

Pontificia Universidad Católica del Perú

Facultad de Derecho



Programa de Segunda Especialidad en Derecho del Trabajo y la Seguridad Social.

**TITULO: El acceso a la seguridad social en salud para
los trabajadores independientes y de la economía informal.**

**Trabajo Académico para optar el grado de segunda especialidad en Derecho del
Trabajo y la Seguridad Social.**

Autor: Oscar Rafael Blancas Chauca.

Asesor: María Katia García Landaburo.

Código de alumno: 20153353

2017



PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

Segunda especialidad del Derecho del Trabajo y la Seguridad Social.

Seminario de Trabajo Académico II

Maestría en Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social

Prof. María Katia García Landaburo

Oscar Rafael Blancas Chauca.

Cod. 20153353.

El acceso a la seguridad social en salud para los trabajadores independientes y de la economía informal.

Resumen: En el presente artículo se pretende analizar y evaluar ciertas deficiencias e incongruencias en el acceso a la seguridad social en salud para los trabajadores no asalariados, independientes, y del denominado sector de la economía informal, el artículo trata además sobre una breve evolución normativa de este derecho en el contexto nacional, las cifras actuales del trabajo no asalariado, sus problemas normativos y la crítica al actual sistema de seguridad social en salud.

Palabras clave: Economía informal, no asalariado, salud, seguridad social, sistemas sociales.

SUMARIO:

I. Introducción.

II. La seguridad social en salud en el Perú,

III. La exclusión de la seguridad social en salud de los trabajadores y trabajadoras no asalariados.

3.1 Un sector largamente olvidado.

3.2. El acceso a derechos de estos trabajadores; cuatro indicadores básicos.

3.3 Deficiencias normativas que excluyen a trabajadores no asalariados del sistema de seguridad social en salud.

IV. El estándar internacional en la materia y otras experiencias en la región.

V. ¿Funciona el actual sistema de seguridad social en salud?

VI A modo de conclusión; ¿Cuál es el futuro de la protección en salud para estos trabajadores?

BIBLIOGRAFIA.

I. Introducción.

La Protección Social es “un conjunto de políticas y programas gubernamentales y privados con los que las sociedades dan respuesta a diversas contingencias a fin de compensar la falta o reducción sustancial de ingresos provenientes del trabajo, brindar asistencia a las familias con hijos y ofrecer atención médica y vivienda a la población” »(Secretario General de la ONU¹). Este “derecho fundamental de las personas” aborda cuatro rubros: seguridad social, salud, vivienda y educación.

El convenio 102 de la OIT define nueve prestaciones de seguridad social: Asistencia médica, prestaciones monetarias de enfermedad, prestaciones de desempleo, prestaciones de vejez (jubilación y pensión), prestaciones en caso de accidentes de trabajo y de enfermedad profesional, prestaciones de sobreviviente, prestaciones familiares, prestaciones de maternidad y prestaciones de invalidez o discapacidad.

La Constitución Política del Perú de 1993, en sus artículos 10°, 11° y 12°, señala que el Estado reconoce el “derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida”. Además, señala que el “Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento” Es decir, la Constitución en los mencionados artículos plantea el mejoramiento de la calidad de vida “de toda persona “sin excepción mediante su protección frente a ciertas contingencias.

Sin embargo, ninguna de las prestaciones de la seguridad social están cubiertas para el caso de los trabajadores no asalariados y del sector de la denominada economía informal, debiendo cubrirlos ellos mismos con sus propios recursos, o simplemente no acceden a ellas por ninguna vía.

El sistema de seguridad social en el Perú se compone de un sistema de salud y un sistema de pensiones, y responde a un modelo mixto porque cuenta, en materia de salud, con regímenes contributivos y un régimen no contributivo o estatal, y, en materia de pensiones, con un régimen contributivo de reparto y un régimen de capitalización individual. En el caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, el régimen es de naturaleza contributiva.

Por otro lado, El Perú ha ratificado diversos convenios de la OIT referidos a la materia, entre ellos, el convenio núm. 102 sobre la seguridad social (norma mínima) que presenta principios y reglas en la construcción de un sistema de seguridad social equitativo, eficiente y sostenible a partir de la constatación de la insuficiente cobertura y protección de los sistemas existentes y dispone la responsabilidad del Estado en el logro de condiciones básicas de protección de materia de mayor cobertura en salud y pensiones.

Esto colisiona con la realidad, cuando se observan las últimas cifras oficiales donde existe una clara desproporción entre trabajadores asalariados y trabajadores autónomos, entre los

¹ Informe a la 39a. Sesión de la Comisión de Desarrollo Social, Nueva York, ONU, febrero de 2001.

que se pueden ubicar los autónomos profesionales, técnicos, y los de la denominada economía informal, siendo en total esta la gran mayoría de los trabajadores peruanos, bordeando el 60% de la PEA, según la data estadística oficial².

La ausencia, de acceso a seguridad social, y prestaciones laborales, medibles por ejemplo, utilizando parámetros como los del Trabajo Decente, se evidencian cuando observamos las condiciones de trabajo del trabajador no asalariado o autónomo, agudizándose esta situación para el caso de la economía informal.

Los trabajadores autónomos en la mayoría de casos perciben menor salario; no gozan de una jornada máxima de trabajo ni de descanso diario, semanal ni vacacional; están fuera de los alcances del salario mínimo vital, y de las demás compensaciones o prestaciones de la seguridad social, carecen además de la protección a sus derechos colectivos y de toda forma de protección social. Así, tienen acceso limitado al seguro de salud, desempleo y accidentes de trabajo; y poco o ningún acceso a los sistemas de pensiones, no pudiéndose jubilar lo que los obliga a trabajar casi hasta que las fuerzas les alcancen, negando el derecho a una vejez digna.

El presente artículo pretende poner en evidencia esta situación, establecer que contiene el concepto de trabajo decente, su incidencia en las políticas nacionales en seguridad social, y señalar los pasivos que arrastra la seguridad social en salud, respecto de los trabajadores no asalariados, se pretende además esbozar algunas propuestas, que contribuyan al debate nacional de reformar y mejorar la seguridad social en salud, que históricamente pugna por llegar a todos los peruanos sin poder lograrlo.

Algunos conceptos básicos:

¿Cómo se define el trabajo decente?

De acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo (OIT) “El trabajo decente resume las aspiraciones de la gente durante su vida laboral. Significa contar con oportunidades de un trabajo que sea productivo y que produzca un ingreso digno, seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias, mejores perspectivas de desarrollo personal e integración a la sociedad, libertad para que la gente exprese sus opiniones, organización y participación en las decisiones que afectan sus vidas, e igualdad de oportunidad y trato para todas las mujeres y hombres³.”

Este marco conceptual ofrece una visión integral, que toma en cuenta no solo los temas vinculados al acceso al empleo (participación, empleo, subempleo y desempleo, entre otros), también aspectos cualitativos de las personas en su trabajo, tales como la capacitación en el trabajo, la salud y otras condiciones laborales, la seguridad laboral, las horas excesivas y la conciliación del trabajo con la vida personal y familiar, la ética en el trabajo (trabajo forzoso y trabajo infantil), la igualdad de género y la no discriminación, y

² INEI Producción y Empleo Informal en el Perú-Cuenta satélite de la economía informal 2007-2012.Lima, 2014.

³ <http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--es/index.htm>

el diálogo social y la participación de los trabajadores . Se trata entonces, de una perspectiva que se comparte con otros marcos conceptuales, como el de la calidad del empleo.

Indicadores de trabajo decente.

La OIT propone la siguiente clasificación de indicadores:

i) Según los elementos fundamentales del Programa de Trabajo Decente:

- Oportunidades de empleo.
- Trabajo que se debería abolir
- Ingresos adecuados y trabajo productivo
- Horas de trabajo de acuerdo a estándares internacionales.
- Estabilidad y seguridad del trabajo
- Conciliación del trabajo y la vida familiar
- Igualdad de oportunidades y de trato en el empleo
- Entorno de trabajo seguro
- Seguridad social
- Diálogo social y representación

ii) Según los indicadores sean susceptibles de medición cuantitativa (indicadores estadísticos) o cualitativa (descripción de los derechos en el trabajo y el marco jurídico)

iii) Según la importancia y las prioridades: indicadores principales, adicionales, de contexto y a futuro.

Objetivos del trabajo decente:

Esta concepción integral y totalizadora de lo que deberían ser las relaciones sociedad-Estado-Trabajador, no podría estar completa si no se expresara en metas y objetivos, así, la OIT señala que el trabajo decente tiene cuatro objetivos estratégicos:

- 1) Promover y aplicar las normas y los principios y derechos fundamentales en el trabajo.
- 2) Crear mayores oportunidades para que mujeres y hombres puedan tener empleos e ingresos dignos.

3) Mejorar la cobertura y la eficacia de una protección social para todos

4) Fortalecer el tripartismo y el diálogo social.

