Sociales del Pescador, el Régimen de Estibadores del Callao, el del Personal Militar y Policial (todos ellos independientes de los seguros obrero y empleado) o el Fondo de Retiro del Chofer Profesional Independiente, el Ex Fondo Especial de Jubilación de Empleados Particulares y el Fondo de Derechos Sociales del Artista, hasta comienzos de la década del 70.

Este panorama, bastante disperso y hasta discriminante, necesitaba de un replanteamiento de conceptos que diera a la luz un sistema unitario y que brinde una protección más amplia y adecuada a los trabajadores.

Después de un largo proceso de acciones de progresiva unificación en el ámbito administrativo, se dictó el Decreto Ley No 19990, creando el actual Sistema Nacional de Pensiones, con vigencia a partir del 1° de Mayo de 1973.

Las modificaciones en la Legislación de Seguridad Social, significaron al mismo tiempo, avances en lo que a beneficios de asegurados respecta. El Decreto Ley No 19990, es un ejemplo de ello, porque a partir de la unificación de los regímenes de previsión social del Obrero, del Empleado y del Fondo Especial de Jubilación de Empleados Particulares, *se logró formalmente la eliminación de injustas desigualdades entre los trabajadores, partiendo del principio de "igual aportación, igual derecho", y la ampliación de la cobertura a un mayor contingente de pobladores del país.*

En el año 1992, como parte de la reforma de la Seguridad Social, se promulga el Decreto Legislativo N° 25897 que crea el Sistema Privado de Pensiones, tomando como modelo al sistema chileno de capitalización individual, que se sustenta en

⁴ GARCIA Núñez Luis, Reforma de la Seguridad Social en Salud en el Perú, un análisis comparativo. la reforma de salud en Chile, PUC, Departamento de Economía, Lima, 2001.

cuentas individuales, las que se encuentran conformadas por los aportes del trabajador activo y el rendimiento obtenido por la inversión de los recursos.

En el cuadro siguiente se puede apreciar el volumen de los fondos previsionales de diversos países de América Latina, para el año 2000. Como puede apreciarse, para el caso del Perú, dada la reciente incorporación de este sistema, el volumen de dichos fondos representan 5.4 % del PBI, en tanto para Chile, con una antigüedad de 20 años del sistema, representa el 59.8 del PBI

CUADRO N° 2.

Dimensión de los Fondos de Ahorros Previsionales. Año 2000 ⁵

País	Total Mill.de U\$S	% del PBI
Argentina	20,381	7.1
Bolivia	841	10.8
Chile	35,886	59.8
Colombia	3,414	4.3
El Salvador	482	3.6
México	17,355	3.0
Perú	2,978	5.4
Uruguay	811	3.9
Total	82,148	7.7

La pensión de jubilación del trabajador se encuentra determinada por el valor de la cuenta individual en el momento de jubilación y está directamente relacionada con el monto de sus aportaciones y la rentabilidad de las inversiones del fondo. Los fondos de pensiones son administrados por Administradoras de Fondos de Pensiones (AFPs) las que se constituyen como sociedades anónimas de propósito exclusivo.

En el Sistema Privado de Pensiones, los beneficios que se entreguen en el mercado de las pensiones, serán principalmente consecuencia de lo que ocurra con los salarios en el mercado de trabajo; en consecuencia según Mesa-Lago (1999) los sistemas que se apoyan en esquemas de ahorro y seguros privados individuales “reproducen la desigualdad de la sociedad y tienden a desvirtuar los propósitos de la seguridad social de la cual son parte los sistemas de pensiones”⁶

A diferencia del SNP, el SPP no implica afiliación forzosa. Lo obligatorio para los trabajadores dependientes es la afiliación en uno de los dos sistemas, pero si el

⁵ Fuente. Fuente. OIT. Protección Social. Estadísticas y Base de Datos. Lima, 2003

⁶ UTHOF, Andras, Mercados de Trabajo y Sistema de Pensiones, en Revista de la CEPAL 78, Santiago de Chile, diciembre del 2002, Pág.40

trabajador nuevo no comunica en 10 días su opción de afiliación el patrono deberá afiliarlo en la AFP que tenga la mayoría de sus empleados. Pueden afiliarse trabajadores nacionales como extranjeros, dependientes o independientes.

En este sistema las AFP deben asegurar las pensiones de jubilación cuyo monto se calcula en base al saldo que arroje la Cuenta Individual de Capitalización en el momento de pasar a la situación de pensionista. En lo que se refiere a las prestaciones de invalidez, éstas no son aseguradas directamente en la AFP, sino que deben ser contratadas con una empresa de seguros; estas pensiones pueden adoptar las mismas modalidades alternativas de jubilación y deberían compensar limitaciones de invalidez parcial o total en forma temporal o permanente.

Por su parte, la pensión de sobrevivencia alcanza a los herederos forzosos de trabajadores que no se habían jubilado, dentro SPP, al momento de su muerte y de aquellos jubilados que hubieran optado por alguna modalidad que no fuera de la renta vitalicia personal. Finalmente, y en relación a las prestaciones de salud, los pensionistas del SPP se encuentran también comprendidos en el Régimen de Prestaciones de Salud establecido por el D.S. 22482 en las mismas condiciones de aportaciones y de derechos que los pensionistas del SNP.

2.2.1 Una percepción crítica del SPP

En un documento producido por la OIT, se establecen varias razones que deben ser tomados en cuenta en una evaluación a los sistemas de seguridad social. En primer lugar, que el debate sobre la eficiencia de estos sistemas se ha centrado sobre aspectos administrativos de la seguridad social, en segunda instancia, en sus vinculaciones e interacciones con el resto de la economía y en tercera instancia, en la base financiera y actuarial intrínseca y en su viabilidad financiera a largo plazo dejando en último lugar las consideraciones y repercusiones de orden social.

Es claro que la repercusión que tuvo la reforma de la seguridad social en Chile, impactó e impacientó notablemente a sus vecinos, como el caso de Perú, que iniciaron una rápida carrera de implementación y réplica del modelo. Sin embargo, como bien apunta el documento de la OIT, el modelo ha privilegiado el control del mercado sobre un derecho inalienable como es la seguridad social. La instauración de estos sistemas privados de gestión de las cotizaciones sociales supone, en gran medida, un significativo impacto contra la concepción misma del sistema público de derechos de seguridad social, donde la calidad de los derechos sociales se mediría por la capacidad de los sistemas de pensiones públicas para liberar a los individuos de la dinámica de funcionamiento del mercado y de las restricciones impuestas por el flujo monetario. Es lo que Monereo Pérez denomina "el grado de desmercantilización", es decir, el grado en que los individuos y sus familias pueden mantener un nivel de vida socialmente aceptable independientemente de su participación en el mercado.⁷

⁷ **Ver al respecto.** Ana María Lagares Pérez. El derecho a la seguridad social y la gestión de los regímenes de ahorro individual, documento de trabajo, Departamento de la Seguridad Social, OIT, Octubre de 1997

Las situaciones de incertidumbre de una adecuada opcionalidad de los sistemas a los que se enfrenta el trabajador, constituye uno de los factores críticos al cual debe prestársele atención.

Lagares identifica tres situaciones críticas:

- a) El hecho de que los trabajadores se enfrentan a un dilema al momento de decidir cuándo hacer uso del derecho (si optar por una jubilación anticipada o no) y qué modalidad de pensión escoger. No se puede perder de vista el hecho que el grueso de la población ni conoce ni tiene capacidad para entender los mecanismos del mercado financiero, por lo que un afiliado con derecho a pensión ha de saber muy bien que decisión tomar pues dependiendo de ella se verá afectado el resto de su vida. Si, llegado el momento un beneficiario opta por una renta vitalicia, si no tiene una buena información sobre la situación económica imperante en ese momento, sus decisiones no necesariamente van a corresponder a sus expectativas previsionales. Esto porque la pensión que le correspondería se calcula en función del capital actuarial que la Administradora entrega, la expectativa de vida del afiliado y de su grupo familiar con derecho a pensión de supervivencia así como la tasa de interés que la compañía de seguros aplique.
- b) En el caso del retiro programado, la opción puede implicar que el asegurado se encuentre, cuando tenga más edad y su dependencia sea mayor, sin recursos para sobrevivir. Con esta opción no se tiene derecho a una pensión "stricto sensu" - pago periódico mientras dure la contingencia - sino al pago de una prestación económica de duración determinada.
- c) Finalmente el afiliado ejerce su derecho a optar por un tipo u otro de pensión o hacerlo anticipadamente o no y la manifestación de su voluntad es, en la esfera de derecho privado en que lo hace, "ley". Si ejerció su derecho a optar y la otra parte (administradora o compañía de seguros) cumplió su obligación de otorgar la prestación el contrato es perfecto en términos jurídicos y al beneficiario compete la carga de la prueba de que la prestación recibida es conforme a la ley y no ha existido mala fe o abuso en su concesión. Ello, partiendo de la base que en la medida de los conocimientos que el beneficiario tenga pueda llegar a comprender que ha recibido una pensión en cantidad justa. Su derecho a recurrir queda, pues, totalmente diluido.

En suma, el derecho a la seguridad social se encuentra pues limitado por su compatibilidad con las reglas competitivas y selectivas del mercado y su eficacia productiva, la capacidad de lección del beneficiario.

2.2.2. La maduración de los sistemas previsionales.

De acuerdo a Ruiz-Tagle⁸ para que un sistema de pensiones logre madurar se requiere de unos 40 años. Existen por lo menos cuatro grandes variables que van a influir en estos sistemas. En primer lugar el extraordinario aumento de la longevidad, que debe ser considerado como un gran progreso societal (debido a los avances de la medicina

⁸ Jaime Ruiz Tagle El Sistema Previsional en Chile, 2001 s/r

moderna, a la urbanización creciente y a los cambios culturales) plantea nuevos desafíos a la seguridad social y en particular a los sistemas de pensiones. En Perú, las tasas brutas de natalidad han descendido sustancialmente: de 21.6 a 6.9 por mil en 50 años. En 50 años la población se ha triplicado. La proporción de personas mayores de 65 años y más es el 4.0 % de la población y se estima que para el 2025 será del 9.0 %⁹ Debe tenerse en cuenta en cuenta que en Norteamérica este porcentaje alcanza ya al 13.0%, en Europa Occidental al 16% y en Japón al 17.0 % (ver Thompson, 2000).

Otro progreso importante de los últimos decenios ha sido la creciente incorporación de las mujeres al mercado del trabajo. Ella es sin duda positiva en términos de equidad y de aporte al desarrollo nacional. Sin embargo, plantea nuevos desafíos previsionales, ya que sus contribuciones son en promedio más bajas que las masculinas y tienen más lagunas. De hecho, la tasa de participación femenina en el mercado de trabajo sigue en aumento. Así en el caso de los hombres, esta tasa corresponde al 76,4%, mientras que entre las mujeres alcanza al 52,2% (Perú, 1997) .

Por otra parte, la flexibilización de las relaciones laborales, que a menudo es necesaria en una economía cada vez más globalizada, ha llevado con frecuencia a la precarización del empleo y a la exclusión de muchos trabajadores con respecto a los beneficios de la seguridad social. De modo que también las tendencias flexibilizadoras, que en sí mismas pueden ser positivas, plantean nuevos desafíos a los sistemas de pensiones.

Sería ingenuo pensar que la coexistencia de regímenes previsionales (modelo paralelo, en Perú) pueda permitir superar estos desafíos, considerando lo temprano de la experiencia de la capitalización individual en el país. Sin embargo es aconsejable que este sistema se legitime con mayor fuerza, otorgando a los ciudadanos la posibilidad de un acceso a una información clara y transparente que les permita tomar las decisiones que, de algún modo u otro, afectarán su vida futura y la de sus familias.

De otra parte, existen situaciones que afectarán la capacidad de gestión adecuada de los sistemas previsionales; estas variables deben ser tomadas en cuenta si se asume como política de estado, el lograr una mayor cobertura de población y, por lo mismos, una mayor representación de los aportes totales con relación al PBI. Las variables¹ son las siguientes:

- **Método de financiación.** Los regímenes universales, o de asistencia social, suelen financiarse con los impuestos generales, y no con cotizaciones a la seguridad social. Si la base impositiva es amplia y produce recursos suficientes, la cobertura puede resultar muy grande y no depender directamente de una financiación individualizada.
- **Antigüedad del régimen.** En general, cuanto más antiguo sea tanto mayor será la cobertura.
- **Nivel de desarrollo económico.** Existe una relación muy directa entre el grado de cobertura y el volumen de los recursos de protección social disponibles para financiarlo, y los países desarrollados tienen normalmente un grado de cobertura mayor.

⁹ Vega-Centeno, M. Y Remenyi, Maria A. El sistema previsional en el Perú: Sistema nacional de pensiones vs. Sistema privado de pensiones. Economía, Vol. XIX N° 37-38, Julio- Diciembre 1996

- **Tamaño del sector no estructurado.** Resulta mucho más fácil recaudar cotizaciones e impuestos en el caso de quienes trabajan en el sector estructurado que cuando se trata de trabajadores del sector no estructurado.
- **Capacidad de la administración de la seguridad social.** Esto repercute tanto en la seriedad y en la viabilidad del régimen como en su cobertura actual, por cuanto a muchos regímenes les cuesta imponer el respeto de lo estipulado, y limita asimismo la extensión de los mismos a categorías excluidas y a situaciones imprevistas.
- **Política estatal.** La importancia relativa que otorga el gobierno a la extensión de la protección social varía en función de las prioridades nacionales y puede bastar para neutralizar otros factores. Así por ejemplo, Costa Rica está menos desarrollado que México pero su cobertura es mucho mayor gracias a las iniciativas adoptadas por el Gobierno en el decenio de 1970.
- **Gestión y administración.** Una buena gestión es la clave para que el régimen de seguridad social sea eficaz, pero es indispensable precisar lo que esto significa: la definición que se emplea aquí es general y abarca las actividades de consulta y adopción de decisiones, los dispositivos institucionales y las funciones de gestión y de administración relacionadas con la ejecución y el control de los sistemas de seguridad social. Tiene también que ver con las relaciones mutuas entre la política nacional, la gobernabilidad nacional y la gestión de los regímenes

2.3 Dispositivos legales que acompañan el proceso de reforma de la seguridad social.

En el cuadro siguiente, hemos consignado los diferentes dispositivos legales (leyes, decretos leyes, decretos supremos y resoluciones) que han sido dictados para crear un marco legal al funcionamiento tanto del Sistema Nacional de Pensiones como al Sistema Privado de Pensiones y al Seguro Social de Salud.

CUADRO N° 3

LEGISLACIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL*

N° NORMA LEGAL	SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	N° NORMA LEGAL	SEGURIDAD SOCIAL EN PENSIONES
Ley N° 26790	Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.	D.L.N° 19846	Ley de Régimen de Pensiones del personal Militar y Policial.
D.S.N°009-97-SA	Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.	D.L.N°19990	Ley de creación del Sistema Nacional de Pensiones.
D.S.N°001-98-SA	Modificación del subsidio de lactancia y modifica Reglamento de Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.	D.L.N° 20530	Ley de creación del régimen de pensiones a cargo del Estado.
ResoluciónN°004-GCR-IPSS-98	Normas complementarias al DSN°001-98-SA referidas a trabajadores del hogar y empleadores.	D.S. N°054-97-EF.	Texto único ordenado de la Ley del Sistema Privado de Administración del Fondo de Pensiones.
D.S.N° 003-98-SA	Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de riesgo.	Ley N° 26835	Establece que ONP es la entidad competente para reconocer y declarar pensiones derivadas de derechos pensionarios, legalmente obtenidos al amparo de D.L.N° 20530.
D.S.N°004-200-TR	Modifican art.del Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.	D.S.N°004-98-EF.	Reglamento texto único ordenado de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondo de Pensiones.
Ley N° 27056	Ley de Creación del Seguro Social de Salud.	Ley N°27242.	Modifica la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondo de Pensiones,Ley procesal del Trabajo y Ley Orgánica del Poder Judicial.
D.S.N°002-99-TR.	Reglamento de la Ley N° 27053.	Ley N°27252	Establece derecho de jubilación anticipada para afiliados al sistema privado de pensiones que realizan labores de riesgo para la vida o la salud.
Ley N° 27177	Incorpora como afiliados regulares al Seguro Social de Salud a pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes	D.S.N°003-2000-EF	Disposiciones tributarias sobre pago, recaudación y control de contribuciones administradas por ONP y ESSALUD.
D.U. N°008-2000	Modifica art. Ley Modernización de la Seguridad Social en Salud,sobre derecho especial de cobertura por desempleo	D.S.N°018-2000-EF.	Modifica Reglamento Texto Único Ordenado de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondo de Pensiones.
D.S.N°002-2000-TR.	Reglamento Ley N°27177,incorporando a pescadores y procesadores artesanales independientes como afiliados regulares al SS de Salud.	R.J.N°047-2000-JEFATURA-ONP.	Procedimiento de Inscripción al Régimen facultativo del Sistema Nacional d Pensiones.
R.G.G.N°251-GG-ESSALUD2000.	Normas complementarias al Reglamento de pago de prestaciones económicas.	D.U.N° 029-2000	Modifican art. Del TUO de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones.
D.S.N°004-2000-TR.	Modifican art. Del Reglamento Ley Modernización de la Seguridad Social en Salud.		
Acuerdo N°14-16-ESSALUD-2000.	Modifican Reglamento de Pago de prestaciones económicas.		

