

INFORME DE CONSULTORÍA

Producto Nº 9

INFORME DE DIAGNÓSTICO DE CULTURA EN SEGURIDAD SOCIAL

ÁLVARO VIDAL BERMÚDEZ

Colaborador externo

(Contrato de CE 40159402-1)

Lima, 29 de abril de 2016

I. Introducción

El presente diagnóstico sobre cultura de seguridad social en el Perú es una de las actividades auspiciadas por el “Programa para la Extensión de la Protección Social en los países andinos”, el cual tiene entre sus objetivos la promoción de un piso de protección social en Perú, Bolivia, Ecuador y Colombia.

De acuerdo con la estrategia bidimensional de extensión de la cobertura de seguridad social de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el referido programa plantea distintas líneas de acción relacionadas con: (i) promover entre los mandantes de la OIT la revisión y adopción de políticas públicas tendientes a extender la cobertura de los sistemas de seguridad social obligatorios y contributivos; (ii) promover entre los mandantes de la OIT los pisos de protección social que posibiliten un acceso efectivo a la seguridad social a través de la coordinación de políticas contributivas y no-contributivas; (iii) fortalecer la capacidad institucional de los mandantes de la OIT para debatir y consensuar políticas públicas en torno al diseño, gestión, cobertura y sostenibilidad financiera de los sistemas; (iv) promover el seguimiento de la Recomendación N° 202 referida a los pisos de protección social y los planes de acción para su efectiva implementación.

Las actividades del programa referidas a cultura en seguridad social, han sido consensuadas con la Mesa Técnica sobre Cultura en Seguridad Social, conformada por representantes del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Seguro Social de Salud (EsSalud), Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, Defensoría del Pueblo, Ministerio de Educación, entre otras entidades. Una primera actividad consensuada, fue la necesidad de realizar un diagnóstico sobre cultura en seguridad social en el Perú, al respecto, tanto su metodología (cualitativa) como su alcance fueron presentados y acordados en la mencionada mesa técnica.

En este sentido, el presente diagnóstico forma parte de la propuesta de Plan de Trabajo Operativo que busca implementar la propuesta de “Estrategia Integral de Promoción de la Cultura en Seguridad Social”, también previamente discutida en la Mesa Técnica sobre cultura en seguridad social.

Este diagnóstico de carácter cualitativo, comprende la determinación del marco teórico, el contexto de la seguridad social en el Perú, la metodología aplicada, la descripción del trabajo de campo realizado, así como los hallazgos más relevantes. Además corresponde señalar que, en lo que respecta al trabajo de campo, diseño metodológico y hallazgos se ha contado con el trabajo de los investigadores sociales Sayuri Andrade, Rafael Rodríguez y Gabriela Rengifo a quienes se agradece por su valioso aporte.

II. Marco teórico

Concepción integral de cultura

Desarrollar un diagnóstico de cultura en seguridad social requiere de un marco teórico adecuado y una metodología acorde con los fines esperados. En este sentido, es necesario definir adecuadamente que se entiende por cultura para efectos de este diagnóstico y a partir de ello diseñar las herramientas metodológicas pertinentes teniendo en cuenta los recursos disponibles y plazos requeridos.

Los alcances del término cultura aplicados a la presente investigación buscan ir más allá del entendimiento coloquial o de “sentido común” que suele equiparar “cultura” a “conocimiento” o “responsabilidad individual”. Para ello, es fundamental tener en cuenta además de los desarrollos teóricos más recientes, las definiciones y alcances derivados de las políticas públicas existentes en el país; y como estas se relacionan o contradicen con el entendimiento cotidiano o de “sentido común”.

Terry Eagleton¹ a partir de lo planteado por Raymond Williams señala que por cultura se puede entender “el conjunto de valores, costumbres, creencias y prácticas que constituyen la forma de vida de un grupo específico”. Se define como un sistema de significación que abarca además del conocimiento, las creencias, las artes, la moralidad, las leyes, las costumbres y cualesquiera otras capacidades o hábitos que el hombre haya adquirido como miembro de la sociedad”.