II. La seguridad social en salud en el Perú.

La seguridad social en salud en el Perú, es una institución de larga data, con resultados muy disimiles en su funcionamiento, sin embargo, para efectos del presente análisis solo comentaremos las reformas de los últimos años,

Así, el Ministerio de Salud tiene a su cargo el Régimen Estatal con el objeto principal de otorgar atención integral de salud a la población de escasos recursos que no tiene acceso a otros regímenes o sistemas. Este régimen se financia con recursos estatales y está dirigido a la población no aportante a la seguridad social, no exigiendo mayores requisitos para su afiliación, siendo la tendencia a que esta atención prioriza a la población de menores recursos.

Para el caso de la Seguridad Social en su modalidad contributiva tenemos instituciones como el Seguro Social del Perú- Essalud y las Entidades Prestadoras de Salud- EPS.

La Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley No. 26790, de fecha 17 de mayo de 1997, regula el funcionamiento del Seguro Social de Salud a través de un régimen público (Essalud) y de un régimen privado (Entidades Prestadoras de Salud - EPS). Esta Ley reconoce el principio de la universalidad en la Seguridad Social en Salud, sin embargo, tiene vigencia relativa, en el sentido que solo da acceso a las prestaciones de salud a los asegurados regulares y potestativos, es decir, a los que contribuyen al sistema.

Del mismo modo, y a fin de cumplir con la protección social en salud, la Ley señala que el Estado a través del Ministerio de Salud (MINSa) otorgará atención de salud a la población de escasos recursos que no tengan acceso al Seguro Social de Salud u otros sistemas.

Debido a las falencias en el anterior sistema de salud pública, tales como falta de presupuesto, falta de instalaciones hospitalarias y capacidad para afrontar la demanda de los usuarios es que surge la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Ley No. 29344 de 2009 (LAUS), ley que establece el marco normativo del aseguramiento universal en salud y la garantía del pleno y progresivo acceso de toda persona a este derecho. Así, norma el acceso y funciones, el financiamiento, la prestación y la supervisión del aseguramiento universal en salud⁴ sobre la base del “Plan Esencial de Aseguramiento en Salud” (PEAS)⁵.

Originalmente, el proceso de implementación de la ley inició por regiones pilotos

4 Artículo 1 de la Ley 29344.

5 El artículo 12 de la LAUS establece el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) como el conjunto de beneficios y condiciones mínimas asegurables que debe ser financiado por cualquier entidad aseguradora del sistema. La prestación de estos beneficios debe garantizar condiciones oportunas y de calidad en la atención.

priorizando las zonas de pobreza y pobreza extrema (solo el 5% de la población)⁶ y no consideraba al trabajador independiente o no asalariado, Situación que ha sido corregida parcialmente en el tiempo. De esta manera, si bien originalmente, no cubría enfermedades incurables y recurrentes como diabetes, hipertensiones ni costosas como el cáncer y las diálisis, paulatinamente fueron integradas, haciendo de este sistema, uno que medianamente cubre a las poblaciones vulnerables, y de escasos recursos.

En cuanto a la gestión, la ley mantiene la dispersión organizativa en base a las instituciones administradoras de salud existentes, como son:

- 1) Seguro Integral de Salud (SIS);
- 2) Sanidades de las Fuerzas Armadas;
- 3) Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP);
- 4) Entidades Prestadoras de Salud (EPS);
- 5) Compañías de Seguros Privados de Salud;
- 6) Entidades de salud que ofrecen servicios de salud prepagadas;
- 7) Autoseguros y fondos de salud;
- 8) Otras modalidades de aseguramiento público, privado o mixto distintas a lo señalado⁷.

Es muy largo el trecho todavía que tiene que recorrer el Estado Peruano, si espera cumplir con sus obligaciones en cuanto seguridad social en salud, en la mencionada ley persisten las desigualdades; Esto se evidencia en la diversidad de instituciones administradoras de salud, las cuales se diversifican no por un criterio de organicidad, orientado a crear un sistema, si no, más bien por criterios de sector, en la que cada grupo tiene una administradora de salud, con suertes dispares, y donde siempre reciben la peor parte los que no pueden pagar.

Asimismo, no se plantea la existencia de un sistema de salud nacional integrado; no existe una política nacional de protección social por parte del Estado; y se carece de una visión integral de la Seguridad Social y de sus normas⁸. En este contexto, la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones de la OIT señaló en su informe 2010 respecto a la propuesta de aseguramiento universal en el Perú que:

“La introducción de un sistema de seguro de salud universal podría, si se implementa de manera eficaz,

6 Primera Disposición Final de la Ley 29344. Las tres primeras regiones pilotos: Ayacucho, Huancavelica y Apurímac.

7 Artículo 7 de la Ley 29344.

8 Al presente se tienen un total de 148 normas referidas a salud. Según el Compendio Normativo General de Salud de 2009, se incluían 21 leyes, 3 Decretos de urgencia, 39 Decretos Supremos, 7 Resoluciones Supremas, 62 Resoluciones Ministeriales, 5 Resoluciones SEPS y 11 Resoluciones de ESSALUD.

permitir extender la protección de la salud a una parte cada vez mayor de la población. Sin embargo, observa que, a fin de convertir en plenamente operativo el dispositivo del seguro universal de salud, la ley antes citada debería verse complementada por reglamentos técnicos de aplicación que garanticen el respeto de la obligación de afiliación y de cotización, especialmente en lo que concierne a los asalariados de la economía formal, en donde el incumplimiento de la obligación de afiliarse es particularmente elevado; además, se podrían realizar progresos en lo que concierne a los asalariados de la economía informal, los trabajadores independientes y las poblaciones rurales⁹.

El Sistema de Salud en Perú se brinda a través del sistema público y del privado a través de cinco subsistemas. Sin embargo, para efectos del presente artículo, sólo se abordará el Sistema Social en Salud y el Seguro Integral de Salud (Sistema Público).

Sub sistemas de salud.

	SISTEMA PUBLICO				SISTEMA PRIVADO
SUB SISTEMA	Seguro social en salud- ESSALUD	Seguro Integral de Salud-SIS	Sanidad de las Fuerzas Armadas.	Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP)	Instituciones del sector privado: EPS, aseguradoras privadas y clínicas.
ENTIDAD CARGO	A Publico/Privada	Ministerio de Salud	Ministerio de Defensa.	Ministerio del Interior.	privados

Elaboración propia.

Seguro Social en Salud

Es gestionado por el Seguro Social de Salud, ESSALUD, brinda prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios para el cuidado de su salud y bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales; y los asegurados son los “afiliados regulares y potestativos”. En esa definición, los afiliados regulares son los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia, así como el pensionista; mientras que los afiliados potestativos son toda persona que no trabaja bajo relación de dependencia, cualquiera sea el régimen laboral o modalidad a la cual se encuentren sujetos¹⁰. Este seguro, actualmente se denomina “Essalud independiente”

En el primer caso el Seguro Social de Salud es obligatorio para todo trabajador, asalariado y en relación de dependencia, que esté en planilla. En el segundo caso la afiliación es

9 CEACR: Observación individual sobre el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) Perú (ratificación: 1961) Publicación: 2010, Apartado 6.

10 Vid., Artículo 24 del Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Decreto Supremo No. 009- 97-SA y Artículo 4 de la Ley No. 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (Essalud) de 1999.

voluntaria y es brindada como seguro independiente más salud y otorga cobertura médica en los Centros Asistenciales de Essalud a la persona que se afilie voluntariamente que no sea asegurado regular. Éste puede ser solicitado por una persona sola o con su familia.

Essalud creó tres planes de cobertura para los asegurados potestativos: 1) Plan Protección Total (PPT) para las personas mayores de 56 años; 2) Plan Protección Vital (PPV) para cualquier persona menor de 56 años; 3) Plan de Emergencias Accidentales en el que no se hace referencia en qué consiste ni en cómo se va a implementar. A pesar de la existencia de estos mecanismos, el nivel de cobertura no supera el 20% de la población debido al tipo de cobertura de los planes y a las exclusiones que implica¹¹.

En el financiamiento, Essalud recibe el aporte exclusivamente de sus asegurados. La aportación del afiliado regular (trabajador activo) equivale al 9% de la remuneración o ingreso, el del afiliado regular pensionista al 4%, y los costos de las aportaciones en el caso del afiliado potestativo varían según los paquetes de seguro que se ofrecen según la edad del titular y el número de derechohabientes a afiliar¹².

Cabe mencionar, que, con fecha 05 de octubre del 2015, se publicó en el Diario Oficial el peruano, la suspensión del seguro de salud Essalud Independiente, por el plazo de 08 meses contados a partir de su publicación, desconociéndose a la fecha el futuro de esta modalidad de aseguramiento.

Sin embargo pese a las disparidades y falencias de este subsistema, la demanda crece inexorablemente, de esta manera, conforme a las estadísticas publicadas por el Seguro Social Essalud, a través de la Gerencia Central de Aseguramiento y la Gerencia Técnica de Seguros, la protección social en salud se incrementó de 6 millones 792 mil 600 asegurados en el año 2007, 9 millones 786 mil 900 asegurados en el año 2012, con una tasa de crecimiento promedio anual de 7,58%.