* Elaborado en base a información del MTPS.(2001)

3. INSTITUCIONES QUE OPERATIVIZAN EL SISTEMA

3.1. Sistema de Seguridad Social en Salud.

La Seguridad Social en materia de Salud se encuentra a cargo de ESSALUD y se complementa con los planes y programas de salud brindados por las Entidades Prestadoras de Salud EPS. El Seguro Social de Salud otorga prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios para el cuidado de la salud y bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales.

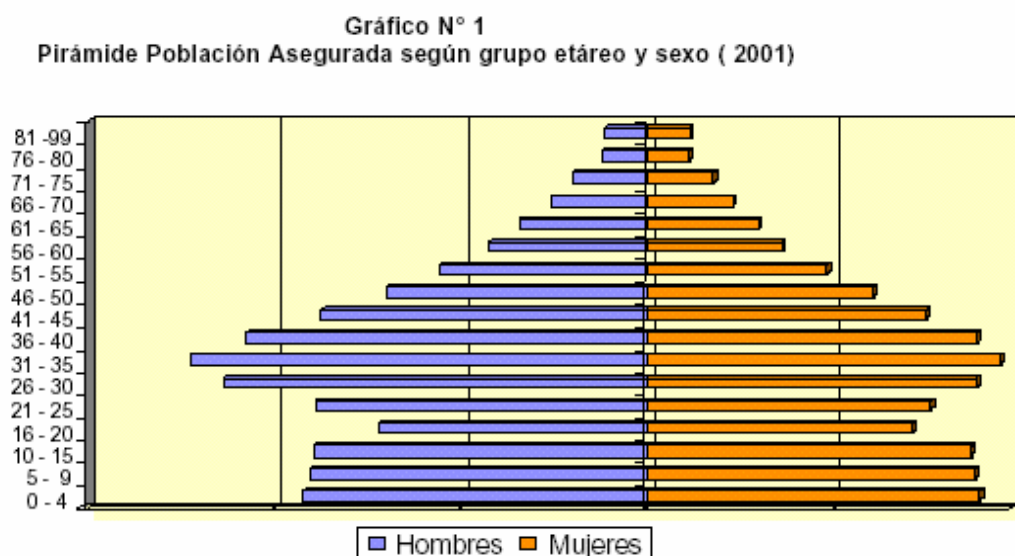
Es de carácter obligatorio para los afiliados regulares y los demás que señale la ley. Su financiamiento se realiza a través de las aportaciones de sus afiliados, sus reservas e inversiones, los ingresos provenientes de la inversión de sus recursos y los demás que adquiera con arreglo a Ley.

3.1.1. Sistema Publico: ESSALUD

3.1.1.1 Población beneficiaria.

Al mes de Diciembre del 2002 la población asegurada total alcanza 7,018,465. Sin embargo **los titulares** solamente alcanzan a **2.938.520** personas. Esto representa el 11.3 de la población total (Proyección: 25.232.226 personas) y con relación a la PEA total (10.762.359 personas. Proyección OIT), el 27.3 %. En otras palabras, el 72.7 % de la PEA no se encuentra bajo la cobertura del sistema publico de seguridad.

Los derechohabientes constituyen 4.079.945 personas que, naturalmente no aportan, pero constituyen una obligación de cobertura para el sistema. En términos de dependencia, esto significa que cada aportante existen 1.3 derechohabientes; en cifras relativas, del 100.0 % de población asegurada, el 41.8 % son aportantes y el 58.2 % son derechohabientes o no aportantes.



Fuente: Plan Estratégico 2003-2007 –ESSALUD.

En el año 2001 se observa que la estructura de la población asegurada, muestra una proporción menor de menores de 14 años que la observada en la población nacional y se concentra fundamentalmente en adultos y adultos mayores.

Así mismo existe una mayor concentración de población masculina en las etapas intermedias. Las variables de edad y sexo son muy importantes ya que influyen en los indicadores de salud como la mortalidad, morbilidad, factores de riesgo e incapacidad y otros indicadores demográficos como la natalidad y fecundidad, así como también en la utilización de los servicios.

CUADRO N° 4

POBLACIÓN ASEGURADA DE ESSALUD POR TIPO DE ASEGURADOS SEGÚN DEPARTAMENTO.

DEPARTAMENTOS	TOTAL	TITULARES	%	DERECHO HABIENTES	%
TOTAL	7,018, 465	2,938,520	41,89	4,079,945	58,11
Amazonas	60,950	20,765	34,04	40,185	65,96
Ancash	227,981	80,286	35,22	147,695	64,78
Apurímac	54,174	17,902	31,55	37,082	68,45
Arequipa	403,796	169,822	42,06	233,974	57,94
Ayacucho	75,022	24,595	32,78	50,427	67,22
Cajamarca	87,621	32,037	36,56	55,584	63,44
Cusco	227,515	78,560	34,53	148,955	65,47
Huancavelica	71,636	18,952	26,46	52,684	73,54
Huanuco	90,774	30,225	33,30	60,549	66,70
Ica	266,918	110,618	41,44	156,300	58,56
Junín	231,090	81,701	35,36	149,389	64,64
La Libertad	347,020	138,014	39,77	209,007	60,23
Lambayeque	334,080	131,270	39,29	202,810	60,71
Lima	3,394,317	1,578,071	46,49	1,816,245	53,51
Loreto	155,036	59,939	38,66	95,096	61,34
Madre de Dios	17,846	6,070	34,00	11,777	66,00
Moquegua	67,376	23,156	34,37	44,220	65,63
Pasco	89,262	24,954	27,96	64,308	72,04
Piura	328,313	131,873	40,17	196,439	59,83
Puno	169,838	60,512	35,63	109,326	64,37
San Martín	84,649	29,646	35,02	55,003	64,98
Tacna	97,204	40,439	41,60	56,765	58,40
Tumbes	44,921	15,067	33,54	29,854	66,46
Ucayali	91,127	34,856	38,25	56,271	61,75

Fuente : Estadísticas Institucionales 2002-ESSALUD.

Se observa en el cuadro anterior que la distribución de los asegurados se concentra predominantemente en el departamento de Lima, alcanzando aproximadamente el 48,4% del total nacional, en razón que aquí se ubican las más importantes fuentes de trabajo del país y también porque es sede principal de las empresas que aportan a ESSALUD, reflejando así uno de los aspectos del agudo centralismo del país.

3.1.1.2 Calidad de Atención.

Cualquier sistema de salud debe evaluarse a partir de sus implicancias sobre la eficiencia y la equidad¹⁰, las que deben estar vinculadas, entre otros factores, a la calidad de atención. Grandes instituciones como EsSalud en su intento de ser eficientes reduciendo costos pueden estar afectando el volumen y calidad de prestaciones.

11

“ Una empresa cualquiera se mide por productividad, rentabilidad, resultados económicos. Un sistema de seguridad social en salud se mide por la calidad del servicio que presta; no se puede decir que este año hemos ahorrado tantos millones, sino decir que el año pasado hemos atendido un millón de personas... pero este año hemos atendido muy bien a un millón y medio de asegurados. Es de esa forma que se puede mostrar su eficiencia y no recortando presupuesto; finalmente considero que es un problema de Modelo, es decir, como concibe el Estado el manejo de la Seguridad Social en salud”

Juan José Gorriti-Secretario General de la CGTP

Medir la calidad del servicio desde la percepción de los asegurados, usuarios finales de los diferentes servicios prestacionales que brinda ESSALUD es fundamental en la medida que su bienestar es el objetivo final de la institución.

Para el presente estudio de medición de la calidad de los servicios, se ha considerado los servicios de mayor demanda:

- Consulta Externa
- Hospitalización

Esta medición se ha realizado a través de la metodología de los grupos focales con trabajadores activos y jubilados, de ambos sexos, pertenecientes a diversas entidades privadas, públicas y gobiernos municipales de Lima Metropolitana. Se trata de segmentos de población que responden a las características socioeconómicas de los segmentos C y D.

Como mecanismos de contraste se han efectuado sistemas de entrevistas a personal médicos, enfermeras y personal administrativo de la institución, a fin de asegurar un mayor nivel de confiabilidad de los resultados.

Las principales medidas trabajadas mediante los grupos focales, incluyeron:

- a) El trato recibido por el paciente por parte del personal médico y administrativo
- b) Disponibilidad de recursos (humanos, materiales y presupuestales)
- c) Accesibilidad al servicio
- d) Frecuencia del servicio

¹⁰ PARODI TRECE Carlos, Economía de la Políticas Sociales. Universidad del Pacífico, Centro de Investigación, Lima 2001.,Pág. 335.

¹¹ Entrevista: Secretario General de la CGTP-Sr.Juan José Gorriti, Lima 13 mayo 2003.

Resultados del los grupos focales

TRATO RECIBIDO	
IDEAS CLAVES ➤ Trato impersonal ➤ Existencia de maltrato al paciente ➤ Percepción de prescripciones que alivian un mal y generan otros. ➤ No hay explicación al paciente sobre su enfermedad. ➤ Muy poco tiempo en las evaluaciones ➤ Usuario siente que es maltratado por el personal médico y administrativo. ➤ Trato adecuado, personalizado en Clínica de Cheques Larco ➤ Excesiva demora, para lograr cita para consulta externa. ➤ Proceso de atención inadecuado para atenderse por médicos especialistas, pues previamente se debe pasar por consulta de médico general. ➤ Atención inoportuna en servicios de emergencia por excesiva congestión de pacientes. ➤ Atención en el servicio de hospitalización es oportuna y de buena calidad	SUGERENCIAS ➤ Capacitar al personal médico y administrativo en el trato al cliente ➤ Ampliar los servicios de emergencia en infraestructura y en personal sanitario. ➤ Reestructurar los procesos de atención en los servicios de consulta externa de acuerdo a las características de la demanda.
RECURSOS DISPONIBLES	
IDEAS CLAVES ➤ Percepción de que el servicio de hospitalización era mejor en el pasado. Mejor atención personalizada ➤ Se considera buena la atención en el Hospital Almenara ➤ El sistema de citas es inoportuno y muy limitado. ➤ Citas a fechas muy prolongadas que inducen al abandono o su olvido ➤ Poca disponibilidad de médicos, enfermeras y otro personal sanitario para atender a la cantidad de pacientes ➤ En Hospitalización la situación es menos crítica ➤ Es mucho más crítica en el Servicio de Consulta Externa ➤ Poca disponibilidad de médicos especialistas, en especial la atención para mujeres jóvenes ➤ Percepción de que la misma medicina es recetada para diferentes enfermedades ➤ Baja calidad de los medicamentos básicos y de medicinas específicas según tipo de enfermedades ➤ Baja disponibilidad de insumos para realizar exámenes auxiliares de apoyo al diagnóstico ➤ Percepción de que existe suficiente presupuesto, pero está mal administrado ➤ Personal médico insuficiente para la demanda de los pacientes. ➤ Personal administrativo poco preparado para informar y atender adecuadamente al paciente, que por su vulnerabilidad necesita atención especial.	SUGERENCIAS ➤ Racionalizar, redistribuir y o contratar personal médico, enfermeras y otros para garantizar un buen servicio al paciente. ➤ Supervisión permanente para velar que el personal cumpla adecuadamente sus funciones.

➤ Equipamiento moderno en el servicio de hospitalización.	
ACCESIBILIDAD DEL SERVICIO	
IDEAS CLAVES ➤ La ventanilla de Citas considerada el primer bloqueo para acceder a los servicios, ➤ Sistemas de colas para hacer citas de madrugada, lo que atenta contra la salud y la seguridad ➤ El medico no proporciona información preventiva ni de autocuidado.. ➤ La pluripatología presentada frecuentemente por las personas mayores no es considerada dentro de las normas para la atención en consulta externa ➤ Accesibilidad difícil al servicio de consulta externa y hospitalización. ➤ Horarios para citas y consulta externa establecidos con criterios administrativos sin considerar las necesidades de los pacientes. ➤ Crecimiento excesivo del número de asegurados no guarda relación con el crecimiento lento en número de hospitales, personal médico, disponibilidad de medicinas y otros.	SUGERENCIAS ➤ Citas en horarios accesibles de 7:00 a 15:00 ➤ Capacitar, evaluar y supervisar al personal para el buen trato a los asegurados. ➤ Numero mayor de médicos especialistas. ➤ Habilitar ventanillas especiales para citas de personas mayores y madres gestantes ➤ Establecer horarios para citas y consultas externas en 3 turnos, mañana, tarde y noche, para descongestionar los servicios. ➤ Política institucional responsable que planifique los servicios de acuerdo a la población asegurada que debe atender. ➤ Administración más técnica del Seguro Social. ➤
FRECUENCIA DEL SERVICIO	
IDEAS CLAVES ➤ Tiempo demasiado corto para las evaluaciones ➤ Tiempo muy prolongado entre atenciones de especialidades	SUGERENCIAS

Análisis de los grupos focales.

De acuerdo a los resultados de los grupos focales, la calidad de la atención en EsSALUD es uno de los puntos críticos más relevantes. El uso de conceptos como trato impersonal o maltrato o congestión de los servicios indica que la capacidad de buscar una atención con calidad y calidez está muy lejos de haber sido lograda por EsSALUD. La percepción del paciente o usuario del servicio es que existe un clima de hostilidad contra ellos.

Sin embargo, existen “islas” que escapan a este entorno. Lo constituye, por ejemplo, el sistema de atención que existe en la Clínica de Chequeos Larco o en el servicio de hospitalización; estos servicios han sido calificados como oportunos, de buena calidad y trato personalizado.

En consecuencia, el punto de quiebre es- sin duda alguna- la “puerta de entrada” al sistema, esto es, el Servicio de Consultas Externa y Citas y Emergencias. Tal vez, y sin que sea esto una justificación, esto se genere por el proceso de aglomeración, desconocimientos de los procedimientos y tensión que se produce al ingresar a un sistema de cuidados de salud, en donde lo que está en juego es la propia vida.

La poca disponibilidad de médicos especialistas, así como un sistema de citas inoportuno (especialmente por poca disponibilidad de especialistas o por razones de índole

administrativas) o extremadamente difícil para conseguirlas (hacer colas desde la madrugada, por limitado número de consultas), sumado a un sistema de evaluación médica apresurado y una baja calidad de los medicamentos recetados o ausencia de ellos, complotan para generar una segunda fase de percepción crítica del sistema.

Los usuarios consideran que no es tanto un problema presupuestal – debido a que se considera que EsSALUD tiene suficientes recursos para proporcionar una atención de calidad y oportuna- sino de racionalidad en el gasto y de establecer políticas de inversiones que vayan de la mano con el crecimiento del número de asegurados que hacen uso del servicio

Resultados grupos focales a personal médico, enfermeras y personal técnico

La opinión del personal que trabaja en los centros de salud, es muy importante porque proporciona un diagnóstico “desde dentro”, así como propuestas de soluciones tendientes a mejorar la calidad de atención.

MEDICO JEFE.

IDEAS CLAVES.	SUGERENCIAS.
Oportunidad.	
La atención en consulta externa no es oportuna, por cuanto la demanda es superior a la oferta.	Ordenar y mejorarla oferta.
Disponibilidad de Recursos	
Los recursos humanos son limitados, pocos médicos.	Restituir el servicio de horas extras a médicos.
Accesibilidad	
Existen limitaciones en los horarios establecidos.	Segmentar el horario, considerando entrega de citas, recitas , interconsultas y hospitalización.
La frecuencia establecida para la entrega de servicios en consulta externa es oportuna, cuando el paciente requiere una menor frecuencia en consulta el médico tratante autoriza la cita.	
Efectividad	
La efectividad y calidad de los servicios en consulta externa es menor que en servicios de hospitalización.	Optimizar el servicio de consulta externa dotándolo de mayores recursos.

JEFE DE ADMISIÓN.

IDEAS CLAVE	SUGERENCIAS.
Disponibilidad de recursos	
Existe baja disponibilidad de recursos tanto humanos, como de equipamiento e infraestructura, para facilitar el apoyo para la consulta externa.	Dotar de mayores recursos humanos y materiales, para mejorar la calidad del servicio.
La calidad de los servicios de salud esta en relación a la limitada disponibilidad de recursos que se asignan	
Infraestructura inadecuada, motiva hacinamiento, improvisación de ambientes que no responden a las necesidades del servicio.	
Accesibilidad	
Limitado número de horas /hombre para atención en consulta externa, restringe la accesibilidad de los pacientes a las consultas, produciendo el embalsamiento de la demanda.	Reestructurar horarios de atención incremento horas/ hombre en consulta externa.
Trato	
La percepción sobre el trato incorrecto del personal que otorga citas, se debe al número limitado de citas disponibles.	