La Conferencia Mundial sobre Políticas Culturales realizada en 1982 en México como parte de las actividades de la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) definió a la cultura como:

“el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o un grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales del ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias y que la cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella discernimos los valores y efectuamos opciones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden”²

Por ello, se entiende que la cultura es parte constitutiva de la “subjetividad social”, surge y se refuerza a partir de ella. No es producto exclusivamente del proceso educativo formal, aun cuando este es fundamental. Tampoco sigue procesos secuenciales, sino que surge de la propia práctica social. De ahí que la infancia

¹ Eagleton, Terry (2006). La idea de cultura. Paidós. Barcelona.

² Definición obtenida del sitio web oficial de la UNESCO en México
<http://www.unesco.org/new/es/mexico/work-areas/culture/>

signifique un periodo fundamental en la construcción de la subjetividad social y de elaboración colectiva de valores compartidos.

Los Lineamientos de Política Cultural (2013-2016) del Ministerio de Cultura señalan que la cultura puede ser entendida de diversas maneras aunque estas se concentran en dos grandes definiciones. Por un lado, hace referencia “al modo de vida de una comunidad, sustentado en las creencias, cosmovisiones, costumbres, símbolos y prácticas que se han sedimentado y estructuran la vida de esa comunidad”³. Por otro lado, se refiere a un conjunto de objetos y prácticas, a obras de arte o expresiones artísticas que han adquirido valor simbólico y material.

Las definiciones de Williams, la UNESCO y los Lineamientos de Política Cultural coinciden en concebir a la cultura como “subjetividad social” que se construye de manera dinámica y a partir de procesos formales e informales. Procesos que no siguen una línea secuencial de conocimiento teórico y luego aplicación práctica, sino que se sustentan en un sistema de significación que se construye y aprende en la práctica.

Esta concepción de cultura, implica que el desarrollo de una estrategia de promoción de cultura en seguridad social, debe combinar procesos educativos formales con mecanismos informales de representación cultural, los que deberán comprender además de la incorporación de contenidos en la educación regular, la difusión en medios de comunicación masivos y el uso de recursos tecnológicos y audiovisuales.

En este sentido, los Lineamientos de Política Cultural señalan que una política cultural debe aspirar a enriquecer la vida material y simbólica de una comunidad, y a la vez contribuir al ejercicio de una ciudadanía plena. Por ello, la cultura tiene el gran valor de poder servir para cohesionar a una comunidad sobre la base de valores y creencias compartidas.

De lo anterior se deriva que una estrategia de promoción de cultura en seguridad social, debe de tener en cuenta no solamente el conocimiento formal del sistema, sino además la construcción de una subjetividad social basada en valores comunes, los cuales deben de ser acordes con los principios que sustentan la seguridad social, a saber valores como la igualdad, la solidaridad, la previsión, entre otros. Para ello será fundamental la coherencia y complementación entre políticas educativas, políticas culturales y políticas de seguridad social, las cuales deben de tener en cuenta las particularidades de cada grupo social.

En este sentido, es fundamental contar con un diagnóstico inicial de la cultura en seguridad social de la población peruana, entendiendo la cultura en los términos antes expresados. Para efectos metodológicos y de los objetivos de la presente investigación, el alcance del término cultura en seguridad social comprenderá tanto

³ Lineamientos publicados como versión preliminar en sitio web oficial del Ministerio de Cultura <http://www.cultura.gob.pe/sites/default/files/pagbasica/tablaarchivos/11/lineamientomc.pdf>

percepciones y formas de representación, hábitos y costumbres, así como conocimiento del sistema de seguridad social.

La seguridad social en la Constitución Peruana y los convenios internacionales

La Constitución peruana reconoce un modelo de Estado democrático y social de Derecho (artículo 43°) siendo consustancial a este modelo constitucional el reconocimiento de un conjunto de derechos económicos, sociales y culturales. Estos derechos “de igualdad” requieren de la actuación estatal para su concreción y buscan generar las condiciones necesarias para promover un mayor desarrollo humano.