11 Sobre los beneficiarios del Plan Protección Total, se excluyó de la cobertura a los concubinos e hijos mayores de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo. Defensoría del Pueblo, Informe Defensorial No. 93, Principales problemas detectados como consecuencia del cierre de los regímenes especiales y la creación del nuevo seguro potestativo en ESSALUD, Lima, 2005.

12 ESSALUD estableció para el caso del Plan PPT un aporte por grupo familiar ascendente a S/. 60.00 mensuales. En relación al PPV se determinó que el aporte mensual es individual, de acuerdo a la edad del titular y de los derechohabientes. Por ejemplo, menores de 18 años (S/. 40.00), de 18 a 24 años (S/. 49.00), de 25 hasta 34 años (S/. 68.00), de 35 hasta 49 años (S/. 86.00), de 50 hasta 64 años (S/. 13.00) y de 65 a más (S/. 140.00). Adicionalmente, se estableció un copago de S/. 10.00 por cada consulta externa e interconsulta. Ibidem, p. 16.

Población asegurada en Essalud, según año, 2007 – 2012 (miles de personas)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Tasa Crecimiento Promedio Anual
EsSalud¹³	6792,6	7633,2	8056,6	8627,4	9128,9	9786,9	7,58%

Fuente: Essalud

La Defensoría del Pueblo en su informe defensorial número 93, ha indicado como principal problema el incremento en el costo de los planes¹⁴ los cuales contemplan solo al asegurado y no a sus derechos habientes, debiendo el asegurado potestativo pagar por cada derechohabiente a asegurar (cónyuge, concubino, hijos menores de edad) siendo este seguro de menor cobertura y más caro que el seguro regular.

Esta situación se complica además por otras cuestiones como la insuficiencia de recursos financieros que se destinan a la salud; la alta tasa de evasión del empleador al deber de afiliarse al trabajador facilitada por la ausencia de mecanismos de fiscalización y por modalidades de contratación que encubren la relación laboral; y la no tipificación penal de la evasión del deber del pago de aportes.

Seguro Integral de Salud (SIS)

El Seguro Integral de Salud (SIS), se creó en el 2002, como un organismo público descentralizado adscrito al Ministerio de Salud a fin de administrar los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud¹⁵; y brinda atención a través de la red de establecimientos del Estado, así como mediante otras entidades públicas o privadas que cuenten con convenios para tal efecto.

Su cobertura abarca a todas las personas que no cuentan con un seguro de salud, priorizando a las poblacionales vulnerables que están en situación de pobreza y pobreza extrema: Población materno infantil, adolescentes y adultos; y grupos poblacionales con limitada capacidad adquisitiva¹⁶.

En el 2007, el SIS inició un proceso de reorganización, ampliando la cobertura del SIS al conjunto de la población no asegurada, mediante dos componentes: el sistema subsidiado,

¹³ Incluye a los asegurados titulares y los asegurados derechohabientes. Los asegurados titulares están conformados por asegurados regulares, los asegurados dependiente / independientes del seguro de salud agrario, los regímenes especiales y los seguros potestativos.

¹⁴ Defensoría del Pueblo- Informe Defensorial N° 93 Principales problemas detectados como consecuencia del cierre de los regímenes especiales y la creación del nuevo seguro potestativo en Essalud- 2005

¹⁵ Artículo 33 de la Ley del Ministerio de Salud, Ley No. 27657, publicada el 29 de enero de 2002.

¹⁶ Los Planes de beneficios son: Plan A (0 a 4 años), Plan B (Niño y adolescente de 5 a 17 años), Plan C (Gestantes y adultos en extrema pobreza sin seguro) y Plan G (Grupos poblacionales con limitada capacidad adquisitiva).

para la población de pobreza y pobreza extrema que no cuenta con seguro de salud, y el sistema semi-subsidiado para la población con limitada capacidad de pago que no cuenta con un seguro de salud¹⁷.

Pero, pese a la apertura de cobertura, el número de personas sin protección en salud sigue siendo elevado, lo que se agrava con la no idoneidad de los criterios empleados para medir la pobreza o extrema pobreza para acceder al régimen subsidiado del SIS.

El SIS recibe recursos del tesoro público. Específicamente, recursos del Ministerio de Salud¹⁸ y los recursos ordinarios asignados en el Presupuesto de la República otorgados por el Ministerio de Economía y Finanzas; asimismo, recibe las contribuciones del régimen semi subsidiado¹⁹. No obstante, el desfinanciamiento es evidente en el SIS y los subsidios estatales resultan insuficientes²⁰.

III. La exclusión de la seguridad social en salud de los trabajadores y trabajadoras no asalariados.

Este grupo de trabajadores desde siempre ha sido excluido de las prestaciones de la seguridad social. Han sido diversas las iniciativas para universalizar la seguridad social en el país, sin embargo, nos enfrentamos a un fenómeno totalmente nuevo, en la actualidad, la composición del mercado laboral ha variado grandemente, desde la dación de los instrumentos que crean el actual sistema de seguridad social peruano, y la ratificación del Convenio 102 de la OIT (1961), instrumentos legales, muchos de ellos si bien con modificaciones, vigentes hasta el día de hoy. Lo que hace necesario pensar y replantear la seguridad social en el país si queremos brindar prestaciones de seguridad social a todos los peruanos.

Así, el actual sistema de seguridad no está legal ni institucionalmente preparado para absorber la demanda en prestaciones de salud de la actual PEA asalariada, la cual ha variado significativamente desde los años sesentas. El censo de 1961 calculó que 48% de la PEA ocupada era asalariada, del mismo modo, según los censos, la población rural representaba el 53% de la población nacional en 1961 y bajó continuamente hasta llegar al 30% en 1993, situación que afectó drásticamente la oferta de servicios de salud, los cuales incluso hoy, que hay mayores recursos y proyectos que amplían la infraestructura resulta insuficiente, bastando ver cualquier día el servicio de consultas de cualquier centro hospitalario para verificar la urgente necesidad de ampliar la oferta de servicios de salud, específicamente para la población de bajos recursos.

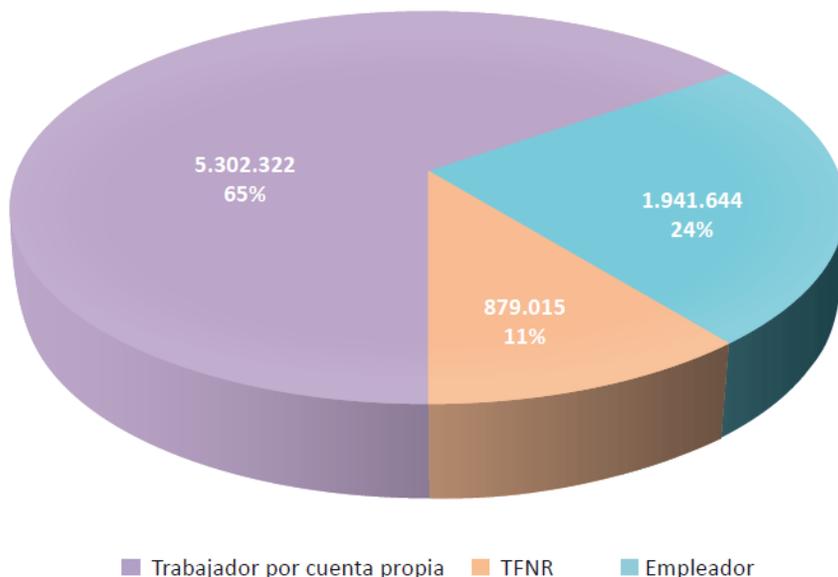
17 Artículo 2 del Decreto Supremo No. 04-2007-SA titulado "Establecen listado priorizado de intervenciones sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS", del 17 de marzo de 2007.

18 Artículo 34 de la Ley del Ministerio de Salud, Ley No. 27657.

19 Estos son: 1) Afiliación individual: a) Aportación mensual de S/. 10.00 a personas con ingresos mensuales menores a S/. 700.00; y b) Aportación mensual de S/. 20.00 a personas que perciban ingreso mensual igual o mayor de S/. 700.00 hasta S/. 1000.00; 2) Afiliación familiar: Aportación mensual de S/. 30.00 dirigidos a familias con ingresos mensuales familiares menores a S/. 1000.00.

20 De acuerdo a los sindicatos, el Estado destina para el aseguramiento a través del SIS un gasto per cápita de \$10 dólares al año. Propuesta de las Centrales Sindicales para la Reforma de la Seguridad Social en el Perú, 2007, p. 41.

Composición de la PEA según la ENAHO 2010.



Elaboración: OIT.

Fuente : ENAHO 2010 procesada por el MTPE.

En la investigación de Pablo Casali y Hernán Pena²¹ ambos investigadores concuerdan al señalar: “El déficit de cobertura de los seguros contributivos de salud y de pensiones es homogéneo en ambos sexos. La falta de protección alcanza el 85% y 88% de los trabajadores independientes, mujeres y hombres, respectivamente. Es decir que 4.5 millones de trabajadores por cuenta propia, 690 mil empleadores y 1.8 millones de TFNR no acceden a ningún tipo de cobertura de los sistemas contributivos de seguridad social.”