MEDICO

IDEAS CLAVE	SUGERENCIAS
Trato	
La escasa disponibilidad de tiempo para las consultas inciden en que no se llegue a establecer un trato adecuado entre el médico y el paciente.	Contratar mayor número de personal médico.
Oportunidad del servicio	
Programación inadecuada de consulta externa y hospitalización así como las limitaciones en recursos humanos derivan en el otorgamiento de servicios de manera inoportuna y que afecta el nivel de eficacia de los tratamientos.	Reestructurar los servicios, considerando la restitución de horas extras para consulta.
Disponibilidad de recursos	
Baja disponibilidad de recursos especialmente de personal involucrado en la prestación del servicio.	Dotar de más recursos humanos especializados.
Deficiencias en el sistema de otorgamiento de citas.	Implementar citas de control ,otorgadas por el médico tratante, en porcentajes establecidos (Aprox 30%)
Existe deficiencia en el procedimiento de triaje y limitaciones en la disponibilidad de camas en hospitalización para satisfacer la demanda de los asegurados.	

Efectividad	
Procesos de atención complicados y lentos motivan opiniones negativas del paciente para la valoración del servicio recibido.	
No existe equilibrio entre la demanda existente y la capacidad para otorgar las prestaciones de salud.	Incrementar la capacidad operativa de los servicios de salud, concordante con la demanda.

ENFERMERA.

IDEAS CLAVES	SUGERENCIAS
Trato	
Exceso de pacientes no permite establecer una adecuada relación entre el paciente asegurado y el profesional.	
Oportunidad del servicio	
El volumen de demanda insatisfecha limita el otorgar oportunamente el servicio al usuario.	Evitar el reciclaje de pacientes, optimizando el diagnóstico de pacientes nuevos.
Disponibilidad de recursos	
Inadecuada distribución de personal por servicios.	Reestructurar programación de personal a fin de potenciar la gestión de los recursos humanos.
Accesibilidad	
Los horarios establecidos para la atención en ventanillas son adecuados, lo que no significa que exista capacidad de otorgar citas por especialidades de acuerdo a la demanda.	Optimizar el número de horas/hombre en consulta externa a fin de potenciar la capacidad de atención que requieren los pacientes.
Efectividad del servicio	
La oportunidad esta relacionada no solo a la frecuencia sino también a la efectividad de las consultas.	Mejorar la capacidad de diagnostico médico
La deficiencia de los servicios de consulta externa guarda relación con la asertividad del diagnóstico médico.	Mejorar el proceso de selección del personal médico que ingresa a la institución.
La calidad de los servicios es deficiente por desmotivación y falta de compromiso del personal. Las autoridades no logran ese compromiso.	Incentivar al personal a través de capacitación que propicie su desarrollo personal y profesional. Seleccionar adecuadamente cuadros gerenciales.

TERMINALISTA.

IDEAS CLAVE	SUGERENCIAS
Disponibilidad de recursos	
Baja disponibilidad de recursos humanos y materiales limitan el apoyo adecuado a la consulta externa	Dotar de recursos al servicio.
Trato	
La percepción del trato deficiente del personal de ventanilla, se debe a la baja disponibilidad de citas médicas frente a la alta demanda.	Reorganizar los servicios
Los inadecuados ambientes no facilitan una orientación positiva y trato adecuado entre el asegurado y el terminalista que otorga las citas.	
Oportunidad del servicio	
El incumplimiento de los horarios de atención médica constituye un nudo crítico en la oportunidad y calidad del servicio.	Supervisión y control al personal médico.
El trabajador se encuentra desmotivado por las bajas remuneraciones, falta de capacitación, no se percibe coherencia ni orden en la gestión institucional	Fortalecer las acciones de capacitación orientadas a al manejo adecuado de conflictos, estrés, tensión, generados por la atención directa al público considerando el alto índice de demanda insatisfecha.

Análisis

Los conceptos del personal médico, enfermera y personal técnico (terminalista) coinciden en identificar como puntos críticos la calidad de la atención al asegurado y sus derechos habientes; las razones son atribuidas tanto a situaciones de desmotivación del personal por las bajas remuneraciones que percibe, como por una demanda que sobrepasa la capacidad de atención, agravada esta última por deficiencias de orden material como en el sistema de programación de citas.

De otro lado, se identifican problemas derivados de una escasez de recursos médicos y de una adecuada capacidad médica para el desarrollo de triajes y de evaluaciones correctas, lo que apunta a la necesidad de contar con diagnósticos médicos acertados. Situaciones contrarias afectan tanto la credibilidad del sistema como su propia economía. De allí que es importante prestar una especial atención a las alternativas que surgen de la propia reflexión interna de los equipos que tienen a su cargo los servicios.

Si procuramos un ordenamiento de las demandas que apuntan al mejoramiento de la calidad del sistema, tendremos el siguiente perfil.

Demandas

En sistemas de citas	▪ Implementar citas de control otorgadas por el médico tratante en porcentaje establecido (aprox. 30.0 %) ▪ Segmentar el horario considerando la entrega de citas, recitas, interconsultas y hospitalización ▪ Evitar reciclaje de pacientes y optimizar diagnósticos a pacientes nuevos
En recursos humanos	▪ Incrementar el número de recursos humanos y apoyo técnico ▪ Restituir sistema de horas extras a personal médico ▪ Mejorar la calidad de los diagnósticos médicos ▪ Mejorar los procesos de selección del personal médico ▪ Mejorar proceso de selección de cuadros gerenciales ▪ Supervisión y control de personal médico ▪ Capacitación en manejo del stress a personal en general

3.1.1.3 Gestión Administrativa.

ESSALUD desde la reforma de la Seguridad Social en Salud, ha elaborado varios planes estratégicos para poder enfrentar con éxito su gestión administrativa. Sin embargo su avance y modernización ha sido limitados. El mayor énfasis de la gestión ha estado centrado en el crecimiento de la oferta para descongestionar los Hospitales Nacionales y ampliar la cobertura de población; estas medidas, sin embargo, han generado un incremento del gasto operativo especialmente por el sobreuso del sistema y la presencia de subsidios cruzados entre diferentes fondos.

Para el periodo 2003-2007, se ha elaborado el Plan Estratégico con énfasis en el mejoramiento de la salud, el otorgamiento de prestaciones integrales centrado especialmente en la atención primaria y una adecuada capacidad de gestión y administración eficiente y transparente de los recursos institucionales. En resumen este Plan contempla las siguientes Objetivos Estratégicos y sus correspondiente Plan de Indicadores de Resultados.

PLAN ESTRATÉGICO 2003-2007 ESSALUD

Objetivos Estratégicos Generales 2003-2007

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES
Mejorar la salud y la calidad de vida con un sistema de seguridad social centrado en el usuario	1. Aumentar el porcentaje de los años de vida saludable (AVISA) en los asegurados para diciembre del 2007 2. Disminución de la tasa de mortalidad perinatal por peso 3. Disminución de la tasa de mortalidad materna 4. Disminución de la tasa de mortalidad en enfermedades no transmisibles y prevalentes (Cáncer, enfermedades cardiovasculares, entre otros)
Otorgar prestaciones integrales orientado a la Atención Primaria, con equidad, calidad y eficiencia.	Equidad 1. Reducción en la brecha de disponibilidad de recursos asistenciales entre asegurados del 1º y 5º quintil de ingresos. 2. Reducción en barreras funcionales de acceso (por horario, idioma , etc.) Calidad Técnica 1. Total de Centros Asistenciales de Nivel I y II con medidas de actividad y rendimiento estandarizadas y funcionando. 2. Total de Centros Asistenciales de Atención especializada con Programas de Calidad Hospitalaria funcionando. 3. Acreditación del 15% de Centros Asistenciales 4. Disminución de la tasa de Infecciones Hospitalarias 5. Disminución de la Tasa de Cesáreas 6. Porcentaje de pacientes a quienes se les entrega Informe de Alta. Eficiencia distributiva 1. Redistribución del gasto institucional en favor de la Atención Primaria. 2. Evaluación de Tecnologías de salud en uso y previa introducción Eficiencia en Gestión Clínica 1. Hospitales Nacionales que adoptan Medicina basada en Evidencias como Modelo de Gestión. 2. Reducción del consumo de medicamentos priorizados por seguimiento de Conductas Prescriptivas y Conductas de Utilización. 3. Reducción de Listas de espera quirúrgica y Procedimientos diagnósticos en 3 procesos priorizados. 4. Total de Centros Asistenciales con Compromisos de Gestión negociados.
Administrar los recursos institucionales con eficiencia y transparencia asignándolos con equidad y oportunidad.	1. Redistribución de la asignación del presupuesto en los Órganos Desconcentrados. 2. Incremento de ingresos por venta seguros privados y venta a no asegurados, venta de servicios a instituciones, rentabilidad de fondos. 3. Mejora de la calidad del gasto mediante: uso de poder de compra, economías de escala, uso de mecanismos eficientes de pago en hospitales de III y IV nivel, eliminación subsidio cruzado y con el MINSA-EPS. 4. Disponer de un Sistema de Información Integral:

	Afiliación-Aporte-Atención- Uso y Costos por asegurado.
Mejorar la gestión y organización Institucional introduciendo por consenso elementos de Reforma en Salud.	1. Establecer Diseño Organizacional que separe funciones de aseguramiento-financiamiento y prestación de servicios. 2. Uso sistemático de Convenios-Acuerdos y Compromisos Gestión. 3. Descentralización 4. Redistribución de niveles administrativos que desconcentran funciones. 5. Grado de transferencia de responsabilidades, competencias y recursos a niveles subnacionales.

3.1.1.4 Sistema de Monitoreo y Evaluación.

El Monitoreo y Evaluación de los Planes Operativos Anuales, se realizan utilizando indicadores cuantitativos de producción, utilizando metodologías tradicionales, con un sistema de información poco confiable. En el último Plan estratégico dentro de una perspectiva de avance en la medición de resultados se incorporan los indicadores de resultado presentados en el cuadro anterior.

3.1.1.5 Sistema de Información

El actual sistema de información ha privilegiado la realización de diseños para la obtención de datos, manejo de la información y automatización de las áreas relacionadas a la gestión aislada de recursos-financieros, humanos y materiales -no habiéndose impulsado el diseño, desarrollo e implantación de un sistema de información integral cuyo eje se encuentre en el ámbito de la salud – la información clínica y su interrelación con la información generada por los procedimientos de apoyo al diagnóstico y tratamiento que es el negocio corporativo principal de ESSALUD, es este por lo tanto un problema clave pendiente de resolver.

3.1.1.6 Aspecto Presupuestal.

Para el año 2002 la Ley de Presupuesto del sector público establece que el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado FONAFE, regula el proceso presupuestario de las empresas bajo su ámbito y aprueba, mediante acuerdo de directorio, el presupuesto consolidado de dichas empresas. Asimismo establece que se encuentra bajo su ámbito y por tanto dentro de los alcances de la mencionada disposición, el Seguro Social de Salud ESSALUD contraviniendo los Art. 1º y 7º literal b) de la Ley 27058, los cuales establecen que el Consejo Directivo es el órgano competente para aprobar el presupuesto anual de ESSALUD.

Con la finalidad de superar este problema en Congreso de la República el 7 de Junio del 2003 promulga la Ley Nº 28006 que garantiza la intangibilidad de los fondos y reservas de la Seguridad Social y restituye la autonomía administrativa ,económica, financiera y presupuestal de ESSALUD.

Otro aspecto que incide en la situación financiera de la institución es la incorporación como nuevos segmentos de asegurados, a los trabajadores agrarios y pescadores artesanales como asegurados regulares, careciendo de evaluación técnico económica que defina los beneficios ha recibir contra el fondo que se recauda. Estas incorporaciones

de nuevos colectivos de asegurados obedecen principalmente a la presión de grupos de intereses externos y a las mayores exigencias por parte del estado en la solidez del Sistema.

Asimismo la aplicación de ciertas medidas relacionadas con la gestión de los recursos humanos viene afectando el equilibrio presupuestal, entre ellas la emisión de normas que recortan la jornada laboral del personal de salud lo que, a su vez, obliga a realizar esfuerzos internos para mantener la operatividad de los servicios generando mayores desembolsos con el mismo nivel de ingresos institucionales.

Respecto a las inversiones, la Ley de Creación de ESSALUD en su Art. 2 inciso d) dispone que ESSALUD esta facultado a invertir los fondos que administra procurando rentabilidad, seguridad y equilibrio financiero. Mediante el Decreto de Urgencia N° 052-98 se faculta a un Comité Especial constituido en su totalidad por representantes del Ministerio de Economía y Finanzas a tomar decisiones sobre las inversiones de los fondos de ESSALUD, afectando de esta manera su autonomía patrimonial.

Con relación a las recaudaciones la Ley N° 26790, dispone que ESSALUD se encuentra facultado para delegar la recaudación, fiscalización y/o cobranza coactiva de las aportaciones al Seguro Social de Salud. La recaudación puede recaer tanto en empresas públicas como privadas, sin embargo la Ley N° 27334 delega las facultades relacionadas con el Seguro regular de Salud a la SUNAT, limitando la posibilidad de elegir otra institución así como determinar las condiciones de la delegación.

3.1.1.7 Recursos Humanos.

Un aspecto clave en toda política social es el capital humano que sea capaz de formularla y ejecutarla. En ESSALUD casi el 80.0 % de los recursos humanos esta constituido por personal asistencial, cuya formación en un porcentaje significativo es altamente especializado y requiere de mecanismos para la actualización y capacitación permanente así como para los ascensos que deberían basarse en conocimientos, habilidades, experiencia y evaluaciones de desempeño.

Estos aspectos están constituyendo actualmente un freno a la reforma que busca mejorar la calidad de atención al usuario. Los bajos sueldos especialmente del personal asistencial nombrado, las formas tradicionales de promoción basada en la amistad o relaciones y la alta rotación del personal directivo, se suman para limitar o impedir el logro de los objetivos de calidad. Los usuarios, tal como se desprenden de los resultados de los grupos focales, reflejan esta situación mediante actitudes y comportamientos críticos al sistema.

3.1.1.8 Toma de Decisiones.

La toma de decisiones se encuentra altamente centralizada en el órgano central, si bien a mediados del año 2000, se inicia un proceso de descentralización, en la práctica existe a la toma de decisiones de manera centralizada.

Las Gerencias Departamentales y Gerencias de Redes Asistenciales asumen funciones ejecutivas y de supervisión, sin embargo su capacidad de decisión se ve mediatizada por la subordinación a las políticas centrales en el aspecto económico, que lleva a un proceso lento y a veces errático de la gestión.

3.1.1.9 Sostenibilidad.

La sostenibilidad de la reforma de la seguridad social en salud en el largo plazo, pasa por la sostenibilidad social que es probablemente la más importante. La necesidad de establecer un consenso social en torno a la necesidad de la reforma, lo cual implica recoger demandas de la población, coordinar con instituciones y agentes involucrados y comprometidos en el proceso, no es un proceso que se haya iniciado en el país y constituye una de las cuentas pendientes de la reforma en salud.

La sostenibilidad técnica, es otro aspecto importante puesto que considera a los recursos humanos adecuadamente capacitados y comprometidos con la dirección y ejecución de la reforma. En este sentido la alta rotación de directivos, la inestabilidad laboral del personal contratado, la falta de estímulo al trabajo solidario entre otros factores atentan contra ella.

Con relación a la sostenibilidad financiera, EsSALUD ha ampliado y diversificado su cobertura con nuevos tipos de seguro buscando con ello mejorar su capacidad de competencia en el mercado. Sin embargo, es necesario afinar los análisis de rentabilidad de estos seguros, permitiendo que la inversión logre cubrir los costos operativos y financiera y no se afecten los recursos de capital que es propiedad de todos los asegurados.

3.1.2. Sistema Privado: Entidades Prestadoras de Salud- EPS.

3.1.2.1 Población beneficiaria.

A diciembre del 2002 la población coberturada por el Sistema Privado de Salud -EPS alcanza según datos institucionales a 351,888¹² personas, que representa el 1.55% con relación a la población total del país, porcentaje aún reducido si tenemos en consideración la importante demanda insatisfecha de atención de salud existente en el país. Esta baja afiliación al Sistema Privado de Salud nos estaría mostrando de un lado a un amplio sector de la población carente de recursos para poder pagar los precios del mercado y de otro lado que los agentes privados no asumen la propuesta de la reforma en la producción de los servicios de salud en provincias del interior del país por la poca rentabilidad de esa inversión¹³.

¹² SEPS Boletín Estadístico, Año 3.Nº4/Octubre-Diciembre 2002.

¹³ UGARTE Oscar, MONGE José Antonio, Equidad y Reforma en el Sector salud, Política Social nuevos aportes, Editor. Felipe Portocarrero, Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, Lima, 2000.