La Constitución señala en su primer artículo que “La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y el Estado” y a continuación consagra que toda persona tiene derecho “a la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar”. Asimismo, se reconoce el principio de igualdad y no discriminación, señalando expresamente que “nadie puede ser discriminado por motivo de origen o de cualquier otra índole” (artículo 2°, numeral 2).

Asimismo, se dispone 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” (artículo 10). Establece que el Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas, y supervisa su eficaz funcionamiento (artículo 11). El texto constitucional ante una primera lectura pareciera bastante amplio permitiendo distintos modelos de protección social, sin embargo, teniendo en cuenta los fundamentos de la seguridad social, aun cuando se permite la coexistencia de gestores privados, públicos y mixtos, el Estado tiene un rol de garante.

La OIT, en un documento publicado el año 1991 denominado "Administración de la Seguridad Social", ha conceptualizado a la Seguridad Social como “La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”⁴.

El Tribunal Constitucional peruano ha definido a la seguridad social como la garantía institucional que expresa por excelencia la función social del Estado. Esta se concreta en un complejo normativo estructurado al amparo de la doctrina de la contingencia y la calidad de vida. Por ello, requiere de la presencia de un supuesto fáctico al que acompaña una presunción de estado de necesidad (cese en el empleo, viudez,

⁴ Administración de la Seguridad Social. Departamento de Seguridad Social de la Oficina internacional del Trabajo (OIT). Centro internacional de formación de la OIT. Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS). Ginebra 1991.

orfandad, invalidez, entre otras) que condiciona el otorgamiento de una prestación pecuniaria o asistencial, “regida por los principios de progresividad, universalidad y solidaridad, y fundada en la exigencia no sólo del mantenimiento, sino en la elevación de la calidad de vida” (Sentencia recaída en el Expediente N° 1417-2005-AA/TC)

La Constitución política dispone la incorporación directa de los instrumentos internacionales en el ordenamiento jurídico peruano (artículo 55), mientras que su artículo 3° señala que la enumeración de los derechos establecidos en el capítulo de derechos fundamentales “no excluye los demás que la Constitución garantiza, ni otros de naturaleza análoga o que se fundan en la dignidad del hombre.” Por ello, como ha sido destacado por la doctrina jurídica nacional el artículo 3° de la Constitución peruana constituye una cláusula de reconocimiento de derechos implícitos que conduce a otorgarles rango constitucionales.

El Estado peruano ha ratificado una serie de tratados internacionales que reconocen el derecho a la seguridad social, entre ellos el Convenio 102 de la OIT (norma mínima de seguridad social). La cláusula constitucional de derechos implícitos debería conducir a considerar estos tratados y en particular el Convenio 102 (en las partes y términos ratificados) como parte del bloque de constitucionalidad.

La ratificación del Convenio 102 OIT conlleva obligaciones para los Estados respecto de cobertura mínima del sistema de seguridad social, calidad y cuantía de las prestaciones, financiamiento solidario y eficiencia en la administración. Por ello, los informes de la CEACR constituyen importantes parámetros de seguimiento.

El Convenio 102 se compone de 87 artículos organizados en 15 partes. En las partes II a X se regulan las disposiciones sobre normas mínimas respecto de nueve contingencias sociales: asistencia médica, enfermedad, desempleo, vejez, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, familiares a cargo, maternidad, invalidez y sobrevivientes.

Además de las disposiciones por cada rama de la seguridad social, contiene reglas comunes en las que se prevén opciones de ratificación y puesta en práctica del convenio (parte I), normas cuantitativas para los pagos periódicos (parte XI), normas sobre igualdad de trato a los residentes no nacionales (parte XII) y normas relativas a la suspensión de las prestaciones, al derecho de apelación, y a la financiación y administración de las prestaciones (parte XIII). La parte XIV contiene disposiciones diversas sobre determinados efectos del convenio, y la parte XV las disposiciones finales relativas a las ratificaciones y a la entrada en vigor.