Estos comentarios y cifras evidencian un terrible abandono de parte del Estado en el caso de los trabajadores no asalariados, es también evidente de lo investigado para el presente documento, que no se puede identificar políticas y acciones que de forma efectiva incluyan a este grupo de trabajadores en las acciones, planes y políticas para ampliar la cobertura de la seguridad social en seguridad social, no solo en su aspecto no contributivo, si no, en el semi contributivo, y contributivo, para los trabajadores no asalariados, los cuales al día de hoy no cuentan con un acceso real a un sistema de salud, que desfallece por falta de aportantes, mismos aportantes que podrían ser estos, que, paradójicamente excluye.

3.1 Un sector largamente olvidado.

Son grandes todavía las dificultades que tiene que sortear el sistema de seguridad social

²¹ OIT. Proyecto “Programa para la extensión de la protección social en los países de la subregión andina, Bolivia, Ecuador y Perú”. *Los trabajadores independientes y la seguridad social en el Perú*. Lima: OIT, 2012. 150 p.

para poder cumplir con todos los peruanos, como se ha podido ver en las líneas previas, el sistema de seguridad social no está normativa ni operacionalmente diseñado para atender a la actual distribución de la PEA la cual es mayoritariamente no asalariada.

Es menester recordar sin embargo, que han existido intentos por ampliar la cobertura de los grupos tradicionalmente cubiertos a los nuevos grupos ocupacionales, los cuales han cambiado con el mercado laboral, así tenemos por ejemplo la Ley N° 25047 (16.06.89) con el título “Otorgan beneficios a trabajadores "estibadores terrestres", "transportistas manuales en carretillas y triciclos", que laboran en mercados, terminales terrestres o en establecimientos análogos”

Esa norma determinaba expresamente que estos trabajadores (estibadores terrestres) son afiliados al Seguro Social de Salud, ahora Essalud, aunque no se señalaba en esa ley ni en su reglamento cuales eran los mecanismos para acceder al seguro en igualdad de condiciones con los asalariados, no existiendo hasta el término del presente artículo mecanismo que los integre al sistema.

Tenemos también otras leyes para grupos específicos que han avanzado sobre el tema de la seguridad social, la denominada Ley de Canillita, Ley N°10674, establece obligaciones de seguridad social, aunque no especifica cuales, tenemos también la Ley de Trabajadoras del Hogar, la cual si establece obligaciones de seguridad social para sus empleadores, señalando también mecanismos y oportunidad para el cumplimiento de las mismas, siendo esta si bien una norma aplicable a un grupo asalariado, estos no son *strictu sensu*, debido a las diferencias que hace con los demás trabajadores asalariados.

Son diversas las organizaciones que han luchado por mejores condiciones de trabajo y salud, de los mencionados trabajadores, sin embargo, esto es insuficiente, la carencia a nivel nacional de organizaciones sindicales o de representantes que puedan ejercer vocería y representación real, han determinado que estos sectores permanezcan virtualmente invisibles a la hora de discutir las políticas y planes nacionales en seguridad social, de la que tanto necesitan.

3.2. El acceso a derechos de estos trabajadores; cuatro indicadores básicos.

Como hemos visto en los párrafos anteriores, no es fácil la situación de los trabajadores no asalariados, se encuentran sumidos en una virtual desprotección de parte del Estado, no se incluyen en los planes de desarrollo nacional ni local, lo que podría tomarse como que no hay políticas estatales que los contemplen porque son un sector minoritario de la población nacional, esta tesis propia de los laboristas y demógrafos hasta las últimas décadas, cae por tierra, cuando le damos una revisión somera de la estadística nacional, la cual señala más allá de cualquier cuestionamiento, que la PEA ya no es mayoritariamente asalariada.

De esta manera, por ejemplo señalar que para el caso de todas las revisiones de los Indicadores de Trabajo Decente, a duras penas se ha podido consensuar las cifras para el caso del trabajo asalariado, siendo prácticamente insuficientes estos indicadores para

trabajadores no asalariados o de la economía informal²².

Porcentaje de la PEA no asalariada.

Son diversos los estudios que han dado cuenta de la situación de los trabajadores no asalariados y de la economía informal, así, tenemos, que según el estudio “Producción y Empleo Informal en el Perú: Cuenta Satélite de la Economía Informal 2007 – 2012”, publicado por el INEI, en el 2014, el PBI del año 2007, ascendió a 319,693 millones de Nuevos Soles, de los cuales la economía informal representó el 19% equivalente a S/.60,741 Millones de Nuevos Soles, versus el 81% de la economía formal que registró S/.258,951 Millones de Nuevos Soles. La baja participación del sector informal, revela problemas de cualificación de la mano de obra, baja empleabilidad, y déficits de políticas de formación profesional.

Con relación al empleo informal y su participación en el nivel de empleo disponible, tenemos que en el año 2007, existían aproximadamente 15,330 Millones de empleos disponibles; de los cuales el sector informal absorbía alrededor de 9,351 Millones de empleos, pero su valor agregado contribuía con apenas la quinta parte del PBI (19%); relación que nos grafica la baja productividad del empleo en el sector informal.

Debemos reconocer sin embargo, que si bien porcentualmente, el trabajo independiente y el empleo informal ha ido decreciendo, esto no sucede a la velocidad deseada, así en el 2015, el INEI²³ señala que el 42,5% de la población empleada del país son trabajadores independientes o son trabajadores familiares no remunerados. Esta condición, como venimos sosteniendo en el presente artículo, no garantiza condiciones de estabilidad y seguridad en el trabajo, menos todavía cumple con los estándares en cuanto trabajo decente.

Pese a este panorama que lentamente va mejorando, se observa que las mujeres y jóvenes llevan la peor parte, de esta manera, más mujeres que hombres tienen empleos como trabajadores independientes o trabajan en empresas familiares y no perciben remuneración alguna.

En el año 2013, de cada 100 mujeres ocupadas 50 laboraban en esa condición, los hombres que trabajan en esa categoría de ocupación son 37 de cada 100.

Diferencias entre hombres y mujeres.

El empleo independiente constituye una modalidad de inserción laboral en el Perú donde la participación de mujeres y hombres se encuentra equilibrada, representada por un 49% y 51%, respectivamente, sin embargo, cuando se revisan las cifras en salud, si bien ambas coberturas son bajas para ambos sexos, las mujeres cuentan con una mayor protección en materia de salud (14.2% mujeres y 10.3% hombres) y una menor cobertura frente a la

²² Proyecto OIT/MAP "Perfil de País sobre Trabajo Decente: Perú" Indicadores estadísticos 1 Presentación de avance en la construcción de los ITD William Sánchez A. Lima, 29 marzo 2012

²³ INEI PERÚ: *Evolución de los Indicadores de trabajo decente, 2001-2013*

contingencia “vejez” (1.1% mujeres y 3.4% hombres).

Cabe resaltar sin embargo, que de las documentación revisada no se ha podido discriminar cifras de atención y acceso para mujeres gestantes, atención en el parto y post parto, siendo esta cifra importante y necesaria de conocer dado que viene ligada a otros índices como el de natalidad, nacimientos es decir, aquello que afecta al crecimiento poblacional.

Del mismo modo, tampoco se tiene cifras del acceso a las prestaciones de salud en el caso de mujeres en el campo, indígenas, afrodescendientes, y en pobreza extrema, lo que constituye una serie deficiencia del sistema de salud.

Nivel de atención en salud.

De cifras de la ENAHO 2013, expresada en el documento “PERÚ: Evolución de los Indicadores de trabajo decente, 2001-2013” se señala que al 2013, el 37.8% de la PEA no contaba con ningún tipo de seguro, y el 62.2% contaba con seguro, siendo que de este porcentaje el 40.5% estaba afiliado a Essalud, 50.5% al SIS, y el 9% restante a otros seguros lo que deja a cargo del SIS un poco más del 50% de la afiliación es decir, este porcentaje se cura en el MINSA a través del SIS gratuito o semi contributivo, generándose una seria distorsión que sobrecarga el sistema público de salud.

Aporte a la seguridad social.

Según señala CASALI y PENA:

“La percepción negativa acerca de la seguridad social es extendida y se potencia por experiencias concretas: en la percepción de los trabajadores, las prestaciones son pobres y el destino de los recursos aportados es incierto. También reina la desconfianza hacia los actores encargados de gestionar el sistema de salud: médicos y administrativos. Aspecto no menos importante: la desconfianza es acompañada, y posiblemente reforzada, por un notorio desconocimiento del sistema de seguridad social peruano.”

En este contexto negativo, que es fácilmente verificable, las cifras no son positivas; así, tenemos que al 2010, solo 123,465 trabajadores no asalariados aportan a alguna de las modalidades pensionarias, siendo estos aportantes en su mayoría profesionales independientes, técnicos y o personas con un nivel de formación y empleo medio a superior.

La gran mayoría de trabajadores no asalariados no están cubiertos por la seguridad social ni aportan a ella, el casi 40% de la PEA que no están afiliados a ningún tipo de seguro de salud, se vienen a sumar a esta cantidad minoritaria de aportantes a algún sistema de pensiones, para darse una idea de la magnitud, al 2014 solo el 24% de la PEA estuvo afiliada a algún sistema pensionario, (4'035,525 personas) y de este porcentaje, solo aportaban alrededor de 150,000 trabajadores no asalariados al sistema, lo que no llega ni al 2.7% de los aportantes.