CUADRO N° 5

AMBITO GEOGRÁFICO Y N° ASEGURADOS POR EPS-ABRIL 2003

Provincias	NOVASALUD PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	PACIFICO S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	RIMAC INTERNACIONAL S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD
AREQUIPA	17,500	16,500	30,500
CAJAMARCA	7,500	7,600	7,500
CHICLAYO	35,500	10,160	35,500
CHINCHA	6,400	--	--
CORONEL PORTILLO	7,500	2,500	2,500
CUSCO	7,600	7,600	7,600
HUAMANGA	2,851	--	--
HUANCAYO	29,000	6,400	12,000
HUARAZ	6,500	5,000	5,000
HUAURA	17,000	16,842	17,000
ICA	3,000	6,350	--
LIMA Y CALLAO	328,200	340,000	144,450
MAYNAS	17,500	8,890	17,500
PIURA	52,000	59,300	52,000
SAN MARTÍN	9,500	9,600	--
SAN ROMAN	5,000	5,000	3,000
SANTA	15,000	18,400	16,000
SULLANA	2,500	6,300	--
TACNA	12,000	12,000	12,000
TALARA	14,300	8,900	14,300
TRUJILLO	17,500	16,500	17,800
TUMBES	4,010	--	--

Fuente: Registro de Entidades Prestadoras de Salud.

Existe una alta concentración de asegurados que registran las EPS en Lima y Callao, según se muestra en el cuadro anterior, lo que explica a su vez la presencia de 924 establecimientos o servicios de salud vinculados a los planes de las EPS en la capital, que representa el 54.0% de estos servicios, el 46.0% restante se encuentran ubicados en el interior del país, según estadísticas institucionales a Diciembre del 2002.¹⁴

Estos datos reflejan el centralismo del sector productivo empresarial del país y como la filiación a una EPS está altamente correlacionada con la situación del empleo, niveles de pobreza así como patrones culturales de la población respecto al cuidado de su salud en el país, pues se observa un predominio de población del área urbana.

3.1.2.2 Calidad de Atención.

La calidad de la atención, constituye uno de los elementos centrales de la reforma de la seguridad social en salud. En los Grupos Focales trabajados se ha tratado de revelar la percepción del usuario sobre la calidad del servicio de salud que brinda el Sistema Privado a través de los establecimientos de salud asociados a las EPS

Las variables consideradas son las mismas que se utilizó para ESSALUD, de tal forma que permita realizar algunas comparaciones.

Resultados de grupos focales

TRATO RECIBIDO	
IDEAS CLAVES ➤ Alto nivel de satisfacción por el buen trato, respetuoso y cálido que se brinda de parte de personal medico, enfermeras y personal administrativo ➤ Buen trato al paciente de parte del personal médico y administrativo.	SUGERENCIAS
OPORTUNIDAD DEL SERVICIO	
IDEAS CLAVES ➤ Atención inmediata ➤ Ausencia o pocas colas para solicitar servicio de consulta externa ➤ En el caso de las personas mayores manifiestan que si requieren atención de más de un especialista en un mismo día pueden realizarlo sin problema ➤ La oportunidad del servicio está supeditado a la demanda, en clínicas cuyas tarifas adicionales son más bajas. ➤ Diversidad de tarifas de las primas que cobran las clínicas, lo cual no guarda relación con el nivel de la clínica	SUGERENCIAS ➤ Procurar tarifas equilibradas y razonablemente accesibles a la población usuaria. ➤ Considerar prioritario el lograr equilibrio entre costos de tarifa adicional y oportunidad del servicio.
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	
IDEAS CLAVES	SUGERENCIAS

¹⁴ SEPS, Boletín Estadístico ,Año3 .Nº 4, Octubre-Diciembre 2002.

➤ Suficiente cantidad de personal medico y especialistas ➤ Adecuado stock de medicinas de buena calidad ➤ Insumos disponibles para exámenes clínicos ➤ Percepción mayoritaria de que son instituciones sólidas económicamente ➤ Equipamiento y tecnología sanitaria, no muy modernos en algunas clínicas	➤ Modernizar el equipamiento en las clínicas afiliadas al sistema
ACCESIBILIDAD	
IDEAS CLAVES ➤ Los horarios permiten una atención a cualquier hora del día. ➤ Existe seguimiento del estado de salud del paciente hasta que supere la enfermedad por la que acudió al servicio ➤ Consulta de media hora de atención ➤ El médico explica que enfermedad tiene y recomienda medidas preventivas y de autocuidado que se deben observar ➤ Los costos de acceso constituyen una barrera que es reconocida por los usuarios ➤ Los costos son justificados por la calidad de la atención ➤ Los horarios reales de atención en algunas clínicas, no corresponden a los horarios programados para consultas. ➤ El costo del servicio de hospitalización es muy alto y no siempre es de buena calidad, por limitaciones de equipamiento y tecnología moderna.	SUGERENCIAS ➤ El asegurado prefiere la consulta externa en una Clínica EPS y la hospitalización en ESSALUD por mejor calidad de atención en esta última.
EFFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN	
IDEAS CLAVES ➤ El tratamiento médico brindado les permitió superar la enfermedad que presentaron en corto tiempo ➤ Valoran positivamente la información sobre prevención y autocuidado que han recibido en las consultas médicas.	SUGERENCIAS

Análisis de los grupos focales

Contrariamente a la percepción de los asegurados de EsSALUD, los usuarios de las EPS muestran un adecuado nivel de aceptación de la calidad de los servicios brindados por las diferentes empresas de salud. Los adjetivos se mueven en torno a un alto nivel de satisfacción por el buen trato recibido de parte del personal médico. Enfermeras y administrativos.

Los procedimientos para sacar citas o entrevistas son pertinentes y expeditos, así como un suficiente equipo de médicos especialistas, un adecuado stock de medicinas de buena calidad (no genéricas, pero de alto costo), sistemas de horarios las 24 horas, sumado a mecanismos de atención personalizada y sin prisa de parte del médico tratante y medidas de prevención, configura el concepto que ha desarrollado el usuario de este tipo de servicios.

Los aspectos críticos, por su parte, están relacionados con la necesidad de que las clínicas cuenten con equipos más modernos y que el sistema tarifario se encuentre al alcance de las grandes mayorías: esto último relacionado – además- con un necesario equilibrio entre los costos de la tarifa adicional y la oportunidad del servicio.

Finalmente, el usuario plantea una fórmula mágica: *consulta externa en clínica EPS y hospitalización en EsSALUD*.

3.1.2.3 Gestión Administrativa.

La Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud cuenta con su primer Plan Estratégico Institucional 2001-2005, basado en cinco objetivos estratégicos, entre los que destacan por la magnitud de las metas programadas, el primer y segundo objetivos referidos al nivel de satisfacción del usuario, equilibrio y solidez financiera, así como la incorporación de nuevos afiliados a las EPS (Anexo N° 1)

La ampliación del nivel de cobertura considerado como un objetivo estratégico, muestra desde los inicios del sistema un comportamiento sumamente conservador, bastante alejado de las metas propuestas en el Plan Estratégico, lo que podría estar demostrando que la terciarización de los servicios de salud que funciona dentro de niveles adecuados en países como Chile, no observa el mismo comportamiento en nuestro país dado las características diferenciadas de sus economías, así como de los niveles de eficiencia en la gestión de los servicios sanitarios.

Estudiosos del tema como Juan Arroyo en el análisis del proceso de las reformas del sector salud en el Perú refiere que “ el modelo de las ISAPRES no sólo esta seriamente cuestionado en los países en los cuales se ha implementado, sino que Perú tiene condiciones de desigualdad y pobreza que lo hacen inviable”¹⁵.

3.1.2.4 Sistema de Monitoreo y Evaluación.

Estas funciones de gestión, las cumple la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) utilizando indicadores de resultado con relación al cumplimiento de metas programadas en las EPS, en el marco de las directivas para el planeamiento estratégico en el sector público establecido por el Ministerio de Economía y Finanzas.

La Supervisión que la SEPS la considera como un mecanismo de evaluación, cuyo ámbito de competencia incluye las EPS y los establecimientos de salud de todo el territorio de la república, se realizan básicamente en Lima y Callao descuidando el interior del país por limitaciones de orden presupuestal. En el último año se han actualizado los indicadores prestacionales para utilizarse en la supervisión, la misma que se realiza a dos niveles: el económico financiero orientado a asegurar que las EPS administren adecuadamente el fondo y el referido a la calidad del servicio a través de las auditorías médicas a los establecimientos o servicios de salud vinculados a los planes de salud de las EPS.

¹⁵ ARROYO, Juan, “La reforma del sector salud en el Perú, 1990-98: en busca de nuevos modelos de política social” en Políticas Sociales en el Perú: Nuevos aportes, Editor Felipe Portocarrero, Red para el desarrollo de la ciencias sociales, Lima, 2000, Pág. 559.

La SEPS con fines de evaluación del Sistema en los dos últimos años ha realizado dos acciones importantes. La primera tenía la finalidad de incorporar en la evaluación la perspectiva del usuario sobre los servicios de salud brindados. Para ello encargó a la Universidad Nacional de Ingeniería realizar una “Encuesta de Medición de la Percepción de los Usuarios del Sistema” en cuyos resultados el 85,7% de los encuestados considera estar “muy satisfechos y satisfechos” con el servicio recibido en las clínicas vinculadas al sistema de EPS¹⁶, conforme lo hemos constatado también en nuestra investigación con grupos focales.

La segunda tuvo el objetivo de analizar los planes de salud actuales y los factores críticos de gasto en las prestaciones de salud en las EPS. Para este fin contrató a una empresa consultora para la elaboración de un estudio de rentabilidad de los Planes de Salud ofertados por las EPS y cuyas principales conclusiones afirman que : Mercados reducidos, planes de salud carentes de programas orientados a la estandarización de procedimientos y racionalización de gastos, alta variabilidad en el gasto por diagnósticos específicos, entre los diferentes establecimientos de salud y aún entre los médicos de la misma institución, condicionan que los planes de salud presenten perfiles de rentabilidad / riesgo poco atractivos.

3.1.2.5 Sistema de Información.

Otro elemento central para evaluar la reforma del Sistema de Salud, es el proceso de toma de decisiones, si se han modificado sus patrones de toma de decisiones a cerca del financiamiento y prestación de los servicios de salud, si se ha promovido un proceso de toma de decisiones más democrático, si se ha promovido brindar mayor información a los consumidores de los servicios de salud.¹⁷ En este proceso el sistema de información constituye un apoyo importante a la toma de decisiones para los diferentes actores involucrados en la atención de la salud.

La SEPS con el apoyo de organismos multilaterales como el BID ha logrado desde mediados del 2002 contar con un Sistema Integrado de Información al nivel de los agentes del sistema, orientado a mejorar su gestión al disponer de la oportuna presentación y difusión de informes y datos financieros y clínicos, que apoye la toma de decisiones, sistema que según afirman los funcionarios de la Institución ha sido priorizado como actividad para continuar actualizando y desarrollando.

3.1.2.6 Aspecto Económico-Presupuestal.

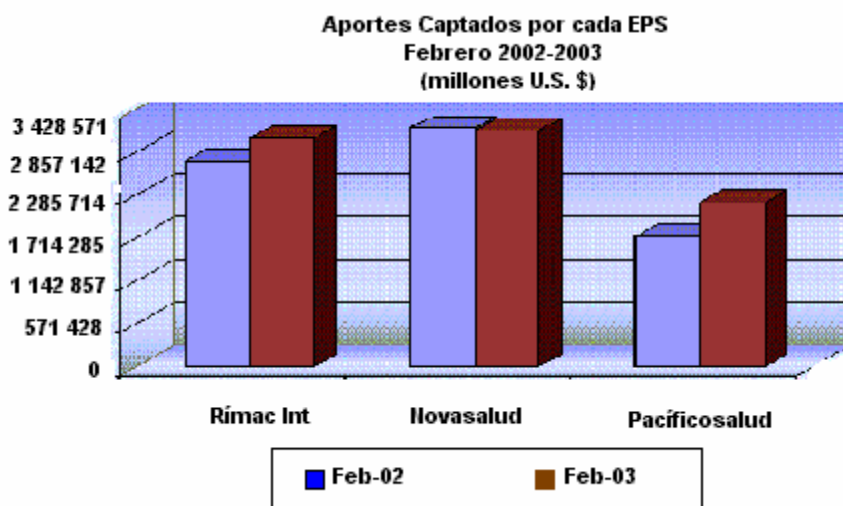
Respecto a los aportes captados por las EPS en el periodo febrero 2002 - 2003, como se observa en el siguiente grafico se han incrementado en forma muy discreta de un año a otro, comportamiento positivo como consecuencia de una sostenida campaña de difusión de los beneficios del sistema, a pesar de que el contexto recesivo y las

¹⁶ SEPS. <http://www.seps.gob.pe/publicaciones/boletines.htm> -Presentación-

¹⁷ (*)YGLESIAS Arturo, Marco de Análisis para la evaluación del diseño e implementación de las reformas de atención a la salud, en Políticas Sociales en el Perú:Nuevos Aportes, Editor: Felipe Potocarrero, Universidad del Pacífico, Lima 2000.

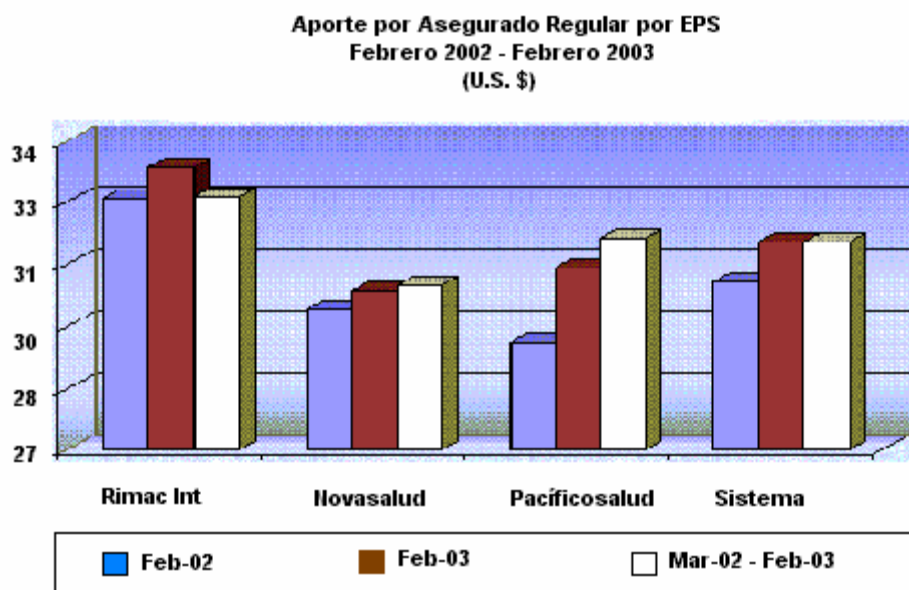
condiciones de pobreza, configuran un reto permanente para que este sistema desarrolle planes alternativos y adecuados a dichas condiciones ¹⁸.

GRAFICO N° 2



Fuente: <http://www.SEPS.gob.pe>

GRAFICO N° 3



Fuente: <http://www.SEPS.gob.pe>

¹⁸ Plan Estratégico Institucional 2001-2005, Superintendencia de Entidades Privadas de Salud. SEPS, Lima mayo 2000.

Según refieren documentos institucionales el Sistema de las EPS en el último año muestra en los aportes una tendencia creciente y en el gasto un comportamiento irregular. Sin embargo éste se mantiene 20.0 % por debajo de la captación de los aportes, habiéndose iniciado un restablecimiento de las pérdidas económicas que ha venido arrastrando desde el inicio de sus actividades.