El Departamento de Seguridad Social de la Oficina Internacional del Trabajo⁶ considera como característica principal del Convenio 102 que para cada contingencia

⁵ Villavicencio Ríos, Alfredo. “Los tratados sobre derechos humanos y sus interpretaciones como parte de bloque de constitucionalidad”. En Temas centrales del Derechos del Trabajo en el Siglo XXI. Ara Editores. Pág. 78

⁶ Departamento de Seguridad Social de la Oficina Internacional del Trabajo. Documento de Política de Seguridad Social N° 2. “Establecimiento de normas de seguridad social en una sociedad global. Análisis

se han fijado objetivos mínimos. En particular porcentajes mínimos de población protegida y niveles mínimos de prestaciones y condiciones para acceder a ellas. Estos objetivos mínimos deberán lograrse mediante la aplicación de los siguientes principios:

- Responsabilidad general del Estado (artículo 71, párrafo 3).
- Financiación colectiva de la seguridad social (artículo 71, párrafos 1 y 2).
- Garantía de las prestaciones definidas por el Estado (artículo 71, párrafo 3).
- Ajuste de las pensiones generadas (artículo 65, párrafo 10, y artículo 66, párrafo 8).
- Derecho de apelación en caso de denegatoria del derecho, calidad o cantidad (artículo 70).

En la 101ª Conferencia General del año 2012 se adoptó la Recomendación 202 sobre Pisos de Protección Social, la cual resulta relevante debido a que proporciona orientaciones para (estrategia bidimensional):

- establecer y mantener, según proceda, pisos de protección social como un elemento fundamental de sus sistemas nacionales de seguridad social, y;
- poner en práctica pisos de protección social en el marco de estrategias de extensión de la seguridad social que aseguren progresivamente niveles más elevados de seguridad social para el mayor número de personas posible, según las orientaciones de las normas de la OIT relativas a la seguridad social.

Estos pisos de protección social deben comprender por lo menos las siguientes garantías básicas de seguridad social:

- a) acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional, que constituyen la atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad, que cumpla los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad;
- b) seguridad básica del ingreso para los niños, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, que asegure el acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios;
- c) seguridad básica del ingreso, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez, y;
- d) seguridad básica del ingreso para las personas de edad, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional.

Es decir, el derecho a la seguridad social debe ser concebido de manera integral y en toda su complejidad. En tanto derecho subjetivo que implica la garantía de un conjunto de prestaciones sociales (derechos y obligaciones), y como derecho objetivo que implica un sistema institucionalizado de responsabilidad estatal sustentado en un conjunto de principios y valores (sistema basado en principios).

Una estrategia de promoción de cultura en seguridad social debe significar un conjunto de políticas educativas y culturales destinadas a fomentar el desarrollo de los valores que sustentan y promueven el sistema de seguridad social, el conocimiento e importancia de estos valores en la construcción efectiva del derecho a la seguridad social, así como el conocimiento de las características particulares del propio sistema. Esta política cultural debe ser consistente con avances concretos en la institucionalidad de la seguridad social, así como el acceso cotidiano y efectivo a prestaciones de la seguridad social de calidad.