3.3 Deficiencias normativas que excluyen a trabajadores no asalariados del sistema de seguridad social en salud.

La seguridad social sirve para atender las necesidades de subsistencia apremiantes de la población y ampararla frente a los imprevistos; por consiguiente, es un aspecto importante de la función del Estado, este no puede de ninguna manera, sustraerse a su obligación de proveer estas prestaciones, o transferirla a particulares, como es la tendencia en las últimas décadas.

El Convenio número 102 de la OIT sobre la seguridad social (norma mínima), establece nueve clases de prestaciones:

Atención de salud y prestaciones en caso de enfermedad, desempleo, vejez, accidente laboral, por familiares a cargo, por maternidad, por invalidez y para sobrevivientes del trabajador fallecido.

Nuestra normatividad todavía está muy lejos de cumplir estas prestaciones, más todavía para el caso de los trabajadores no asalariados.

De esta manera, tenemos que la oferta en seguridad social es muy variada, pero eso necesariamente no la hace más accesible a los ciudadanos, en salud participan Essalud, el Seguro Integral de Salud (SIS), las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), las Fuerzas Armadas y Policiales.

En el sistema de pensiones participan la ONP, y las AFPs, A todo ello, se ha sumado programas recientemente creados tales como el Sistema de Pensiones Sociales y los regímenes diferenciados y semisubsidiados para las micro y pequeñas empresas MYPES.

Esta dispersión trae como consecuencia, que virtualmente no exista en este sistema, que tiene subsistemas una instancia con poder de decisión y capacidad institucional para lograr una gestión de políticas públicas de seguridad social armónica, articulada y coherente. El sistema de seguridad social peruano no está integrado operativamente, ni se tiene instancias comunes de rectoría, regulación y supervisión.

En este contexto negativo, se hace sumamente difícil para los trabajadores no asalariados y de la economía informal aportar para su seguridad social, por poner un ejemplo, al momento de la redacción del presente artículo se encontraba suspendida la afiliación a Essalud, inicialmente, por 08 meses contados a partir del 05 de octubre del 2015, siendo incierto el futuro de la afiliación independiente, al menos hasta que se reestructure esta modalidad de afiliación, razón que alega la institución para la suspensión de la misma.

En pensiones tampoco la situación es mejor. Así los asegurados no asalariados ingresan al sistema nacional de pensiones mediante la modalidad de asegurados facultativos, estos según la ley son:

- Las personas que realicen una actividad económica independiente.
- Los asegurados obligatorios que cesen de prestar servicios, que opten por la continuación facultativa y que cuenten por lo menos con 18 años de aportación o que presenten su solicitud dentro del término de los 6 meses contados a partir del día siguiente al último goce del subsidio, si el asegurado o asegurada hubiera estado percibiendo subsidio por enfermedad o maternidad.
- Los asegurados obligatorios de las ex Cajas de Pensiones de los Seguros Sociales y del Seguro Social del Perú que cesaron antes del 31 de julio de 1974, que al momento del cese hubieran tenido por lo menos 18 meses de aportación y hubieran solicitado su inscripción dentro de los 6 meses anteriores contados a partir del 31 de julio de 1974.
- Las amas de casa y/o madres de familia a quienes se les reconoce la calidad de trabajadores independientes.

Para el Sistema Privado de Pensiones, no se establece mayor requisito que percibir una remuneración superior a una Remuneración Mínima Vital (RMV) (a la fecha S/750.00 nuevos soles) pudiendo dejar de aportarla en épocas de bajo ingreso o desempleo, pudiendo retomarla cuando la situación mejore.

Es muy baja todavía la tasa de afiliación independiente a las AFP's como para que se pueda establecer que esta modalidad de jubilación generará un impacto positivo en la mayoría de trabajadores de la economía informal y autoempleados.

El principal problema para ambos sistemas de pensiones básicamente, es la sostenibilidad del ingreso, de esta manera, se conjugan diversos factores que determinan las bajas tasas de afiliación y aporte a ambos sistemas, de una parte, en el sistema público las pensiones congeladas desde hace más de una década, y la poca confianza en la administración estatal, determinan que no sea una opción atractiva para los nuevos aportantes más informados que las generaciones anteriores.

Para el caso del Sistema de las AFP's, si bien se han flexibilizado los recursos, tampoco es muy significativa la tasa de afiliación y cotización a la misma, siendo como señaláramos, mayoritariamente compuesta por profesionales independientes, técnicos calificados y trabajadores independientes que emiten recibos por honorarios, dejando de lado a los trabajadores no asalariados, no calificados, trabajadores familiares, de bajos ingresos los cuales por diversos factores como desconocimiento del sistema, falta de cultura de previsión o desconfianza en estas modalidades de jubilación no desean aportar a las mismas.

Cabe resaltar que uno de los principales problemas legales en cuanto al aporte de los trabajadores no asalariados al sistema de seguridad social, es su no reconocimiento legal como trabajador, recordemos pues, que la entrada al sistema de seguridad social en su modalidad contributiva es por medio de los aportes de los trabajadores asalariados mediante descuentos que son declarados en la planilla electrónica, y en menor medida los trabajadores independientes o no asalariados, los cuales se confunden y se difumina su participación en el mercado laboral con definiciones diferentes a la de trabajador como la de microempresario, emprendedor, situaciones que son utilizadas muchas veces para evadir las obligaciones laborales y de seguridad social de los empleadores y del estado.

Otro problema a señalar es el del fraccionamiento normativo, como apuntáramos el sistema de seguridad social se encuentra fraccionado, lo cual en principio no es malo, pero constituye un problema cuando las instituciones que conforman el sistema no se articulan a fin de coberturar la seguridad social en salud en todos los casos.

Como se puede observar de las cifras estadísticas oficiales y de las citas presentadas el trabajador no asalariado o de la economía informal constituye un segmento mayoritario de la PEA, pero esto no se refleja en las actuales normas e instituciones que regulan y administran la seguridad social, dejando entonces sin acceso a la seguridad social de forma contributiva, o semi contributiva, que son las modalidades que podrían garantizarle una mejor calidad de atención y una sostenibilidad en el tiempo, sin tener que depender de programas sociales y políticas estatales, que lamentablemente varían de un gobierno a otro.

El tercer elemento a comentar es el desconocimiento de los derechos en seguridad social de este grupo de trabajadores y la desconfianza en la incorporación al sistema, donde la obligación de aportar mensualmente al mismo y la realización de trámites burocráticos muchas veces excesivamente engorrosos y largos se perciben como negativos y elementos disuasorios para la filiación y contribución al sistema.

Un punto a resaltar en las deficiencias normativas, es que al parecer el sistema de seguridad social en salud no se encuentra preparado para asimilar de golpe a este gran grupo de personas, se requieren mayores recursos más instalaciones hospitalarias para cubrir la demanda real, si este grupo de trabajadores se asimilara de golpe al sistema. La normativa actual tampoco promueve la descentralización de los recursos y la delegación de facultades, desde los gobiernos locales, llámese gobiernos regionales y municipales no existen normas ni políticas que los contemplen ni menos iniciativas para mejorar la calidad y extensión de los servicios de salud, contando muchas veces con los recursos para ello.

Todo esto pues, constituyen algunos de los elementos que dificultan el acceso a la seguridad social en salud de este grupo de trabajadores, existen más elementos por conocer, más opiniones que escuchar, faltan estudios interdisciplinarios que desentrañen la explicación por que estas grandes inequidades, el poco interés de estos trabajadores en hacer presencia en las instancias de gobierno donde se legislan la seguridad social y sus condiciones de trabajo, así como mejores leyes que les reconozcan derechos y promuevan accesos a servicios básicos, promoción de su actividad y organizatividad.

IV. El estándar internacional en la materia y otras experiencias en la región.

Para el caso Peruano, el estándar internacional en la materia lo establece el Convenio 102 de la OIT, instrumento cuya entrada en vigor data de 1955, en el mencionado convenio cuya principal característica es que constituye una norma mínima, se determina que su cumplimiento expresa obligaciones básicas e indispensables en seguridad social así como establece obligaciones en todas las ramas de la seguridad social.

Sin embargo, este no es el único instrumento internacional que establece obligaciones en cuanto seguridad social, tenemos también los instrumentos del Sistema de Naciones, en los cuales se establece que la seguridad social tiene carácter de derecho humano fundamental. De esta manera aparece establecido en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, cuyo Art. 22 establece que "*Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad*".

El Art. XVI de la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948)* precisa que: "*Toda persona tiene derecho a la seguridad social que lo proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia*".²⁴

La Convención Americana sobre Derechos Humanos de 1959, ratificada por el Perú el 28 de julio de 1978, ratifica en su Art. 26 la obligación de los Estados de "*lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales*"²⁵ y el Protocolo, en su Art. 9, reconoce el derecho de toda persona a la seguridad social.