GRAFICO N° 4

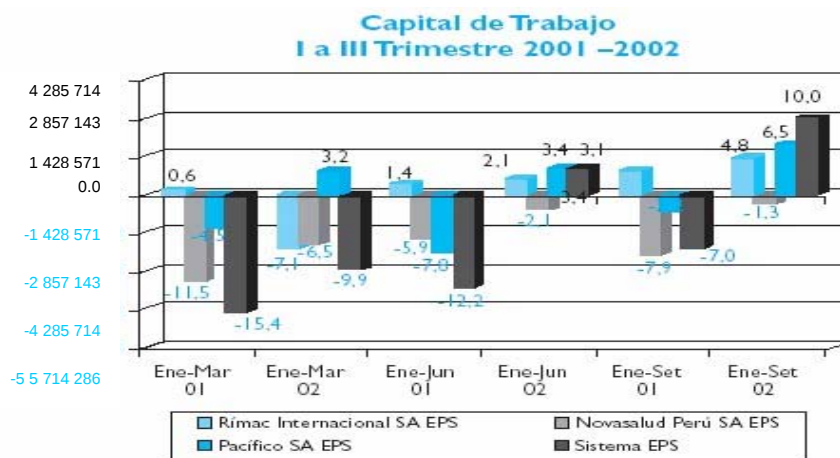
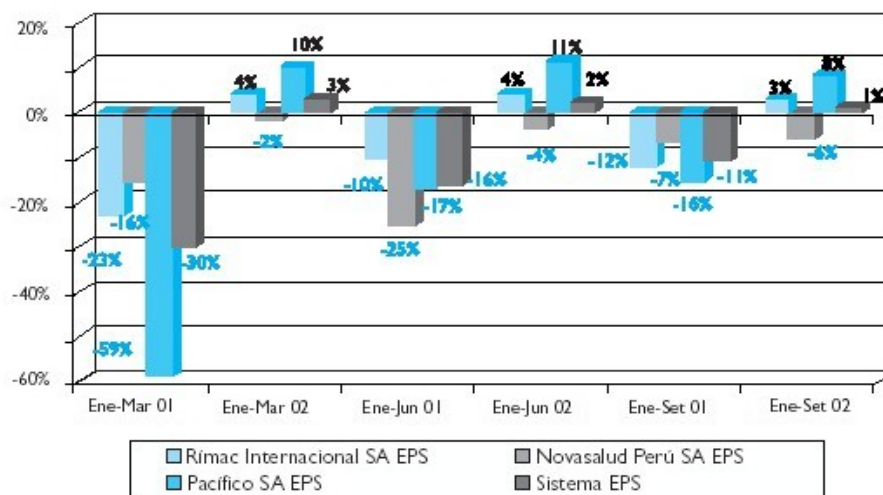


GRAFICO N° 5

Margen Neto I a III Trimestre 2001 –2002



Fuente: Reporte de Estados Financieros de EPS

El estudio de Análisis de Rentabilidad de Planes de Salud de las EPS, mencionado anteriormente en una de sus conclusiones afirma “La rentabilidad teniendo como criterio el VPN del flujo de caja, es negativa para los planes de dos EPS y solo el Plan de una EPS tiene el valor esperado positivo”¹⁹

3.1.2.7 Recursos Humanos.

De acuerdo a lo manifestado por los directivos de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, la institución controla de que las EPS contraten establecimientos de salud que reúnan condiciones óptimas en calidad de profesionales médicos, de tal forma de garantizar una adecuada atención bajo esta modalidad privada de atención en salud. De una u otra forma, como se podrá apreciar en los resultados de los grupos focales, los beneficiarios parecen aprobar esta calidad de atención, con recomendaciones para mejorarlo.

3.1.2.8 Toma de Decisiones.

La naturaleza del sistema privado, se caracteriza por mantener grados de autonomía adecuados en su gestión, que les permite a su vez una toma de decisiones relativamente autónoma en los niveles operativos en los que se brinda el servicio de salud directo, aunque existe una normatividad que obliga a respetar canales y líneas de autoridad en la toma de decisiones que impliquen acciones de mayor envergadura.

3.1.2.9 Sostenibilidad.

¹⁹ SEPS, Análisis de Rentabilidad de Planes de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud, Lima enero 2002.

La sostenibilidad social como una de las de mayor importancia en el largo plazo es aún incipiente en el Sistema Privado. La Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud hace esfuerzos por generar al interior de los equipos médicos y administrativos que ofrecen directamente el servicio una mística de servicio que no solo los involucre sino que tienda a comprometerlos con el sistema y sus beneficiarios.

Con relación a la sostenibilidad técnica se aprecian esfuerzos interesantes pero todavía no adecuadamente articulados para atraer profesionales de la salud calificados que permitan ofrecer un servicio sanitario de calidad al usuario.

La sostenibilidad financiera, aspecto fundamental que debe ser tratado técnicamente sin descuidar el sentido social del sistema, está siendo trabajado por la SEPS constituyendo los resultados del análisis de rentabilidad mencionado, un insumo importante para asegurar medidas que apunten a lograr una rentabilidad adecuada y sostenibilidad financiera del sistema.

Desde el punto de vista económico, el aporte externo de instituciones como el BID esta contribuyendo a través del financiamiento de estudios y proyectos orientados al mejoramiento de la gestión del Sistema Privado de Salud.

3.2 SISTEMA DE PREVISION SOCIAL- PENSIONES

El sistema de previsión social en el país, como ya se ha indicado, tiene un sistema mixto donde coexisten el de administración pública y el de administración privada.

3.2.1. Sistema Nacional de Pensiones- ONP.

Es una institución pública descentralizada del Ministerio de Economía y Finanzas y su misión es velar por el fortalecimiento del Sistema Nacional de Pensiones a cargo del Estado (Decreto Ley No. 19990) a través de la administración del fondo de pensiones, así como de otros regímenes previsionales a cargo del Estado que le sean encargados. Tiene fondos y patrimonio propios, autonomía funcional, administrativa, técnica, económica y financiera, constituyendo un pliego presupuestal.

- 1. El Sistema Nacional de Pensiones:** régimen del Decreto Ley 19990, a cargo del Estado. Atiende a aproximadamente 800,000 trabajadores aportantes (obligatorios y facultativos) que provienen del sector privado. Actualmente, 352,000 personas gozan de los beneficios de este sistema. El aporte no es a una cuenta individual, sino a un fondo colectivo (sistema de reparto). El Estado fija una pensión tope (mínima y máxima) y una contribución definida (aporte mínimo).
- 2. El Régimen del DL 20530:** es un sistema cerrado a nuevas inscripciones, atiende actualmente a cerca de 30 mil aportantes del sector público y tiene 291 mil pensionistas, también de entidades públicas. La característica principal de este régimen es que el cálculo de la pensión permite ajustar las pensiones con relación a las remuneraciones del personal activo.

Existen otros regímenes especiales de jubilación como la Caja Militar- Policial (D.L. 19846), la Caja del Pescador y otros que protegen a sus correspondientes agremiados.

3.2.1.1 Población Beneficiaria.

El Sistema Nacional de Pensiones (ONP) tiene afiliados a 900,000 personas a nivel nacional que representa aproximadamente el 10,0 % de la PEA .

En los afiliados se aprecia predominio del género masculino; el promedio de edad de los pensionistas que perciben pensión del jubilación es 71 años y de los que perciben pensión de invalidez 59 años²⁰.

CUADRO N° 6

Población Coberturada por Departamentos

Zonales	Enero 2003
Amazonas	343
Ancash	9,912
Apurimac	588
Arequipa	23,402
Ayacucho	832
Cajamarca	1,857
Cañete	4,642
Cusco	4,942
Guacho	14,025
Huancavelica	1,025
Huanuco	2,215
Ica	19,051
Junin	13,495
La Libertad	22,079
Lambayeque	23,187
Lima	206,275
Loreto	2,477
Madre de Dios	195
Moquegua	2,105
Pasco	3,428
Piura	18,121
Puno	4,868
San Martín	772
Tacna	2,380

²⁰ Entrevista: Gerencia de Desarrollo, de la ONP, Lima 24 de Mayo 2003.

Tumbes	574
Ucayali	1,054

Fuente: Nuevo Sistema de Pensiones ONP.

El Sistema Nacional de Pensiones al igual que el privado presenta una alta concentración de población coberturada en Lima, tal como se observa en el cuadro anterior relacionado al fuerte centralismo de la actividad laboral en la ciudad capital, seguido por ciudades como Arequipa, Lambayeque y la Libertad con cantidades bastante menores de población afiliada al sistema.

3.2.1.2 Calidad de Atención.

La Oficina de Normalización Previsional tiene como usuarios a los trabajadores y pensionistas que voluntariamente han decidido continuar en el sistema público después de la reforma del sistema. Son generalmente trabajadores o pensionistas que han desempeñado cargos de menor jerarquía en la empresa privada o sector público. ¿Cómo perciben los afiliados a este sistema, el servicio brindado?. En la aplicación de las dinámicas de los grupos focales, se llegaron a los siguientes resultados:

Resultados de grupos focales

TRATO RECIBIDO	
IDEAS CLAVES ➤ Los pensionistas califican como “malo” el trato que reciben del personal administrativo que atiende en las ventanillas de información para tramites administrativos, sobre recálculos, otorgamiento de pensiones y otros ➤ Otra perspectiva califica el trato como “indiferente” ➤ Los pensionistas califican como “bueno” el trato recibido en los colegios en los operativos de pago mensual ➤ Los servicios complementarios en el operativo de pago mensual son calificados como “cálidos” No brinda información adecuada, sobre derechos de los pensionistas, trámites a realizar .	SUGERENCIAS ➤ Seleccionar y capacitar al personal encargado de la información al público, considerando de manera especial las necesidades de información de las personas de mayor edad.
OPORTUNIDAD DEL SERVICIO	
IDEAS CLAVES ➤ Los trámites administrativos, consultas y reclamos, no son atendidos con oportunidad ➤ Reiteradas peticiones para el inicio de algún trámite que suelen durar – a veces- años especialmente los referidos a recálculos y otorgamiento de pensiones	SUGERENCIAS ➤ El trámite de recálculo, de acuerdo a ley, debe ser automático.
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	
IDEAS CLAVES	SUGERENCIAS

➤ Percepción de una existencia abundante de recursos e incluso “excesiva” ➤ La Oficina Central concentra demasiada burocracia que concentra todo ➤ Percepción de una disponibilidad de recursos técnicos, especialmente de tipo informático ➤ Percepción de una alta disponibilidad de recursos financieros (presupuestales) ➤ Percepción de que el propio EsSALUD puede administrar sus recursos	➤ Creación de Oficinas desconcentradas en los conos ➤ Capacitación al personal para una mejor atención y solución de problemas, sin necesidad de contratar más personal ➤ Creación de una Oficina de Control Presupuestal, prescindiendo de la ONP que irroga demasiado gasto para el sistema.
ACCESIBILIDAD	
IDEAS CLAVES ➤ Los horarios de atención para trámites administrativos son calificados por la mayoría de participantes como accesibles ➤ El servicio de información es calificado como muy esporádico e ineficaz. ➤ Generalmente los pensionistas no son atendidos cuando lo solicitan, sino derivados para una fecha posterior ➤ Los trámites de reconocimiento de pensión logran ser acelerados, mediante la contratación de un abogado	SUGERENCIAS ➤ Se debe implementar un servicio de información legal eficaz para evitar pérdidas de tiempo.
EFFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN	
IDEAS CLAVES ➤ Bajo nivel de resolución de las solicitudes presentadas para otorgamiento de pensiones, recálculo de pensiones, pensiones de viudez, devengados y otros. ➤ El monto de no cubre la satisfacción de sus necesidades.	SUGERENCIAS

Análisis de los grupos focales

Para el caso de la ONP, la percepción de los usuarios con referencia al trato recibido puede ser calificado como deficiente. La puerta de entrada o el sistemas de ventanillas, es el canal donde los pensionistas critican la indiferencia, el maltrato de un sistema administrativo inoportuno. Existe la imagen de un frondosa burocracia que concentra toda la capacidad de decisión, impidiendo la creación de oficinas desconcentradas en los conos (ésta última identificada como una alternativa a la lenta administración del sistema).

Los puntos críticos están referidos a las derivaciones que son objeto los pensionistas, trámites lentos para la obtención de pensiones, recálculo de pensiones, devengados y otros, que solamente se pueden acelerar mediante la contratación de un abogado.

Las fortalezas son identificadas a nivel de los operativos de pago en los colegios, lo cual ha sido calificado como “cálidos”; en tanto los horarios de atención han sido calificados como “accesibles”.

Finalmente se sugiere la creación de una Oficina de Control Presupuestal dependiente de EsSALUD, prescindiendo de la ONP, por el gasto y la baja calidad de la atención que brinda.

3.2.1.3 Gestión Administrativa.

Plan Estratégico.

El Plan Estratégico Multianual 2002-2006 , formulado recientemente, tiene como objetivo general consolidar la administración de los sistemas previsionales a cargo del Estado, habiendo considerado por primera vez indicadores de desempeño que permiten un monitoreo y evaluación de la gestión mas eficaz.

El plan presenta las siguientes características, en una exposición sintética.

VISION: Institución que administra de manera eficiente los Sistema Previsionales encargados por el Estado y que cuente con las capacidades organizativas suficientes para asumir otros encargos que el Estado le asigne, inherentes a su finalidad de creación, de acuerdo al marco legal previsional vigente.

MISION: Velar por el fortalecimiento de los sistemas previsionales encargados por el Estado.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES
▪ Consolidar la administración de los sistemas previsionales a cargo del Estado	▪ Cobertura de la atención previsional del Estado a cargo de la ONP
▪ Completar el marco jurídico legal para la transferencia y administración de las obligaciones previsionales de otras entidades.	▪ Cobertura de pensionistas del sector público a ser transferidos por la ONP
▪ Mantener al personal permanente capacitado y actualizado, así como mecanismos de control que promuevan la eficiencia y transparencia en la utilización de recursos.	▪ Capacitación de personal
▪ Lograr recursos y apoyo tecnológico para la integración de proceso y sistemas soles	▪ Desarrollo de Sistemas de Información
▪ Optimizar el apoyo al Directorio del Fondo Consolidado de Reservas Previsionales	▪ Rentabilidad de Portafolio FCR (activos financieros) ▪ Seguridad medida como promedio ponderado de los grupos de riesgo ▪ Retorno sobre activos inmobiliarios ▪ Vida media del portafolio del FCR
▪ Incrementar la calidad, oportunidad y diligencia de los servicios al pensionista procurando el uso eficiente de recursos	▪ Cobertura de modalidad de abono en cuenta de ahorro ▪ Redención de Bonos ▪ Pensionistas atendidos ▪ Procesamiento de expediente materia legal ▪ Recaudación de aportes ▪ Efectividad del operativo de pago directo de

	▪ pensiones ▪ Calificación de Expedientes ▪ Beneficiarios FONAHPU D.L. 20530 ▪ Beneficiarios del SCTR
--	--

3.2.1.4 Sistema de Información.

En la ONP, al igual que otras instituciones del estado, existe un déficit en los que se refiere a sistemas de información integrales que apoyen a una adecuada toma de decisiones en los diferentes niveles institucionales. Se ha privilegiado solamente la implementación de sistemas informáticos para cubrir las necesidades de la organización, que actualmente interconecta las 25 oficinas departamentales con base en Lima, y que facilita una atención descentralizada en tiempo real, en cada departamento.

3.2.1.5 Aspecto Económico-Presupuestal.

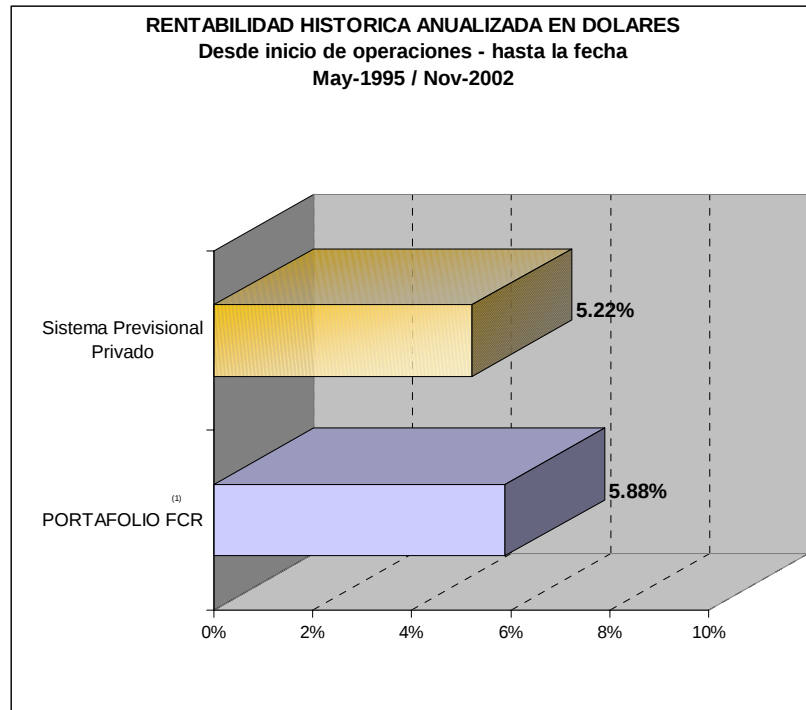
La ONP inicia su gestión referida a la ejecución por fondos pensionarios en el año 1995, coberturando a solo cuatro instituciones (SNP, EMSAL, ELECTROLIMA, FODASA) y ejecutando en pensiones por un monto total de S/. 833,756,235. Hacia el año 2002 logra tener una cobertura de 25 instituciones con un monto total de S/. 4,712,811,803 en pensiones.

3.2.1.5.1 Rentabilidad de la ONP.

Respecto a la rentabilidad de sus fondos, la ONP ha elaborado un cuadro comparativo con el SPP donde presenta la rentabilidad histórica anualizada en dólares desde el inicio de sus operaciones en mayo del 1995 a noviembre del 2002, en el que el SPP alcanza 5.22% y el Fondo Consolidado de Reservas Previsionales (FCR) 5.88%²¹ evidenciando una rentabilidad ligeramente mayor al promedio del mercado, demostrando en opinión de sus funcionarios una gestión eficiente en el manejo de los recursos de los pensionistas.