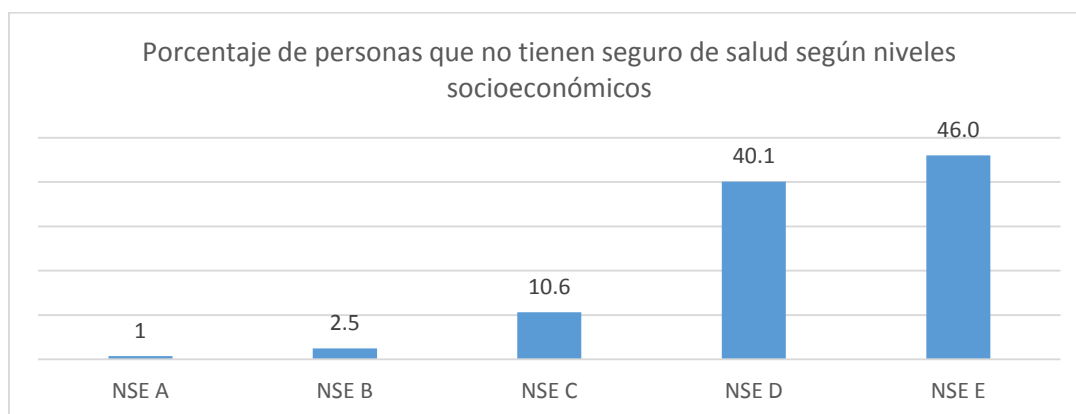
III. El contexto peruano de la seguridad social

Como se ha mencionado la seguridad social es un derecho reconocido en la Constitución política peruana y una serie de instrumentos internacionales, y comprende prestaciones de salud, maternidad, vejez, riesgos de trabajo, muerte (sobrevivencia), entre otros. A continuación presentamos una breve descripción de la situación de la seguridad social en el Perú en lo que corresponde a cobertura, así como diseño institucional, en el entendimiento de que la cultura en seguridad social está condicionada y condiciona aspectos estructurales e institucionales.

La proporción de personas en el Perú que no cuentan con ningún tipo de seguro de salud es aún considerable. Un 69% de la población peruana cuenta con algún tipo de seguro de salud, sea este privado, de alguna entidad del Estado como las Fuerzas Armadas o Policiales o un seguro del Estado (Seguro Integral de Salud o EsSalud), mientras que 31% aún se encuentran en una situación de desprotección social).

Esta desprotección es un hecho que repercute, sobre todo, en los estratos socioeconómicos con mayores carencias. Como muestra el gráfico 1, solo 3.5% del total de personas que no cuentan con ningún tipo de seguro de salud pertenecen a los niveles socioeconómicos A y B, 10.6% de esta misma población pertenece al nivel socioeconómico C y 86.1%, el grueso de la población que no cuenta con seguros de salud, pertenecen a los niveles socioeconómicos D y E. En ese sentido, existe una relación directa entre la posibilidad de acceder a estos servicios de seguridad social y el estrato socioeconómico al que pertenece un individuo.

Gráfico 1: Porcentaje de personas que no cuentan con seguro de salud según niveles socioeconómicos