El *Pacto Internacional de Derechos Económicos, sociales y culturales (PIDESC)*, pacto ratificado por el Perú el 28 de abril de 1978, prescribe que "*los Estados partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social*". Asimismo, el Pacto establece las obligaciones que contraen los Estados para "*adoptar medidas (...) hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos*".

Finalmente, retornando al tema OIT, tenemos La Resolución sobre Seguridad Social de la 89ª Conferencia Internacional de la OIT (2001), la cual ratificó que "*la seguridad social es (...) un derecho humano fundamental y un instrumento esencial para crear cohesión social, y de ese modo contribuye a garantizar la paz social y la integración social (...)*"²⁶.

Este conjunto de normas e instrumentos legales configuran un sólido cuerpo normativo que declara y obliga a los estados al cumplimiento del derecho a la seguridad social, este entendido como derecho humano fundamental, lo cual lo sitúa en el primer orden de prelación de obligaciones de los estados para con sus ciudadanos.

²⁴ Zovatto, Daniel: "Los Derechos humanos en el Sistema Interamericano (...)". Costa Rica, 1987

²⁵ Idem.

²⁶ OIT: Seguridad Social: Un nuevo consenso, Ginebra, 2001

La OIT cuando analiza el sistema de seguridad social en salud del Perú²⁷, señala cinco ejemplos de sistemas de seguridad social de la región en salud que podrían servir para un análisis comparativo, señala en el mencionado documento que en Latinoamérica, la corriente de modernización de los sistemas de seguridad social ha ido en auge especialmente en las últimas décadas, donde se emprendieron diferentes reformas, con el objeto de lograr avances en materia de cobertura, financiamiento y solidaridad.

- Brasil: sistema único no fragmentado con financiamiento de rentas generales.
- Costa Rica: sistema de cobertura no fragmentada con financiamiento dual (contributivo y rentas generales).
- Chile: cobertura universal diferenciada por ingresos con piso garantizado.
- Colombia: sistema con financiamiento dual en camino a cobertura universal e igualitaria.

El sistema de Brasil:

Brasil ha hecho diversos avances en cuanto seguridad social en salud, principalmente en el campo de atención en salud no contributiva, esto a través del aporte del Estado al sistema.

De esta manera, en merito a la nueva Constitución de Brasil de 1988, el derecho de los trabajadores a la seguridad social se transformó en un derecho universal e integral a la salud. Siendo que desde ese momento, se creó un sistema de salud público único financiado mediante rentas generales. El nuevo sistema (Sistema Único de Saúde - SUS) integró los distintos esquemas de seguros sociales.

A ese respecto, el SUS articula los sectores públicos y la seguridad social.

Con excepción de los regímenes de las fuerzas armadas y de policía. Los empleados públicos reciben una asignación estatal con la cual toman seguros privados, pero no pierden su derecho a atenderse en el SUS. Lo que universalizó la cobertura de la salud pública, favoreciendo, sobre la base del financiamiento, la integración de la salud con mayor equidad. Así, actualmente, el sistema brasileño se compone solo de dos subsectores: el público y el privado (CEPAL, 2006; Mesa Lago, 2005).

Es decir, este sistema prueba que existe y es viable una real articulación entre el sector público y el privado, siendo finalmente, el ciudadano el que elige por cual sistema desea ser atendido, cabe resaltar sin embargo, que una proporción importante de la población con seguro privado utiliza los servicios del SUS, especialmente en casos complejos y costosos (CEPAL, 2006).

En Brasil, el Estado ofrece, mediante el SUS, una cobertura universal y gratuita a toda la población. Los servicios están a cargo de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal, y una parte importante de las unidades del SUS subcontrata servicios que

²⁷ OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos, **El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva**. Oscar Cetrángolo, Fabio Bertranou, Luis Casanova y Pablo Casalí. Lima OIT/2013.

pertenecen al subsector privado. A la vez, el subsector privado, donde la afiliación es de carácter voluntaria, desempeña una función complementaria y permanece regulado y controlado por el gobierno federal. La mayor parte de la población, pero especialmente los estratos más pobres, utiliza los servicios del SUS: un 40% de la población los emplea de manera exclusiva y un 44%, de manera complementaria. Por otra parte, son los individuos de los estratos de ingresos medios y altos los que se encuentran afiliados al subsector privado (CEPAL, 2006). El financiamiento del SUS es compartido por los tres niveles de gobierno. Las cotizaciones sobre los salarios son una fuente importante de recursos así como también lo son el aporte sobre la facturación bruta de las empresas, el impuesto social a la ganancia neta de las empresas comerciales, industriales y bancarias, y el impuesto sobre las transacciones financieras (Mesa Lago, 2005).

Es importante también señalar que la Constitución de 1988 estableció que al menos el 30% del presupuesto de la seguridad social fuese asignado a la salud, pero el mandato nunca se implementó, más tarde se introdujeron nuevos tributos para el financiamiento de la salud (Mesa Lago, 2005).

El sistema brasileiro tiene características propias que hacen un sistema muy diferente al peruano, el sistema brasileiro además si bien con problemas y falencias, que han dado merito a diversos ajustes, termina siendo viable en el tiempo.

Tenemos que al menos en estos aspectos se diferencia del sistema nacional :

- Cubre a todos los ciudadanos, aporten o no.
- Tiene un porcentaje mayor de asignación de recursos en el presupuesto nacional.
- Articula operativa y presupuestariamente a los tres niveles de gobierno

El sistema de Costa Rica.

Costa Rica ha establecido la estructura de su sistema de salud en tres categorías que corresponden a distintos niveles de actuación y de participación, siendo el ente rector nacional el Ministerio de Salud. Estas categorías son:

“• Sector Salud conformado por el conjunto de instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proveer servicios de salud a la población;

• Sistema Nacional de Salud constituido por el conjunto de entes públicos y privados, que tienen entre sus actividades primordiales, la provisión de bienes y servicios, destinados explícitamente a la protección y mejoramiento del estado de salud de la población, independientemente de que tengan o no un fin lucrativo, incluye los organismos que, siendo de carácter internacional, realizan actividades en el país relacionadas con la provisión de ese tipo de servicios y;

• Sistema de Producción Social de la Salud conformado por el conjunto de entidades que impactan sobre los determinantes de la salud. En la década de los noventa, con el objetivo

de que el Ministerio de Salud se centrara en las funciones de rectoría y lograr el acceso universal, toda la provisión de los servicios de salud se transfiere a una sola institución: la Caja Costarricense de Seguro Social, cuya financiación proviene de una triple contribución: a base cuotas de los asegurados, de los patronos y del Estado.

El Instituto Nacional de Seguros –que administra los seguros de riesgos profesionales y accidentes de tránsito- se financia con las contribuciones de patronos y trabajadores/as y de pólizas individuales en el caso de los vehículos, presta directamente servicios de atención, así como compra servicios tanto a la CCSS como al sector privado. El seguro de salud registra una cobertura contributiva de un 87,6% de la población total para el año 2007. En los últimos tres años ha aumentado el aseguramiento de la PEA no asalariada: de 39,1% a 57,4% en el seguro de salud, y de 21,7% a 37,7% en el seguro de pensiones. Otro avance en este aspecto es la disminución de la población no asegurada en los últimos cuatro años, lo cual significa que los esfuerzos de la CCSS por aumentar la contribución de los trabajadores han dado buenos resultados.

El sector salud ha percibido un aumento en el presupuesto de las instituciones que lo componen, en los últimos seis años este incremento ha sido constante para la mayoría de las instituciones; la inversión en el sector salud a nivel del presupuesto público para el año 2007 con respecto al 2002, creció alrededor de 500 millones de USD. Entre el 2003 y el 2007 el gasto público total per cápita aumento en más de 100 USD, sin embargo al compararlo en relación al PIB se observa que el gasto público disminuyó en el mismo período de 6.1% a 5.9%. En relación al gasto privado en salud este se ha mantenido constante en un rango menor al 2% del PIB, sin embargo, respecto al gasto total en salud oscila entre el 20% y el 25% en los últimos años, representando alrededor de 282,2 millones de dólares para el 2007.” (Perfil por país OMS/OPS 2009)

Vale decir pues, que posee un sistema contributivo, semi contributivo, y uno totalmente gratuito para aquellas personas de menores recursos, lo que es característico de un sistema de salud social.

El sistema Chileno

El sistema de Salud Chileno está compuesto por el Sistema de Salud Público y el Sistema de Salud Privado.

La atención de salud de los chilenos está a cargo de un sistema público y privado. El Fondo Nacional de Salud-FONASA es el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud. El sector privado está representado por las ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional) o aseguradoras de salud²⁸.

La Subsecretaría de Previsión Social Chilena señala en su página institucional:

²⁸ Colegio Médico de Chile. <http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros/Sistemasaludchileno.pdf>

“En el Sistema Público existe un Seguro Social de Salud administrado por el Fondo Nacional de Salud-FONASA. El seguro opera sobre la base de un esquema de reparto (se financia con el pago único del 7% de la renta imponible de sus asegurados y con recursos provenientes de impuestos generales de la nación). Los beneficios que este esquema entrega son los mismos para todos los afiliados, independientemente del monto de la prima cancelada y del tamaño del grupo familiar cubierto.