GRAFICO N° 6

²¹ ONP, Exposición “Oficina de Normalización Previsional”, Nov.2002.



Fuente: Exposición ONP- Noviembre 2002

3.2.1.6 Pensiones.

El financiamiento de las pensiones, según información proporcionada por funcionarios del sistema, esta siendo asumida mayoritariamente por el tesoro público que aporta el 20.0 % del presupuesto de la república para el pago de pensiones. Por su parte, el subsidio unitario que asume el Estado en cada sistema previsional, antes de la vigencia de la Ley N° 27617, calculado sobre remuneraciones y pensiones promedio, es:

DL N°20530	(con pensiones topes):	85% del capital requerido per capita
DL N°19990		53% del capital requerido per capita

CUADRO N° 7

ESTADISTICAS DE RECAUDACION BRUTA-ONP 2000-2003

EN MILES DE DOLARES (\$)

MES	2000	2001	2002	2003
Enero	19,819	17,720	17,230	17,513
Febrero	13,690	13,877	13,011	13,112
Marzo	14,848	12,368	12,145	13,804
Abril	12,795	11,953	12,449	

Mayo	13,699	12,505	12,598	
Junio	14,476	11,822	13,249	
Julio	13,587	12,638	13,328	
Agosto	19,576	17,896	17,770	
Setiembre	13,258	12,950	13,361	
Octubre	13,044	13,386	13,292	
Noviembre	13,188	13,094	13,051	
Diciembre	15,900	13,016	14,414	
TOTAL	177,884	163,228	165,899	44,430

Fuente : SUNAT.
EPR16- Estadísticas de Recaudación.

El cuadro nos muestra los bajos niveles de recaudación, que explicaría los altos niveles de subsidio que debe aportar el tesoro público, para el pago de pensiones en el SNP.

Dicho de otra forma, el total del presupuesto de pensiones alcanza a 1,800 millones de dólares, de los cuales 1000 millones de dólares ,se destina al pago de pensiones de la Ley 20530, que tiene como beneficiarios a 290,000 pensionistas, los restantes 800 millones de dólares se destina al pago de la Ley 19990 que beneficia a 398,000 pensionistas²².

Las reformas normadas con la Ley N°27617 contienen tres objetivos: Hacer viable el pago de las pensiones de la Ley 20530; adecuar el SNP a la esperanza de vida actual y a los cambios demográficos haciéndolo viable en el tiempo; y, redireccionar el subsidio estatal hacia las capas más desprotegidas de la población de pensionistas.

A Diciembre del 2002 se registra un total de 546,370 pensionistas, que representan el 97.0 % de la población pensionista del país. El promedio del monto en las pensiones en este mismo año alcanza a \$122 dólares, monto que se encuentra muy por debajo del promedio necesario para satisfacer los requerimientos de la canasta básica familiar establecida por el INEI.

Sin embargo existe un importante 10.0 % de pensionistas de las Ley 20530 con pensiones que superan los 5 mil dólares mensuales²³, pensiones sumamente altas, inequitativas que son financiadas por todos y que corresponden a ex - altos funcionarios estatales como magistrados del Tribunal Constitucional, congresistas, altos funcionarios del Banco Central de Reserva, Superintendencia de Banca y Seguros y otros funcionarios gobierno que erosionan y debilitan la sostenibilidad del sistema.

CUADRO N° 8

Pensiones Promedio y Modalidad
(En Dólares \$)

Pensiones	Dic-1997	Dic-2002	Incremento %
Jubilación y Vejez	80	141	77%
Invalidez	75	127	71%
Derecho Derivado	39	76	92%

²² Entrevista : Gerencia de Desarrollo de la ONP, Lima 22 de Mayo del 2003.

²³ Entrevista : Gerencia de Desarrollo de la ONP, Lima, 22 de mayo del 2003

Pensión Promedio	69	122	80%
------------------	----	-----	-----

Fuente: elaborado en base a datos de Nuevo Sistema de Pensiones ONP, 2002

3.2.2. SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES : AFP.

3.2.2.1 Población Beneficiaria.

De acuerdo al reporte de la Superintendencia de Banca y Seguros durante el año 2002 se incorporaron 264 514 afiliados al Sistema Privado de Pensiones, y a fines de año el número total de afiliados ascendió a 3 018 268, cifra superior en 9,7% a la registrada a fines de 2001, que representa aproximadamente el 25% de la PEA²⁴. Por su parte, el número de afiliados activos se incrementó en 9,6%, ascendiendo a 2 993 782 a fines de 2002, cifra que representa el 99,2% del total de afiliados. Cabe indicar que el número de afiliados se encuentra homogéneamente distribuido en las cuatro empresas.

Con relación a las principales características de los afiliados al Sistema Privado de Pensiones, 65,3% son hombres y 62,8% trabajadores dependientes. En cuanto a la distribución de los afiliados por rango de edades, el 38,5% son menores de 31 años, el 33,6% tiene entre 31 y 40 años, el 19,1% tiene entre 41 y 50 años, el 7,4% tiene entre 51 y 60 años y sólo el 1,5% es mayor de 60 años. Se observa la mayor concentración en el rango de edades entre 26 y 30 años, rango en el cual se encuentra el 20,8% de afiliados, tal como se observa en el siguiente cuadro.

CUADRO N° 9

Población afiliada a AFP por Genero y Rango de Edad.

AFP	GENERO	RANGO DE EDADES						TOTAL
		<21	21-30	31-40	41-50	51-60	>61	
Horizonte	Masculino	11,44	184,32	164,96	93,74	40,06	7,02	501,52
	Femenino	9,85	119,1	93,28	48,14	13,81	1,56	285,73
	TOTAL	21,29	303,42	258,23	141,88	53,86	8,57	787,25
Integra	Masculino	13,45	162,85	154,48	94,89	40,34	7,92	473,92
	Femenino	11,24	107,36	101,66	54,37	15,4	2,17	292,2
	TOTAL	24,7	270,22	256,13	149,25	55,73	10,09	766,11
Profuturo	Masculino	11,46	143,85	169,33	100,25	42,13	11,58	478,6
	Femenino	9,13	78,03	83,21	44,72	13,56	2,93	231,58
	TOTAL	20,59	221,88	252,54	144,97	55,7	14,51	710,18
Unión Vida	Masculino	13,97	171,4	163,73	99,18	43,6	9,38	501,07
	Femenino	11,32	92,66	74,22	37,7	11,42	1,84	229,17
	TOTAL	25,11	264,06	237,95	136,88	55,02	11,22	730,24

²⁴ www.sbs.gob.pe/estadistica/financiera/2002/diciembre/FP-1101-dic2002 DOC.

TOTAL SISTEMA	Masculino	50,14	662,42	652,49	388,05	166,12	35,89	1,955,11
	Femenino	41,54	397,16	352,36	184,92	54,19	8,5	1,038,67
	TOTAL	91,68	1,059,58	1,004,85	572,98	220,31	44,4	2,993,78

Asimismo, en términos de la distribución de los afiliados por zona geográfica, el 46,7% se encuentra registrado en Lima, mientras que en provincias destaca la participación de La Libertad (5,8%), Piura (5,2%), Callao (4,9%) y Arequipa (4,9%) evidenciando la relación existente entre volumen de afiliados al SPP y la concentración del mercado laboral del país en las grandes ciudades tal como se aprecia en el cuadro siguiente.

CUADRO N° 10

Población de SPP- AFP por Departamento

DEPARTAMENTO	TOTAL	%
Amazonas	12 631	0.4
Ancash	92 158	3.0
Apurímac	16 322	0.5
Arequipa	149 297	4.9
Ayacucho	34 708	1.1
Cajamarca	65 588	2.2
Callao	149 135	4.9
Cusco	88 586	2.9
Huancavelica	18 322	0.6
Huanuco	31 552	1.0
Ica	113 823	3.7
Junín	94 284	3.1
La Libertad	176 354	5.8
Lambayeque	90 341	3.0
Lima	1423 865	46.7
Loreto	77 729	2.5
Madre de Dios	6 373	0.2
Moquegua	32 238	1.1
Pasco	18 194	0.6
Piura	156 869	5.1
Puno	56 731	1.9
San Martín	41 261	1.4
Tacna	45 018	1.5
Tumbes	17 457	0.6
Ucayali	41 311	1.4
Extranjero	112	0.0
Por asignar	145	0.0
TOTAL	3 050 404	100.0

Fuente : SBS.

3.2.2.2 Calidad de Atención.

La calidad de atención que brindan las AFP a sus clientes o afiliados es muy importante porque se trata de un servicio aún en proceso de posicionamiento y consolidación. El sistema privado debe convencer a los potenciales afiliados de las ventajas que representa frente al sistema nacional de pensiones; y ello comienza desde el momento en que dicho potencial afiliado decide informarse sobre las características, atributos y beneficios de afiliarse a una AFP.

En el cuadro siguiente se consignan los resultados de los grupos focales que se llevaron a cabo con clientes de las AFP.

Resultados de grupos focales

Trato.	
<u>Ideas Claves.</u> ➤ Excelente trato de entrada para la afiliación. ➤ Deficiente trato en el proceso de desafiliación.	<u>Sugerencias.</u> ➤ El personal que trata directamente con el cliente debe estar preparado para brindar un trato amable, respetuoso, incluso cuando se solicita la desafiliación de la AFP.
Oportunidad del Servicio	
➤ Atención en forma inmediata al cliente en las oficinas. ➤ Excesiva demora en los trámites de desafiliación. ➤ Demora en el acceso a las consultas sobre información personal respecto a cálculos de pensión.	➤ Facilitar al cliente atención oportuna y rápida, para realización de todo tipo de trámite, considerando el escaso tiempo que dispone el trabajador para estas gestiones.
Disponibilidad de Recursos.	
➤ Bajas pensiones otorgadas por las AFP.	➤ Invertir los fondos de las pensiones, con criterio de mayor rentabilidad, a fin de mejorar el monto de las pensiones a los afiliados al sistema.
Accesibilidad.(Horario, información)	
➤ Se utiliza lenguaje muy técnico, para brindar la información al usuario sobre pensiones y otros beneficios que otorga el sistema. ➤ Desconocimiento de los montos de pensiones que recibirá el trabajador al jubilarse. ➤ El trabajador no cuenta con información sobre como se está invirtiendo su dinero, las ganancias, la rentabilidad para su fondo personal.	➤ La información al usuario debe efectuarse con lenguaje sencillo, objetivo y accesible al público en general. ➤ Otorgar información más detallada sobre los beneficios del sistema. ➤ Dolarizar el fondo de pensiones, para asegurar el valor del fondo frente a posibles devaluaciones.

Análisis

Conforme se puede apreciar en los resultados, la calidad de la atención está en proporción directa a la decisión de afiliación o desafiliación. Para lo primera la atención es de calidad, rápida y eficiente; para el segundo, la atención es lenta y el trato deficiente.

Los mayores puntos críticos están referidos a los bajos montos de las pensiones o el desconocimiento de los montos de las pensiones que recibirá el aportante, lo cual le genera dudas e incertidumbres. Otros aspectos se relacionan con la necesidad del uso de un lenguaje accesible al público, de tal forma que se obtenga una información que pueda ser analizada y tomar las decisiones pertinentes.

Las propuestas de solución giran, en consecuencia, en torno a la necesidad de que las AFP cuenten con un personal capacitado en brindar una información clara y comprensible. Aplicar los mismos criterios de rapidez y eficiencia en la afiliación que en la desafiliación; y, finalmente, procurar que los fondos sean invertidos por las AFP en negocios que proporcionen una mayor rentabilidad y de esa forma mejorar los montos de las pensiones.

3.2.2.3 Gestión Administrativa.

Plan Estratégico.

De manera sintética se presentan los aspectos generales del planeamiento estratégico de las APF. La Visión y Misión por AFP, llama la atención que solo una AFP vincula su Misión al desarrollo del país.

Así mismo se presenta un resumen general de los objetivos estratégicos y el plan de indicadores establecidos, donde se prioriza la medición de aspectos como la rentabilidad y la eficiencia en la gestión.

AFP	VISION	MISIÓN
Integra.	Somos una empresa sólida y altamente competitiva que ha logrado gracias a la experiencia, profesionalismo y ética de nuestro personal, niveles de eficiencia que la colocan en una posición de vanguardia internacional	Nuestra Misión es brindar la seguridad de un futuro de bienestar otorgando pensiones optimas con un constante servicio de excelencia.
Horizonte	Organización reconocida por los trabajadores peruanos como líder, por la calidad de su servicio, su actitud innovadora y el profesionalismo de sus miembros.	Administrar los fondos de pensiones de nuestros afiliados con eficiencia y honestidad, para permitirles acceder a pensiones y prestaciones adecuadas, confiables y dignas a través de un servicio personalizado. Generar utilidades que aseguren nuestra solidez financiera, la materialización de nuestro desarrollo, la retribución adecuada a nuestros accionistas y que mantengan un clima empresarial que garantice nuestro desarrollo personal y profesional.
Pro Futuro	Ser un ejemplo empresarial liderando en el conocimiento y satisfacción del cliente.	Construir con cada uno de nuestros afiliados un respaldo que les permita vivir dignamente.
Unión Vida	Ser una empresa sólida, rentable y eficiente en administración de pensiones, líder en calidad de servicio, con una cultura de innovación tecnológica continua, que brinde la mas alta satisfacción a sus clientes.	Contribuir al progreso del país desarrollando una eficaz gestión empresarial, liderada por un equipo humano altamente calificado y comprometido a brindar seguridad y bienestar previsional a nuestros afiliados y sus familias.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES
1. Administrar eficientemente los recursos provenientes de los aportes de los trabajadores de tal manera que obtengan pensiones de jubilación justas. 2. Lograr mayor rentabilidad posible dentro de un marco	<u>Solvencia.</u> Pasivo Total /Patrimonio (Nº veces) Pasivo Corriente /Patrimonio (%)
	<u>Rentabilidad (%)</u> Utilidad Neta /Activo Total. Utilidad Neta /Patrimonio.(ROE) Utilidad Neta /Ingresos(%) Utilidad Neta /Numero de cotizantes (Nuevos socios) Utilidad Operativa /Activo Total, Ingreso /Activo Total

de seguridad y reducido nivel de riesgo que garantice una pensión digna a nuestros afiliados. 3. Crecimiento en el porcentaje de participación en el mercado.	<u>Eficiencia y Gestión.</u> Gastos Operativos /Ingresos.(%) Gastos Operativos /Número de Cotizantes(nuevos soles) Gastos Administrativos /Ingresos. Gastos de ventas /Nº afiliaciones en los últimos 12 meses. (nuevos soles). Ingresos /Nº de cotizantes (nuevos soles) Número de sanciones a la empresa. Número de afiliaciones por Promotor. <u>Cotización.</u> Aporte por cotizantes (nuevos soles) Índice de Cotización.(%) Índice de cotización ajustado(%)
---	--

3.2.2.4 Sistema de Monitoreo y Evaluación.

Cada AFP de manera específica cuenta con su Plan Estratégico y sus respectivos indicadores, que a partir de monitoreo mensual le permite medir sus resultados, cuyos reportes son remitidos a la Superintendencia de Banca y Seguros.

La función de evaluación del sistema es asumida por la Superintendencia de Banca y Seguros (SBS) y desarrollada a través de acciones de supervisión cuyo objetivo es realizar el control y la fiscalización de las actividades de las Administradoras Privadas de Fondo de Pensiones (AFP) en cumplimiento de las disposiciones financieras, legales y administrativas que las rigen, controlar el riesgo y velar por la adecuada rentabilidad de las inversiones que efectúen las AFP con los recursos del fondo de pensiones y resguardar el otorgamiento adecuado y oportuno de las prestaciones y los beneficios de los afiliados.

Las visitas de supervisión buscan evaluar el cumplimiento de la normatividad vigente por parte de las AFP, a fin de garantizar el adecuado funcionamiento de los diferentes procesos operativos y administrativos. Especial énfasis se puso el año 2002 en el control de inversiones, se efectuó la revisión de los 1 032 Informes diarios de inversiones remitidos por las AFP con el objetivo de tener un control detallado de las inversiones realizadas con los recursos de las carteras administradas, se incorporó nuevos procesos de control para el monitoreo de las tasas de interés de los depósitos a plazo y los tipos de cambio que las AFP obtienen en sus operaciones de inversión, se realizaron también 24 encuestas sobre las tasas de rendimiento de instrumentos de renta fija.

Como resultado de la supervisión de las prestaciones otorgadas por el SPP en el 2002 se actualizó la estructura del módulo de beneficios que cada AFP esta obligada a mantener con el objetivo de garantizar el pago adecuado y estandarizado de las prestaciones previsionales.

Uno de los problemas identificados en la supervisión es la morosidad que enfrenta el SPP algunas estimaciones muy gruesas apuntan a una tasa de 38%, frente al que es conveniente actuar con medidas rápidas, eficaces donde el ente supervisor tiene también un rol que desempeñar realizando visitas de inspección a las empresas a fin de verificar el cumplimiento del pago.