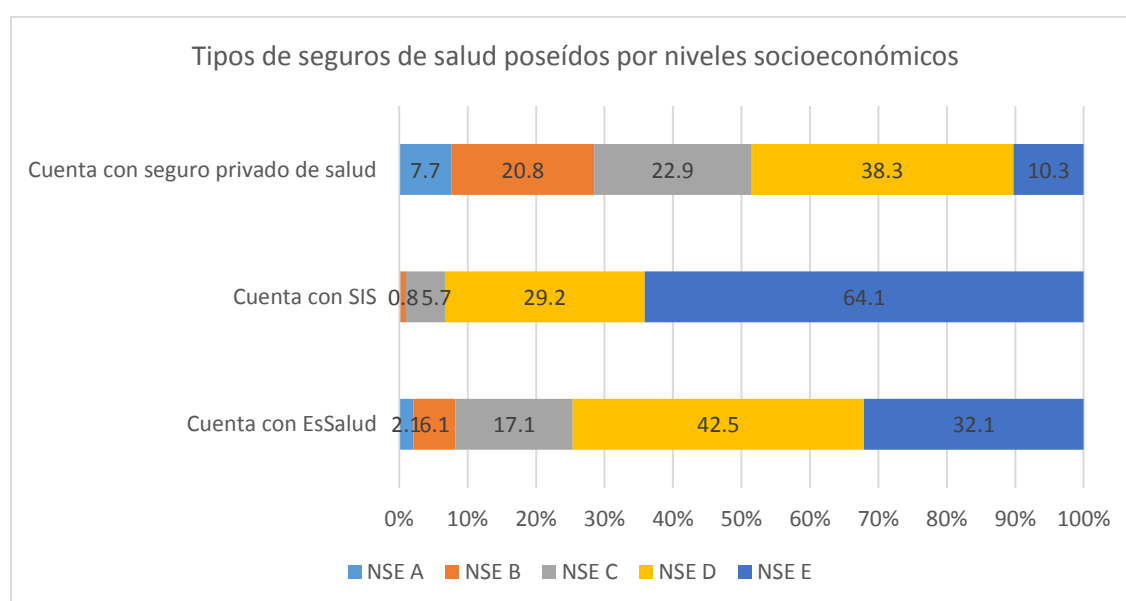


Fuente: ENAHO 2014.
Elaboración propia.

Existe una escasa proporción de personas en el Perú que cuentan con un seguro privado de salud, mientras que 39% cuenta con el Seguro Integral de Salud (SIS) y 26% con EsSalud. Así lo muestra el gráfico 2, en el que también se observa que hay más personas del segmento socioeconómico A y B que poseen seguros privados de salud; un 28% del total de personas que cuentan con estos servicios son de estos niveles socioeconómicos, mientras que en el segmento socioeconómico E, solo un 10% cuenta con algún tipo de seguro privado.

En general, son las personas de los niveles socioeconómicos más bajos los que cuentan con los servicios brindados por el Estado. Casi ninguna persona de los niveles A y B posee el SIS (alrededor de 1% únicamente), mientras que casi un 94% del total de personas que poseen el SIS son de los niveles socioeconómicos D y E. En cuanto a la tenencia del seguro social de salud (EsSalud), es más probable también encontrar personas que lo tienen en los segmentos socioeconómicos D y E (alrededor de 74% del total) y otra proporción considerable de los estratos A y B (alrededor de 18%).

Gráfico 2: Tipo de aseguramiento en salud por niveles socioeconómicos



Fuente: ENAHO 2014.
Elaboración propia.

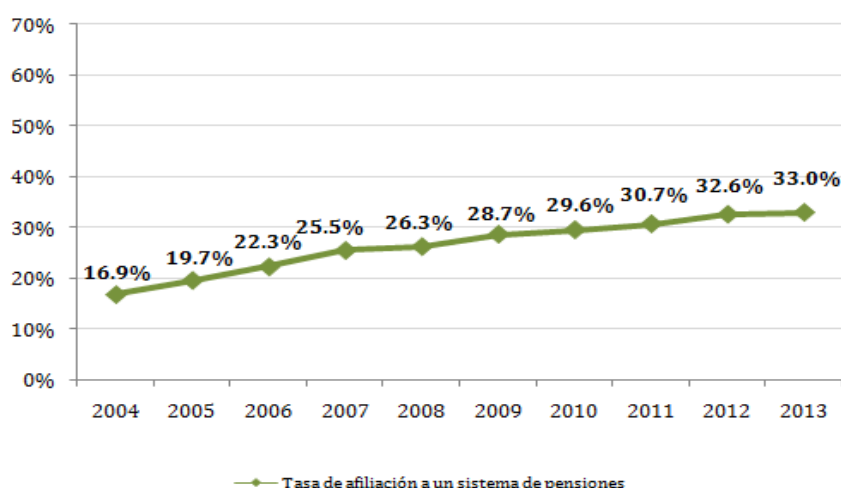
Como se ha mencionado anteriormente, una población de algo menos de 10 millones de personas en el Perú no cuentan con ningún tipo de aseguramiento en salud. El no tener un documento de identidad, asimismo, impide que muchos de ellos accedan a un seguro de salud brindado por el Estado y menos aún a los servicios privados. Si bien, un 1% del total de los peruanos no cuenta con un DNI, del total de las personas que no cuentan con algún tipo de seguro de salud, 4% no cuentan con DNI, por lo que es posible decir que varios no llegan a afiliarse a algún sistema de seguridad social en salud debido a que no cuentan con un documento de identidad.