El sistema de salud privado está conformado por las ISAPRE y por productores de salud particulares. Las ISAPRE operan como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales pactados con los asegurados, en el que los beneficios otorgados dependen directamente del monto de la prima cancelada. Los proveedores privados de salud son los hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los cotizantes del sistema público.

Los trabajadores activos y pasivos tienen la obligación de cotizar el 7% de su renta imponible al sistema de salud, con un tope de UF 4,921 mensual. Este pago puede ser realizado a FONASA o a una ISAPRE. El trabajador puede cancelar un monto adicional al 7% con el fin de obtener más beneficios.

Los indigentes y no cotizantes forman parte de FONASA. Los cotizantes adscritos a FONASA pueden elegir entre dos modalidades de atención: la modalidad institucional (atención cerrada) y la de libre elección (atención abierta). En la primera, los cotizantes reciben las prestaciones en hospitales o centros de atención primaria. En la segunda, los cotizantes reciben sus atenciones de prestadores privados adscritos a esta modalidad.

La modalidad institucional requiere un copago que varía de acuerdo al nivel de ingreso de la persona, quedando exentas de este copago las personas cuyo ingreso es inferior a un nivel mínimo establecido. La modalidad de libre elección requiere un copago que depende del nivel en el cual se ha inscrito el prestador de salud. Los beneficiarios indigentes y no cotizantes del sistema público están excluidos de esta modalidad.”²⁹

Cabe señalar que junto con Cuba y Costa Rica, Chile presenta los mejores niveles de salud de América Latina. Por poner un ejemplo, La tasa de mortalidad infantil muestra un descenso espectacular entre 1970 y 2005: de 82 muertes en menores de 1 año por 1000 nacidos vivos pasó a 7.9, con pocas diferencias entre las 15 regiones del país³⁰

Es además al parecer uno de los más eficientes de la región, según señala cifras oficiales, al 2011, el sistema de salud público cubría al 80% de la población.

El FONASA, a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y su red de 29 Servicios de Salud Regionales, y el Sistema Municipal de Atención Primaria, cubren a alrededor de 70% de la población nacional. Un 3% adicional está cubierto por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas y el 7% restante son trabajadores independientes y sus

²⁹ http://www.previsionsocial.gob.cl/subprev/?page_id=7229

³⁰ Organización Panamericana de la Salud. Situación de la salud en las Américas. Indicadores básicos 2007. Washington, D.C

familias que no cotizan al FONASA y que, en caso de necesidad, utilizan los servicios del sector público. El sector privado está constituido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que cubren aproximadamente a 17.5% de la población y proveen servicios a través de instalaciones tanto privadas como públicas. Un reducido sector de la población paga por la atención a la salud directamente de su bolsillo”³¹.

Nuevamente, haciendo una comparación con el sistema Peruano, se hace evidente que la diferencia más saltante es que el sistema Chileno se articula a los tres niveles de gobierno, es decir descentraliza y desconcentra la atención en clínicas municipales, las cuales son inexistentes en el contexto nacional.

Otra diferencia saltante es financiamiento, el cual articula aportes públicos, privados y mixtos a un sistema que pretende universalizar la seguridad social.

El sistema Colombiano.

En Colombia, la protección social se da a través del Sistema de Seguridad Social Integral, conformado básicamente por tres sistemas:

Los Sistemas de Pensiones.

De Riesgos Profesionales

De Seguridad Social en Salud.

Estos tres sistemas proveen de servicios y de asistencia social a la población.

El Sistema de Seguridad Social en Salud creado mediante la Ley 100 de 1993 y modificado mediante la Ley 1122 de 2007, ha separado las funciones de aseguramiento y administración de los recursos financieros de la de prestación misma de servicios; este a su vez cuenta con dos regímenes, el contributivo de obligatoria afiliación para quienes son empleados o tienen capacidad de pago y el subsidiado, para la población pobre que es priorizada a través de una encuesta de focalización para garantizarles servicios con recursos principalmente provenientes del Estado. Con la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional se ha ordenado la igualdad en los planes de beneficios para los dos regímenes, lo cual se ha convertido en una prioridad en desarrollo actualmente, que tiene su primera aproximación a través del Acuerdo 03 de 2009, de la Comisión de Regulación en Salud (CRES).(OPS/OMS perfil por país 2009)

La población afiliada al régimen contributivo se estimó para 2008 en 17.234.265 y para el régimen subsidiado en 22.485.211; hay además regímenes exceptuados (fuerzas militares y magisterio) que cubren en aseguramiento a 1.910.351 personas. Las principales fuentes de financiación del Sistema se originan en el Sistema General de Participaciones (SGP), en los aportes de los trabajadores y empleadores al régimen contributivo, administrados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), y en la explotación de los juegos de suerte y

³¹ Becerril-Montekio V, Reyes JD, Manuel A. Sistema de salud de Chile. Salud Publica Mex 2011

azar a cargo de la Empresa Territorial para la Salud (ETESA), además de la coparticipación que hacen otros recursos de menor cuantía.

Cabe señalar que las instituciones públicas no son las únicas que prestan servicios de salud, de esta manera, con el objeto de garantizar los beneficios establecidos por el Sistema, el gobierno Colombiano habilitó 59.841 prestadores de salud, así como la acreditación de 14 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y 2.050 IPS y 62 Entidades Promotoras de Salud (EPS) en implementación del Sistema de Información para la Calidad.

Sobre este sistema, si bien se encuentra diversificado, entre oferta pública y estatal, el mismo, debe cubrir a una cantidad inferior de trabajadores no asalariados³² sin embargo se encuentra mejor organizado, segmenta la población asegurada hasta en cinco grupos los que permiten establecer quien puede aportar y quien no puede al sistema, articula los aportes públicos y privados, así como las propias contribuciones de los asegurados. Es importante también señalar que este sistema está adscrito tanto al Ministerio de Salud, como de Protección Social, lo que cambia totalmente la perspectiva en relación al sistema nacional que articula Ministerio de Salud y Trabajo, ambos con menguados recursos, dejando de lado aportes privados, articulación con otros niveles de gobierno y diversificación de la oferta, al menos, en el caso de los trabajadores no asalariados.

Es necesario indicar, que si bien el sistema Colombiano tiene todas estas bondades, también adolece de falencias; Los usuarios de los servicios de salud, se quejan de desfinanciamiento, malos tratos y manejos no claros en cuanto los recursos asignados para cada componente del sistema, sin embargo, es un sistema que ofrece mayores posibilidades para los ciudadanos, los cuales incluso han logrado modificar el mismo, en base a sentencias del Tribunal Constitucional Colombiano, experiencia inédita en tierras peruanas.

V. ¿Funciona el actual sistema de seguridad social en salud?

Decir que no funciona el sistema de seguridad social, al menos en salud, es una exageración, de todos los documentos revisados fluye que tenemos un sistema de seguridad social disparateo, con grandes diferencias, donde se pueden atender gratuitamente los ciudadanos de menores recursos por cuenta del sistema público, se puede atender bajo la modalidad contributiva el asalariado por cuenta de Essalud, las EPS, y las clínicas privadas, las cuales cada vez más ofrecen opciones de seguros particulares, que nada tienen que ver con la seguridad social. Sin embargo, estos trabajadores asalariados conforman únicamente el 40% de la PEA aproximadamente, lo que deja sin una adecuada cobertura al 60% restante de trabajadores, Así, se perennizan las desigualdades en cuanto acceso al sistema de seguridad social en salud.

Algunos datos nos pueden orientar respecto de ESSALUD:

³² Alrededor del 25% de la PEA, colombiana, contra el 60% de la PEA Peruana.

1. Essalud cubre al año 2015, el 33.4% de la población total del país. Manteniendo la trayectoria de crecimiento reciente, pasara a ser 44% en el año 2021.
2. La evasión del pago de aportes es un problema de decisiva importancia en el sistema de salud ya que la prima que se paga en un año debe soportar la carga de prestaciones de salud y económicas.
3. Existe por parte de SUNAT³³ demora en el pago de transferencia y en la transmisión electrónica de datos, información incompleta en la base de datos y falta de supervisión directa a los padrones que declaran pero no pagan las cotizaciones. Lo que queda pendiente de recaudar de un año, es mayor al 10% de los ingresos fraccionados por año.
4. Existen seguros como por ejemplo el trabajador del hogar y el pescador artesanal, que por ser grupo demasiado pequeño no tiene estadísticas propias para elaborar tasas de utilización de servicios.
5. De acuerdo a las encuestas de hogares, Essalud sólo cubre el 15.3% del total de todos los trabajadores del hogar. Igual sucede en el grupo de los pescadores artesanales y los agrarios.
6. Finalmente, el asegurado potestativo (donde están comprendidos los no asalariados e independientes) solo representa el 0.4%³⁴ de la población asegurada, lo cual explica el escaso impacto que tiene la afiliación independiente en las decisiones y políticas institucionales.