3.2.2.5 Sistema de Información.

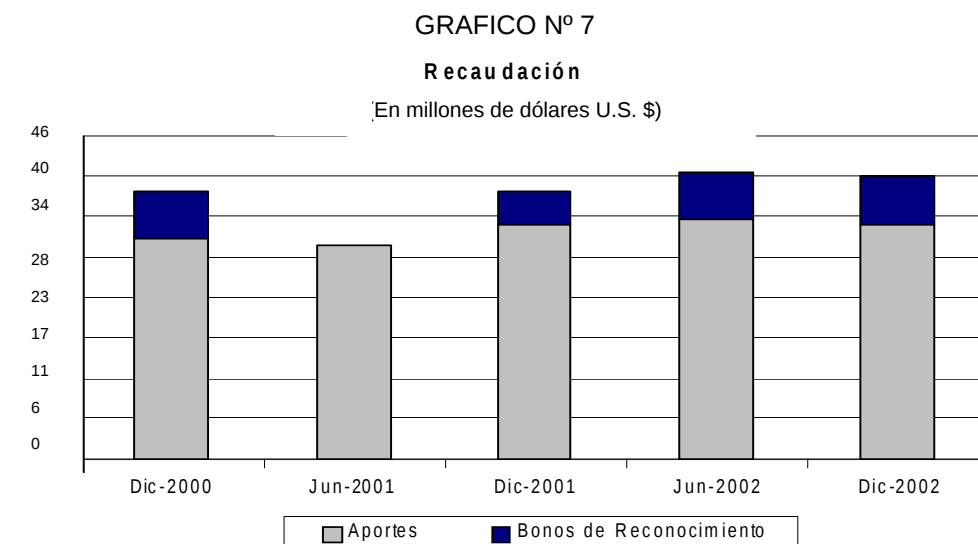
El tema de la calidad de la información para la correcta toma de decisiones cobra singular importancia en el SPP donde, la toma de decisiones esta vinculada a la afiliación o no al sistema, a las inversiones y su rentabilidad, constituye pues un aspecto relevante como soporte técnico que proporcionará los insumos necesarios con calidad y oportunidad, para una adecuada toma de decisiones, brindando información confiable desde los niveles operativos internos de cada AFP, el nivel central de la SBS, así como respecto a las condiciones del entorno.

Las AFP cuentan con sistemas de información que privilegian la data informática, desde donde se envía información estadística actualizada a la SBS y se interconectan con otras instituciones involucradas, respecto a la información dirigida al usuario por medios informáticos y otros medios es percibida por ellos como deficitaria, la mayoría expresa en los Grupos Focales trabajados que la información es limitada y otorgada en lenguaje poco accesible a ciudadano promedio, lo cual no les permite una correcta toma de decisiones.

3.2.2.6 Aspecto Económico-presupuestal.

Un indicador importante para medir el tamaño y del Sistema Privado de Pensiones es el valor total del fondo de pensiones, valores que han aumentado de manera constante desde el inicio del sistema según lo demuestran sus estadísticas oficiales.

Las cuatro AFP que operan en el Sistema Privado de Pensiones, muestran un total de \$ 444 millones de dólares, en aportes durante el año 2002, habiendo registrado un crecimiento de 5,5% respecto al 2001, tal como se puede observar en el siguiente gráfico.



De igual manera se puede apreciar que se ha producido un incremento progresivo de la recaudación mensual de 14 millones el año 1995 a 41 millones de dólares el año 2002.

CUADRO N° 11
RECAUDACIÓN MENSUAL PROMEDIO POR AFP

(En millones de dólares \$)

AÑO	HORIZONTE	INTEGRA	PROFUTURO	UNION VIDA	TOTAL
1995	3,5	4,4	2,2	3,5	14,4
1996	4,6	5,6	3,2	6,1	20,5
1997	6,2	7,9	1,4	11,1	26,7
1998	8,0	11,7	3,3	9,0	32,0
1999	9,2	10,7	5,5	8,5	33,9
2000	10,0	11,7	5,8	10,2	37,7
2001	9,9	12,0	6,4	10,4	38,7
2002	11,2	13,5	7,4	9,6	41,7

Fuente: Superintendencia de Banca y Seguros

3.2.2.6.1 Inversiones.

Respecto a las inversiones al 31 de Diciembre del 2002 el valor de la cartera administrada fue de \$ 4,544 millones, \$ 982 millones mas que el valor registrado en Diciembre 2001, lo que equivale a un crecimiento anual del 27,6%. Del total de este crecimiento 50,9% corresponde a la recaudación y el 49,1% fue generado por la rentabilidad.

El monto invertido en instrumentos en el exterior fue de \$ 327 millones, monto superior en 92,1% al registrado en Diciembre 2001 que representa el 7,2% de la cartera.²⁵

3.2.2.6.2 Rentabilidad del SPP.

El volumen de los afiliados y la regularidad del aporte son condiciones para el funcionamiento eficaz del sistema, pero lo que puede considerarse la condición fuerte es la rentabilidad de las AFP, la que depende de restricciones externas pero sobre todo de la gestión interna.²⁶

El crecimiento del fondo fue ampliamente superior al registrado en diversos indicadores macroeconómicos y financieros y se constituyó en una fuente importante de ahorro interno, de modo que en el 2002 el fondo de pensiones promedio representó 44.2% del ahorro interno, 7.2% del PBI y 32.2% de la capitalización bursátil, participaciones que en año 2001 fueron 36.2%,5.9% y 29.9% respectivamente.

²⁵ www.sbs.gob.pe/ Memoria 2002.

²⁶ VEGA-CENTENO Máximo, REMENYI María A., El Sistema Previsional en el Perú: Sistema Nacional de Pensiones vs Sistema Privado de Pensiones, Economía Vol.XIX N° 37-38 Julio-Diciembre 1996.

La rentabilidad real del fondo de pensiones durante el 2002 ascendió a 11.2%, mientras que la rentabilidad real anualizada en el periodo comprendido entre diciembre de 1993 y diciembre de 2002 alcanzó el 6.6%²⁷

El primer acuerdo al que se arribó en el Seminario AIOS-FIAP sobre “Regulación de los Sistemas de Fondo de Pensiones de Capitalización Individual :Visiones de los Sectores Público y Privado” realizado en Lima el 5 y 6 de diciembre del 2002 fue:

“ Mejorar la diversificación de las inversiones y avanzar hacia multifondos. Eso permitirá disminuir el riesgo y mejorar la rentabilidad a largo plazo, lo que tendría un impacto importante en las pensiones”²⁸

Dentro de esa perspectiva, el Congreso de la República en el mes de abril de 2003 por amplia mayoría autorizó la modificación sustancial del Texto Único Ordenado de la Ley del Sistema Privado de Administradoras del Fondo de Pensiones, con el objeto de ampliar el número de fondos y modificar el esquema de composición y establecimiento de límites de inversión en el exterior. Este proyecto de Ley crea el sistema de multifondos en el SPP y además amplía el límite de inversión legal de las APF en el exterior de 10.0 % a 20.0 % , iniciativa que en opinión del Presidente de la Comisión de Seguridad Social del Congreso beneficiará a los afiliados.

3.2.2.7 Prestaciones.

Durante el año 2002, el número de nuevos pensionistas de jubilación ascendió a 5 261, lo que significó un incremento de 94,6%, alcanzando al final de 2002 un total de 10 514 pensionistas de jubilación. Por otro lado, se registraron 1 018 nuevos pensionistas de invalidez y 3 597 nuevos beneficiarios de pensión de sobrevivencia, con lo que el número de pensionistas de invalidez fue 1 838 y el de sobrevivencia 20 397.

Incremento que se explica mayormente por las jubilaciones anticipadas para desempleados, las cuales representaron el 50,3% de las nuevas jubilaciones. Cabe mencionar que a mediados de año se reglamentó el régimen especial de jubilación anticipada para desempleados.

3.2.2.8 Pensiones.

La evaluación positiva de rentabilidad del fondo de pensiones, no se refleja en los montos de las pensiones que las AFP vienen otorgando. Algunos analistas consideran que esta situación podría estar obedeciendo parcialmente, entre otras razones, al hecho que las comisiones cobradas por las AFP son desproporcionadamente altas con relación al fondo acumulado por cada afiliado²⁹.

²⁷ www.sbs.gob.pe/ Memoria 2002.

²⁸ www.fiap.cl/seminar.htm

²⁹ ROJAS Jorge, La Rentabilidad del Sistema Privado de Pensiones en el Perú:1993-1997, Documento de Trabajo 160, Departamento de Economía, Pontificia Universidad Católica del Perú, Noviembre 1998.

La comisiones cobradas por las AFP en el Perú resultan elevadas si las comparamos con las cobradas por los sistemas privados de pensiones de los países de la región, tal como se observa en el siguiente cuadro .

CUADRO N° 12
Comisiones Netas Cobradas por los SPP en 6 Países

	<u>Dic-2000</u>		<u>Dic-2001</u>		<u>Jun-2002</u>	
	C	C/(C+A)	C	C/(C+A)	C	C/(C+A)
Bolivia*	0.50	4.76	0.50	4.76	0.50	4.76
Argentina**	2.09	21.30	1.73	38.79	1.85	40.31
Chile	1.61	13.87	1.77	15.04	1.76	14.97
México	1.98	14.09	2.19	16.95	1.87	23.46
Perú	2.39	23.00	2.39	23.00	2.28	22.18
Uruguay	2.04	14.21	1.98	13.90	1.94	13.67

Fuente: Boletín Estadístico AIOS Diciembre 2000, Diciembre 2001 y Junio 2002.

* Adicionalmente se cobra una comisión por la administración del portafolio de inversiones, cuyo margen mayor es de 0.02285% de acuerdo a los límites establecidos (ver misma fuente).

** Los ratios C/(C+A) para Argentina resultan inflados pues no toman en cuenta las aportaciones de los empleadores.

Sin embargo, de acuerdo al último reporte de la SBS como consecuencia de la reducción de los gastos operativos que se había venido observando, en el 2002 se registró una disminución de las comisiones que cobran las AFP por la administración del fondo de pensiones. Así, la comisión variable promedio del SPP disminuyó de 2,39% (nivel que se había mantenido constante desde mediados de 1999) a 2,27%, luego que entre febrero y marzo de 2002 tres AFP redujeran sus comisiones y en agosto lo hiciera la cuarta AFP. Asimismo, se registró una reducción de la prima de seguros de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio, la cual pasó de 1,34% (nivel que se había mantenido desde mayo de 2000) a 1,24% en diciembre de 2002.

Esta reducción en las comisiones y primas estuvo acompañada por un significativo aumento en el número de cotizantes, lo cual llevó a que los ingresos totales se incrementen en 5,4% durante el año 2002, mientras que los ingresos por cotizante registraron una caída de 11,3 a 11,1 dólares.

Actualmente 14,973 personas perciben pensiones de jubilación, cuyo promedio a Diciembre del 2002 se encuentra en \$199,4 dólares para los retiros programados. En el caso de la pensiones de sobrevivencia se otorgan montos muy por debajo de este promedio tan como se observa en los cuadros siguientes.

La percepción de dirigentes sindicales sobre las pensiones que otorgan las AFP revela preocupación por los bajos montos que ofrecen pues según dicen: " con aportes de \$ 27,627 dólares en 37 años de aportaciones, apenas se les entrega como primera pensión \$ 170 dólares. Esta situación se presenta mas grave en el caso de los profesores cuyas aportaciones no superan los ocho mil dólares".

CUADRO N° 13

Pensiones de Jubilación Promedio SPP y Modalidad de Pensión en Dólares.

Modalidad	Diciembre 2001		Diciembre 2002	
	N°	Monto Promedio	N°	Monto Promedio
Renta Vitalicia Familiar	176	216	199	217
Renta Vitalicia Diferida	800	200	691	186
Renta Temporal	50	358	288	393
Retiro Programado	1362	138	3761	199

Fuente: Superintendencia de Banca y Seguros.

CUADRO N° 14

Pensiones de Sobrevivencia Promedio SPP y Modalidad de Pensión en Dólares.

Modalidad	Diciembre 2001		Diciembre 2002	
	N°	Monto Promedio	N°	Monto Promedio
Renta Vitalicia Familiar	17,040	82	18,900	83
Renta Vitalicia Diferida	215	81	271	83
Renta Temporal	84	128	39	103
Retiro Programado	698	38	824	41

Fuente: Superintendencia de Banca y Seguros.

4. CONCLUSIONES

Situación de Contexto

1. La reforma del sistema de seguridad en el Perú no ha logrado aún remontar las serias distorsiones y crisis que le afectan. La imposibilidad de otorgar pensiones adecuadas y justas a sus afiliados, así como el hecho de que los probables beneficios sólo alcancen a una proporción minoritaria de la fuerza de trabajo, son los principales puntos críticos que sigue enfrentando el sistema. El sistema de reparto enfrenta, con mayor dificultad que en el pasado, la difícil tarea de lograr cobertura mayor con aportes menores y con variables demográficas que incrementan las exigencias de atenciones.
2. La alternativa al sistema de reparto ha sido el desarrollo de un sistema de capitalización individual en la que el trabajador al aportar regularmente, crea un ahorro para el período inactivo; el sistema tiene el atractivo de una relativa

seguridad y de correspondencia entre el esfuerzo realizado y beneficio que se percibe. Pero también enfrenta dificultades si la administración no es correcta o si el usuario no tiene la suficiente información para tomar las decisiones correctas, en torno a las diversas modalidades u opciones que le ofrece este sistema. De otra parte se debe tener claro que si bien la finalidad del sistema de capitalización individual es ofrecer al trabajador otra opción de previsión social, también lo es el hecho de que se espera que los fondos captados sirvan como mecanismos de desarrollo económico para el país, en la medida en que crece su participación en la conformación del PBI. Actualmente esta participación se estima en un 5.0 %.

3. La presencia de una gran masa de trabajadores informales (más del 50.0 % de la PEA), constituye una seria barrera para dinamizar ambos sistemas. En este sentido es necesario la implementación de medidas que permitan a esta masa laboral incorporarse al sistema, vía procesos de educación previsional o mediante la simplificación de los procedimientos y el desarrollo del hábito del ahorro. Propuestas sobre el particular indican que para los trabajadores independientes o cuentapropistas y temporales señalan la necesidad de plantear un Ingreso Mínimo Imponible para los trabajadores independientes pobres equivalente a sólo un 50% del Ingreso Mínimo Legal. Con 10 años de cotizaciones se tendrá derecho a la pensión mínima asistencial (equivalente al 50% de la pensión mínima garantizada), con un incremento de 5% por cada 12 meses de cotizaciones por sobre los 10 años. Se considera que este sistema especial tiene tres aspectos claramente diferenciados: a) Incentiva las cotizaciones al reconocer el esfuerzo realizado durante la vida activa; b) aumenta el aporte estatal para este régimen previsional, destinado a sectores de bajos ingresos; c) disminuye el aporte estatal para el régimen de pensiones asistenciales.
4. La reforma no ha significado una ampliación importante en la cobertura del Sistema de Previsión Social de Pensiones en el país, el total de afiliados 3,918,268 representa aproximadamente el 32,7% del total de la PEA hacia el 2002, porcentaje histórico que el país presenta desde antes de implementada la reforma.
5. Respecto a los principios de equidad y solidaridad del sistema. Existen problemas de inequidad principalmente en el grupo de personas que no cuentan con ningún tipo de seguro de salud, pues dependen de sus posibilidades económicas, las personas de altos ingresos pueden pagar atenciones privadas mientras los pobres y pobres extremos (52% del total de la población del país) se atienden en el MINSA o no se atienden. La distribución desigual de los ingresos atenta contra la equidad, aun cuando el mercado privado de salud puede ser eficiente (lo que ya es improbable por las fallas mencionadas) este no puede proveer del servicio a la gente que no tiene dinero para pagar su tratamiento.
6. El Sistema de Seguridad en Salud no obstante la implementación reciente de la reforma, en un país con una baja proporción de población económicamente activa ocupada, alto grado de pobreza y exclusión social, condiciones de mayor dependencia demográfica entre otros, viene realizando importantes esfuerzos para cumplir objetivos propuestos.

7. La cobertura del Sistema de Seguridad Social en Salud, alcanza actualmente a menos del 30% de la población del país, porcentaje histórico que no ha experimentado una mayor variación después de la reforma.