Si la cobertura en salud en el Perú resulta deficitaria, es menor aún en pensiones. Así tenemos que considerando los distintos sistemas de pensiones existentes en el país, la tasa de afiliación no supera un tercio de la PEA, y respecto de la cotización efectiva es menor a la mitad de los afiliados (Ver Gráfico 3: Evolución de protección social en pensiones).

Las pensiones promedio pagadas tanto en el Sistema Nacional de Pensiones (SNP) como el Sistema Privado de Pensiones (SPP) son menores al 50% de la remuneración de referencia, y existen estudios que proyectan la tasa de reemplazo en los próximos años en el sistema de capitalización individual (SPP) en alrededor del 23% de la remuneración de referencia⁷. Estas tasas de reemplazo no cumplen con el mínimo establecido en el estándar internacional (convenio 102 OIT) y además en el SPP no existe una garantía de pensión hasta el fallecimiento (modalidad de retiro programado).

Gráfico 3

Perú: Evolución de la protección social en pensiones de la PEA ocupada 2004 - 2013



Fuente: ENAHO, INEI / DISEL, MTPE.
Elaboración: Fernando Cuadros Luque.

Si analizamos los niveles de desprotección social por tipo de empresa, los asalariados de la microempresa son los que ostentan un mayor nivel de desprotección. En la microempresa el 71.4% de trabajadores no cuenta con cobertura en pensiones, mientras que de la gran y pequeña empresa ostentan tasas del 7,3% y 21%, respectivamente. Cabe anotar que debido a que según nuestra normativa los trabajadores autónomos no cuentan con cobertura obligatoria en pensiones, el índice de aseguramiento en pensiones en este segmento es incluso menor al de la microempresa.

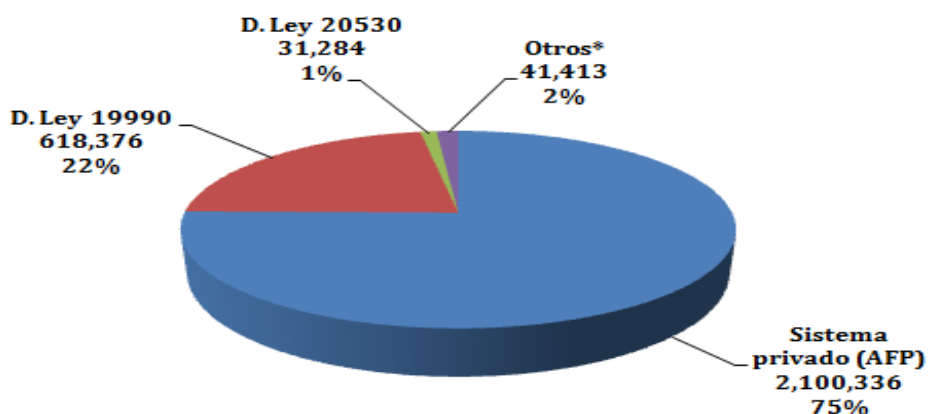
⁷ Durán, Fabio y Pena, Hernán. Determinantes de las tasas de reemplazo de pensiones de capitalización individual: escenarios latinoamericanos comparados. CEPAL. GIZ. Santiago de Chile. 2011.

De otro lado, un aspecto a destacar es que en los sistemas contributivos de pensiones peruanos el financiamiento no incluye un aporte de los empleadores. Es decir, tanto en el SNP como en el SPP el aporte es una retención a cargo del trabajador, la cual asciende al 13% de las remuneraciones en el caso del SNP y algo menor en el SPP. Este aspecto ha sido observado por la Comisión de Expertos en aplicación de convenios y recomendaciones de la OIT debido a que resulta demasiado oneroso para los trabajadores y afecta el principio de financiamiento colectivo de las prestaciones de la seguridad social (específicamente en el caso del sistema de capitalización individual).