VI. A modo de conclusión; ¿Cuál es el futuro de la protección en salud para estos trabajadores?

Son diversas las opiniones en boga respecto del seguro de la seguridad social, es todavía incierto su destino, lo que sí es seguro, es que el actual sistema no se sostendrá en el tiempo, los cambios económicos, poblacionales, de la conformación de la PEA y del mercado de trabajo van delineando un panorama diferente al del Perú de la década de los sesentas, y de los noventas, épocas de la creación y modificación del actual sistema de seguridad social, el actual sistema no se ha sabido adaptar a las variaciones en la PEA y el mercado de trabajo, dejando de lado y sin cobertura a la nueva masa laboral, estos son los trabajadores no asalariados.

Tal como los fenómenos de la informalidad y la globalización han perfilado la economía del país, ha sucedido lo propio con la seguridad social; La base del mercado laboral ya no está conformada por trabajadores asalariados, esto hace que exista una distorsión en la seguridad social en salud y pensiones. Legal e institucionalmente en Estado Peruano no está preparado para incorporar al 60% de la PEA, la cual no son asalariados, al sistema de seguridad social, paliando mientras tanto sus necesidades de salud con programas sociales e iniciativas que parten del Ministerio de salud, dirigidas a ciudadanos de menores recursos que no aportan a su seguridad social, en primer lugar porque no tienen recursos con que hacerlo, y en segundo, porque el Estado deber garantizar una cobertura mínima en salud para todos los peruanos sin distinción alguna.

³³ Se paga 1.4% de lo recaudado a la SUNAT por concepto de recaudación, pero no se ha hecho pública el desagregado de ese costo, como su estructura y modalidad.

³⁴ <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>

Caso muy diferente de los trabajadores no asalariados, independientes, de empresas informales o aquellos que trabajan en empresas formales, pero que no tienen vínculos formales con sus empleadores, los cuales en muchos casos se encuentran en capacidad de aportar a su seguridad social, los que por falta de opciones para hacerlo, desconocimiento de las normas que los amparan, o para decirlo más claramente, por carencia de una política nacional de promoción de este sector y su acceso a la seguridad social, no lo hacen.

La estadística nacional, tanto la obtenida de la última ENAHO, como de datos de la Superintendencia Nacional de Salud-SUNASA³⁵, han establecido que este sector en auge económico requiere servicios de salud, los que por falta de oferta estatal vienen a ser cubiertos por instituciones privadas, clínicas y seguros particulares, los que en su mayoría ofrecen seguros, pero estos son de capa simple, es decir, cubren dolencias comunes que no generan mayor gasto, dejando de lado aquellas complejas y costosas tales como tratamientos contra el cáncer, trasplantes y trastornos mentales, teniendo muchas veces que volver el asegurado a tratarse a través del sistema público, que, con sus carencias y defectos si los cubre.

La realidad del sector, la normatividad vigente y las estadísticas no permiten prever una mejora en esta situación. Se requieren políticas estatales que de forma transversal y articulada integren al sistema de seguridad social, básicamente en su modalidad contributiva a los trabajadores no asalariados, estas políticas deberán establecer un diagnóstico multisectorial que involucre no solo al Ministerio de Trabajo, debe también integrarse el Ministerio de Salud, Ministerio de Economía y Finanzas, y de la Producción a fin de encarar el fenómeno de la economía informal y las consecuencias que este acarrea en el mercado laboral.

La falta de un sistema de seguridad social articulado con todos los niveles de gobierno hace más difícil el acceso a la seguridad social en salud, en sentido, la experiencia nacional ha probado que las reformas no han dado los resultados esperados, dichas reformas no contemplan al trabajador no asalariado, cuya única oferta estatal es Essalud, con los problemas y limitaciones que ya comentamos.

Asimismo, se necesitan normas sectoriales en los sectores Trabajo, Economía y Producción que permitan el acceso al sistema de la seguridad social en igualdad de condiciones con los asalariados a trabajadores no asalariados, organizaciones de trabajadores, sindicatos y asociaciones, a fin de que puedan aportar a la seguridad social.

Finalmente, son diversas las medidas que el Estado debe acometer para mejorar los accesos a salud para los no asalariados, estas medidas pasan por tres grandes grupos:

A nivel normativo:

Se debe modificar:

³⁵ http://portales.susalud.gob.pe/documents/11450/36475/Afiliados_nacional_enero.pdf/ca369d77-42cd-460b-86c5-b5eaa8bc1137

Reabrir y modificar la modalidad de aseguramiento Essalud Independiente, de manera tal que el procedimiento de afiliación sea más sencillo y se equipare en costos y prestaciones al aseguramiento regular.

Respecto de este tipo de aseguramiento, la normatividad de SUNAT y Essalud no contemplan la declaración y el pago de estos trabajadores por sus organizaciones gremiales y asociativas, algo que haría un gran cambio, al menos en los sectores con menores recursos e instrucción, donde la realización de trámites y el pago de impuestos y tasas estatales no es algo común ni sencillo de realizar.

A nivel organizativo:

Si bien, el sistema de seguridad social está orientado a las personas, a los individuos, a fin de cubrir las contingencias en su vida diaria, en el contexto de la economía informal y el trabajo no asalariado, este individualmente no alcanza estos niveles de protección. De esta manera, fomentar su asociatividad a través de organizaciones sociales, sindicatos y asociaciones puede proveer una base para identificarlos, organizarlos y nuclearlos para efectos de la recaudación de su aporte.

Estas organizaciones deben tener la capacidad legal de representarlos legalmente, establecer bases de datos y coadyuvar a su ingreso y su aporte al sistema de seguridad social, potestades legales de las cuales carece en la normatividad vigente.

A nivel de oferta de servicios:

Las cifras actuales indican que hay una necesidad de servicios de salud para trabajadores no asalariados que no está cubierta.

Esta demanda finalmente, es satisfecha de forma desigual y con prestaciones de mala calidad por el sector privado, clínicas, seguros privados y compañías de seguros captan esta demanda sin ofrecer productos y servicios diseñados específicamente para ofrecer una verdadera prestación de seguridad social en salud, deber y potestad que el Estado Peruano en cumplimiento de su obligación de proveer seguridad social deberá asumir bien diversificando su oferta de servicios a través de todos sus niveles de gobierno, tal como se ha visto de experiencias similares en Latinoamérica, o bien reorientando la labor de Essalud, el cual actualmente, solo brinda servicios de salud para trabajadores asalariados y en muchísima menor medida a no asalariados, los cuales participan de este servicio en un porcentaje muy minoritario.

BIBLIOGRAFIA.

- **Becerril-Montekio V, Reyes JD, Manuel A.** Sistema de salud de Chile. Salud Publica Mex 2011.
- **Casalí, P. y H. Pena,** Los trabajadores independientes y la seguridad social en el Perú, Oficina Internacional del Trabajo, Lima. (2012)
- **Casalí, P. (coord.),** Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud), Oficina Internacional del Trabajo, Lima. (2012)
- **Casali, Pablo,** Los trabajadores independientes y la seguridad social. Buenos Aires, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2007
- **CEPAL,** La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad, CEPAL, Santiago de Chile. (2006)
- **ISCO,** Manual de Seguridad Social para Trabajadores. (documento interno de trabajo para organizaciones sindicales)
- **Instituto Nacional de Estadística e Informática-**“Producción y Empleo Informal en el Perú: Cuenta Satélite de la Economía Informal 2007 – 2012”, publicado en mayo de 2014.
- **Ledesma, Carlos,** “Estudio regional sobre trabajo autónomo y economía informal. Delimitación conceptual y análisis normativo”. Lima: OIT / Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2013
- **OIT.** Proyecto “Programa para la extensión de la protección social en los países de la subregión andina, Bolivia, Ecuador y Perú”. Los trabajadores independientes y la seguridad social en el Perú. Lima: OIT, 2012. 150 p.
- **OIT-** Panorama Laboral 2014
- **Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. – MTPE.** Caracterización y problemática de los trabajadores de la economía informal en el Perú Comisión Especial de Economía Informal- Consejo Nacional de Trabajo y Promoción del Empleo (Informe Preliminar) Septiembre 2008
- **Portes Alejandro y Haller William** “La Economía Informal” de, (División de Desarrollo Social, CEPAL 2004).

- **Organización Internacional del Trabajo -OIT** / Oficina de la OIT para los Países Andinos; CASALI, Pablo (Coord.) Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud). Lima: OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2012.
- **OIT CEACR:** Observación individual sobre el Convenio núm. 102, Seguridad social (norma mínima), 1952 Perú (ratificación: 1961) Publicación: 2002.
- **OIT** -Recomendación adoptada en la 103ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT, sobre el tránsito de los trabajadores y las unidades económicas de la economía informal a la economía formal.
- **OIT CEACR:** Observación individual sobre el Convenio núm. 102, Seguridad social (norma mínima), 1952 Perú (ratificación: 1961) Publicación: 2002.
- **Mesa Lago, C.** (2005), Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social, Documento de Proyectos N° 63, CEPAL, Santiago de Chile.
- **Velazco Tatiana**, “Empleo Informal y Políticas de Protección Social en el Perú. Retos y oportunidades para el nuevo gobierno”, Lima: Consorcio de Investigación económica y Social (CIES) – WIEGO, 2011.