4.1. Sistema de Seguridad Social en Salud : EsSALUD.

1. Respecto a la ampliación de cobertura o expansión de la seguridad social en salud a sectores no cubiertos, se advierte en EsSALUD una tendencia creciente en la incorporación de población al seguro potestativo, a los nuevos tipos de seguro como el seguro agrario, el seguro del pescador, seguro universitario, incentivado por el precio reducido de las primas establecidas sin mediar estudios actuariales, lo que estaría poniendo el riesgo la sostenibilidad del sistema.
2. Con relación a la descongestión de los servicios de ESSALUD, se puede afirmar que la presencia de las EPS no ha contribuido a descongestionar los servicios de ESSALUD. Esta institución sigue afrontando la “cartera pesada” de las enfermedades catastróficas (crónicas no transmisibles) por su parte, el sistema privado (EPS) tiene cobertura limitada y continúa siendo pequeño que desincentiva la afiliación con barreras económicas de altos costos.
3. Sobre la mejora de la calidad de los servicios por medio de la competitividad. En el año 1999 EsSalud diseñó un Plan de Mejora de la Calidad, pero la percepción de los asegurados sobre la calidad del servicio brindado es calificada por la mayoría de los participantes en los Grupos Focales como uno de los puntos críticos más relevantes. El uso de conceptos como trato impersonal o maltrato o congestión de los servicios indica que la capacidad de buscar una atención con calidad y calidez está muy lejos de haber sido lograda por EsSALUD. La poca disponibilidad de médicos especialistas, así como un sistema de citas inoportuno (especialmente por poca disponibilidad de especialistas o por razones de índole administrativas) o extremadamente difícil para conseguirlas (hacer colas desde la madrugada, por limitado número de consultas), sumado a un sistema de evaluación médica apresurado y una baja calidad de los medicamentos recetados o ausencia de ellos, completan para generar una segunda fase de percepción crítica del sistema.
4. Uno de los factores que también concurren a afectar la calidad de los servicios prestados se relaciona con la política de personal. Bajos sueldos especialmente del personal asistencial nombrado, las formas tradicionales de promoción basada en la amistad o relaciones, la alta rotación del personal directivo, la inestabilidad laboral del personal contratado, la falta de estímulo al trabajo solidario entre otros, se suman a las dificultades para lograr resultados de calidad y reconocidos por la comunidad de asegurados.
5. El hecho que la reforma del Sistema de Seguridad Social de Salud no muestre un avance de acuerdo a sus objetivos, dado el corto tiempo de implementación, no debería ser visto necesariamente como un factor negativo. Es necesario implementar estrategias que incluyan mecanismos de retroalimentación en aspectos como sostenibilidad financiera, apoyo político y liderazgo, alianzas estratégicas y apoyo público de los actores sociales involucrados.

4.2. Sistema Privado de Salud : EPS

1. La cobertura del Sistema Privado de Salud -EPS se muestra como muy reducida en relación a la alta demanda insatisfecha , la población beneficiaria esta conformada principalmente por el asegurado dependiente tradicional de la mediana y gran empresa que ha emigrado de ESSALUD.
2. Contrariamente a la percepción de los asegurados de EsSALUD, los usuarios de las EPS muestran un adecuado nivel de aceptación de la calidad de los servicios brindados por las diferentes empresas de salud. Los adjetivos se mueven en torno a un alto nivel de satisfacción por el buen trato recibido de parte del personal médico, enfermeras y administrativos. Por su parte, los aspectos críticos están relacionados con la necesidad de una mayor disposición de equipos modernos y que las tarifas de atención sean más accesibles. La fórmula mágica es : *consulta externa en clínica EPS y hospitalización en EsSALUD*.
3. En referencia a la promoción de la inversión privada y mejoras en la eficiencia, las EPS enfrentan problemas de tamaño reducido de mercado, competencia imperfecta, continuos cambios en el diseño de sus planes. Los planes representativos de las tres EPS que funcionan actualmente tienen perfiles de rentabilidad/ riesgo poco atractivos. Solo el Plan de una de las tres EPS que funcionan actualmente, tiene un valor esperado positivo.
4. En el caso de los asegurados en ESSALUD y las EPS existen ciertas desigualdades pero las diferencias son menores. El sistema mantiene aunque atenuado el principio de solidaridad ya que los asegurados dependientes no dejan de aportar al Seguro Social lo cual les permite tener acceso a atenciones más costosas y también a que los asegurados de bajos ingresos logren atenciones que de otra forma sería imposible conseguir.

4.3 Sistema Nacional de Pensiones: ONP

1. El Sistema Nacional de Pensiones cobertura actualmente el 97.0% de pensionistas del país y mantiene niveles de precarización de las pensiones en general, cuyos montos se encuentran debajo del promedio necesario para satisfacer los requerimientos de la canasta básica familiar establecida por el INEI.
2. Presenta características de inequidad, por la concentración de pensiones altas en una proporción pequeña (10%) pero significativa de pensionistas pertenecientes al régimen de la Ley N° 20530.
3. Respecto a la calidad del servicio brindado por la institución que lo administra ONP, la percepción de los usuarios con referencia al trato recibido puede ser calificado como deficiente. La puerta de entrada o el sistemas de ventanillas, es el canal donde los pensionistas critican la indiferencia, el maltrato de un sistema administrativo inoportuno. Existe la imagen de un frondosa burocracia que concentra toda la capacidad de decisión, impidiendo por ejemplo la creación de oficinas desconcentradas en los conos, que podría contribuir a aumentar la eficiencia del sistema.

4. Los puntos críticos están referidos a las derivaciones que son objeto los pensionistas, trámites lentos para la obtención de pensiones, recálculo de pensiones, devengados y otros, que solamente se pueden acelerar mediante la contratación de un abogado.
5. En tanto las fortalezas se centran en la calidad de las atenciones brindadas a los pensionistas en los operativos de pago en los colegios, lo cual ha sido calificado como “cálidos”; en tanto los horarios de atención han sido calificados como “accesibles”.

4.4. Sistema Privado de Pensiones : AFP

1. El Sistema Privado de Pensiones ha generado en términos macroeconómicos un monto de ahorro interno importante, pero no ha conseguido garantizar la seguridad económica de sus beneficiarios, ni incentivar adecuadamente, a gran porcentaje de personas que todavía viven al margen del sistema de previsión social.
2. Las AFP presentan una rentabilidad positiva del fondo de pensiones, que no se refleja en las pensiones que viene otorgando. Algunos analistas consideran que podría obedecer parcialmente, a que las comisiones cobradas por las AFP son desproporcionadamente altas en relación al fondo acumulado por cada afiliado, continúan siendo las mas altas de los países de la región.
3. La diferencia entre las pensiones otorgadas por el SNP y el SPP no es significativa ,el promedio de pensiones de jubilación en las AFP es de \$ 199 dólares para los retiros programados, en tanto en el sistema público alcanza a \$ 122 dólares.
4. El Sistema Privado de Pensiones no contempla el pago de pensiones mínimas a aquellos afiliados, que por haber percibido bajas remuneraciones o por haber estado afiliado por un periodo corto, no han logrado acumular un fondo lo suficientemente elevado como para permitirles una pensión decorosa.
5. El sistema de información dirigida a los usuarios actuales y potenciales es calificada como limitada , no constituye un insumo adecuado para toma correcta de decisiones de afiliación.

5. RECOMENDACIONES

5.1. Sistema de Seguridad Social en Salud.

Considerando que el estado es responsable de las políticas de salud, es necesario fortalecer su capacidad para asegurar un sistema integral, justo, equitativo y solidario , que asegure el acceso a servicios de salud , apropiados y de calidad para las personas mayores, en consecuencia una primera recomendación general esta dirigida a que desde ese nivel, se otorgue prioridad al impulso de la reforma del Sistema de Salud, como condición indispensable para el desarrollo del país.

De manera más específica , proponemos las siguientes recomendaciones:

1. Idear formulas innovadoras de seguros de salud para ampliación de cobertura del sistema considerando la existencia de una alta demanda insatisfecha.
2. Propiciar la creación de una cultura de la salud a través de estrategias de base comunitaria que incorporen la participación de los diversos actores sociales involucrados, considerando las variables de género, edad y diversidad cultural del país.
3. Avanzar hacia el logro de servicios de salud eficientes y de calidad en instituciones como ESSALUD que respondan a las características de la demanda, compuesta por una proporción importante de personas mayores.
4. Fortalecer y reorientar los servicios integrales de salud , asegurando servicios flexibles y sensibles respecto a la diversidad de necesidades de las personas mayores, como también respetuosos de la privacidad ,valores, preferencias y creencias de cada individuo.
5. Proyectar la adecuación de sistema de salud ,con servicios innovadores para responder al creciente envejecimiento de la población.
6. Impulsar la reforma fortaleciendo aspectos como la sostenibilidad financiera de ESSALUD respetando su autonomía económica financiera, apoyo político seleccionando altos funcionarios idóneos y especialistas en Seguridad Social para conducir la institución.
7. Afinar los análisis de rentabilidad de los nuevos seguros de ESSALUD de tal forma que la inversión, logre cubrir costos operativos y no afecte los recursos de capital de la institución.
8. Impulsar el involucramiento del sector privado comprometiendo su participación en la producción de servicios de salud en el interior del país, con nuevos tipos de seguros de salud , que respondan a las necesidades de la demanda .
9. Procurar tarifas equilibradas y razonablemente accesibles a la población usuaria y potencial de las Entidades Prestadoras de Salud-EPS.

5.2.Sistema de Previsión Social en Pensiones.

Cualquiera sea el régimen de previsión social, para lograr una protección social viable es necesario establecer medidas que reduzcan la evasión fiscal, incorporen a la amplia proporción de población que se desenvuelve en el sector informal y viabilicen la capacidad del estado para velar por los derechos legales de los ciudadanos mayores.³⁰

³⁰ ENGLER Tomás y PELÁEZ Martha, editores, Mas vale por Viejo, Lecciones de Longevidad de un estudio en el Cono Sur, Banco Interamericano de Desarrollo-Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 2002.

Fomentar una cultura previsional en los ciudadanos y ciudadanas del país, constituye otra recomendación general que esta vinculada a la calidad de vida que esperamos para los mayores del país, con pensiones que les aseguren una vejez digna.

De manera más puntual se propone como recomendaciones específicas, las siguientes:

1. Adoptar medidas claras y decisivas que permitan a los pensionistas solventar o por lo menos satisfacer sus necesidades más elementales, lo que actualmente no consiguen hacer.
2. Fortalecer la reforma orientándola al logro de un sistema más eficiente y equitativo, que otorgue pensiones que permitan envejecer con dignidad.
3. Establecer la pensión mínima para los aportantes al Sistema Privado de Pensiones.
4. Fijar comisiones por administración de aportes, concordantes con niveles establecidos por los SPP existentes en la región.(Chile,Bolivia, Uruguay).
5. Garantizar que el valor del fondo de pensiones del SPP,no se grave con el cobro de comisiones por su administración.
6. Avanzar hacia el establecimiento de pensiones de jubilación y los otros tipo de pensiones en dólares, a fin de garantizar su valor frente eventuales devaluaciones.
7. Fomentar en el SPP la competencia vía licitación, para gestión de fondos de pensiones, adaptando experiencias eficientes y exitosas en otros países de América Latina .
8. Corregir las inequidades en pensiones que genera la Ley N° 20530 (Cedula Viva) vigente en el Sistema Nacional de Pensiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. ARENAS DE MESA Alberto, GANA CORNEJO Carmela, La Reforma de los Sistemas de Pensiones y los Desafíos de la Dimensión de Género, CEPAL-CELADE, Chile 2001.
2. APOYO - El Comercio S.A., Anuario 2002-2003, Lima Marzo 2003.
3. BEJAR Hector, Política Social, Justicia Social, Centro de Estudios para el Desarrollo y la Participación, Lima 2001.
4. CABALLERO BUSTAMANTE- Estudio, Informativo, Modernización de la Seguridad Social en Salud-Ley y Reglamento, División de Investigación Laboral, Lima 1997.
5. ENGLER Tomás y PELÁEZ Martha, editores, MAS VALE POR VIEJO, Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur, BID-OPS, Washington, DC, 2002.
6. GILLON, COLIN. Desarrollo y Reforma de las Pensiones de la Seguridad Social. el Enfoque de la Oficina Internacional del Trabajo, Departamento de la Seguridad Social de la OIT.
7. GARCIA NÚÑEZ Luis. Reforma de la Seguridad Social en Salud en el Perú. un Análisis Comparativo La Reforma de Salud en Chile, PUC, Departamento de Economía, Lima, 2001.
8. OIT Informe sobre el Trabajo en el Mundo 2000, La Seguridad de los Ingresos y la Protección Social, 1º edición, Ginebra 2000.
9. OIT, Protección Social. Estadísticas y Base de Datos. Lima, 2003
10. Oficina de Normalización Previsional ONP, Plan Estratégico Multianual 2002-2006.
11. Organización Panamericana de la Salud, Organización Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Documento de Referencia, Recomendaciones para Políticas sobre Salud y Envejecimiento, Panamá abril 2003.
12. PORTOCARRERO Felipe, Editor, Políticas Sociales en el Perú :Nuevos Aportes, Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú,Pontificia Universidad Católica del Perú, Universidad del Pacífico, Instituto de Estudios Peruanos, Lima ,febrero 2000.

13. PARODI TRECE Carlos, Economía de las Políticas Sociales, Universidad del Pacífico, Centro de Investigación , mayo 2001.
14. ROJAS Jorge, Rentabilidad del Sistema Privado de Pensiones en el Perú 1993-1997, Documento de Trabajo N°160 ,Departamento de Economía, Pontificia Universidad Católica del Perú, Noviembre 1998.
15. RUIZ TAGLE Jaime , El Sistema Previsional en Chile, 2001 s/r
16. Seguro Social de Salud ESSALUD, Planeamiento Estratégico 2003-2007, Oficina Central de Planificación, Octubre 2002.
17. Superintendencia de Banca y Seguros SBS, Memoria 2002.
18. Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud SEPS, Plan estratégico Institucional 2001-2005.
19. Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, "Análisis de Rentabilidad de Planes de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud", Lima , enero 2002.
20. Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, Boletín Estadístico, Año 3, N°4/Octubre –Diciembre del 2002.
21. UTHOF, Andras, Mercados de Trabajo y Sistema de Pensiones, Revista de la CEPAL 78, Santiago de Chile, diciembre del 2002
22. VEGA-CENTENO Máximo, REMENYI María, El Sistema Previsional en el Perú: Sistema Nacional de Pensiones vs. Sistema Privado de Pensiones, Economía, Vol. XIX, N° 37-38, Lima, Julio-Diciembre 1996.
23. <http://www.sbs.gob.pe/estadistica/financiera/2002/Diciembre/FP-1101-di2002.doc>
24. [http:// www.profuturo.com.pe](http://www.profuturo.com.pe)
25. [http:// www.uniónvida.com.pe](http://www.uniónvida.com.pe)

ANEXOS

Anexo N° 1

PLAN ESTRATEGICO SUPERINTENDENCIA DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD

DESARROLLO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	2001	2002	2003	2004	2005
1. Satisfacer a los asegurados promoviendo la eficiencia y la eficacia de los servicios de las EPS.	1.1. Nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios de las EPS. 1.2. Equilibrio y solidez financiera y patrimonial (margen ventas x Rotación activos x Solidez Patrimonial del Sistema)	>(0.13)	0	0.07	0.20	>=85%
2. Ampliar el universo de asegurados al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud.	2.1. Nivel de incorporación de asegurados a las EPS.	>500,000	750,000	900,000	950,000	1,000,000
3. Fortalecer Institucionalmente a la SEPS en sus competencias legales, capacidades técnicas y organización.	3.1. Ingreso del Sistema de EPS por trabajador de la SEPS	3,350,000	4,500,000	5,100,000	5,225,000	5,500,000
4. Garantizar la disponibilidad y el uso adecuado de los recursos de la SEPS.	4.1. Nivel de gasto de las áreas administrativas de la SEPS.	<48%	47%	46%	45%	44%
	4.2. Porcentaje del Presupuesto de gasto corriente de la SEPS proveniente de aportes de EPS.	-.-	>50%	100%	100%	100%
5. Lograr el posicionamiento técnico de la SEPS como autoridad del Régimen Complementario de Seguridad Social en Salud.	5.1. Nivel de conocimiento de la existencia de la SEPS en la población usuaria de los servicios de salud del Sistema de las EPS.	30%	45%	50%	65%	70%

Fuente: Plan Estratégico 2001-2005- Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud.

Anexo N° 2.

Pensiones de Jubilación otorgadas por AFP.

(En número de Pensiones)

AÑO	HORIZONTE	INTEGRA	PROFUTURO	UNION VIDA	TOTAL
1995	10	12	2	3	27
1996	33	72	61	59	225
1997	49	135	110	138	432
1998	154	297	198	323	972
1999	177	396	371	563	1,507
2000	277	579	606	807	2,269
2001	346	640	674	551	2,211
2002	1,160	2,010	1,528	2,632	7,330
Acumulado	2,206	4,141	3,550	5,076	14,973
% por AFP	14,8%	27,6%	23,7%	33,9%	100%

Anexo N°3.

RANKING DE LAS AFP

(En millones de nuevos soles)

AFP	INGRESOS	UTILIDAD NETA	PATRIMONIO
Integra	156,75	69,82	119,97
Unión Vida	146,7	67,8	122,28
Horizonte	133,31	62,21	95,09
Profuturo	95,32	17,76	38,03
TOTAL SISTEMA	532,08	217,59	375,37