Respecto de la distribución de los afiliados entre los distintos sistemas de pensiones, tenemos que alrededor del 75% están afiliados al SPP, mientras que el 22% al SNP y el resto a otros sistemas. Debemos destacar que en los últimos años ha habido un incremento de la afiliación al SNP entre los nuevos trabajadores.

Gráfico 4

Perú: Distribución de los asalariados privados afiliados a un sistema de pensiones según tipo 2013



* Caja de Pensiones FFAA - PNP, entre otros.
Fuente: ENAHO, INEI / DISEL, MTPE.
Elaboración: Fernando Cuadros Luque.

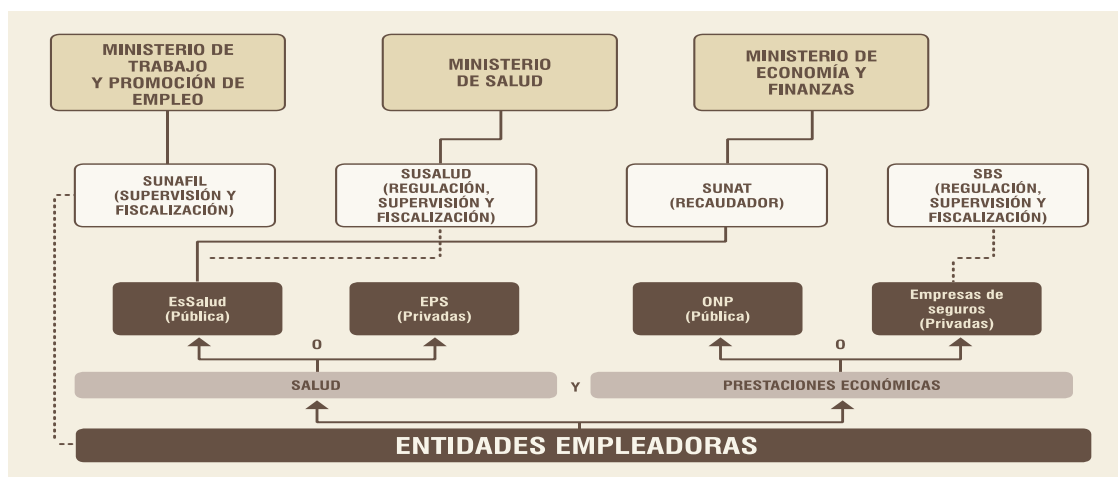
En lo que respecta a riesgos de trabajo, en el Perú no existe un régimen de riesgos de trabajo aplicable a todos los trabajadores, sino que este actúa como un sistema complementario en tanto la actividad desarrollada sea calificada por la legislación como de alto riesgo.

Así tenemos que el Seguro complementario por trabajo de riesgo (SCTR) se aplica a determinadas actividades como minería, construcción civil, industria, pesca, entre otros, pero excluye de su aplicación a actividades de alta siniestralidad como transporte terrestre. En el caso de las actividades no cubiertas por el SCTR corresponderá aplicar los sistemas generales de pensiones y salud.

El SCTR otorga prestaciones de salud y pensiones en caso de enfermedades profesionales o accidentes de trabajo y el costo de la cobertura es a cargo del

empleador, el monto del aporte dependerá del tipo de actividad y es tarifada legalmente. El empleador podrá elegir contratar la cobertura de salud con EsSalud o una EPS, y la cobertura en pensiones con la ONP o una compañía de seguros. El diagrama 1 muestra la institucionalidad del SCTR.

Diagrama 1: Institucionalidad del SCTR



Fuente: OIT (2016). SCTR. Lima

Debido al diseño restringido de este seguro solamente a algunas actividades la cobertura del SCTR es limitada llegando solamente a alrededor de un millón y medio de personas afiliadas de un total de la PEA de alrededor de 16 millones, tal como lo muestra el cuadro 1.

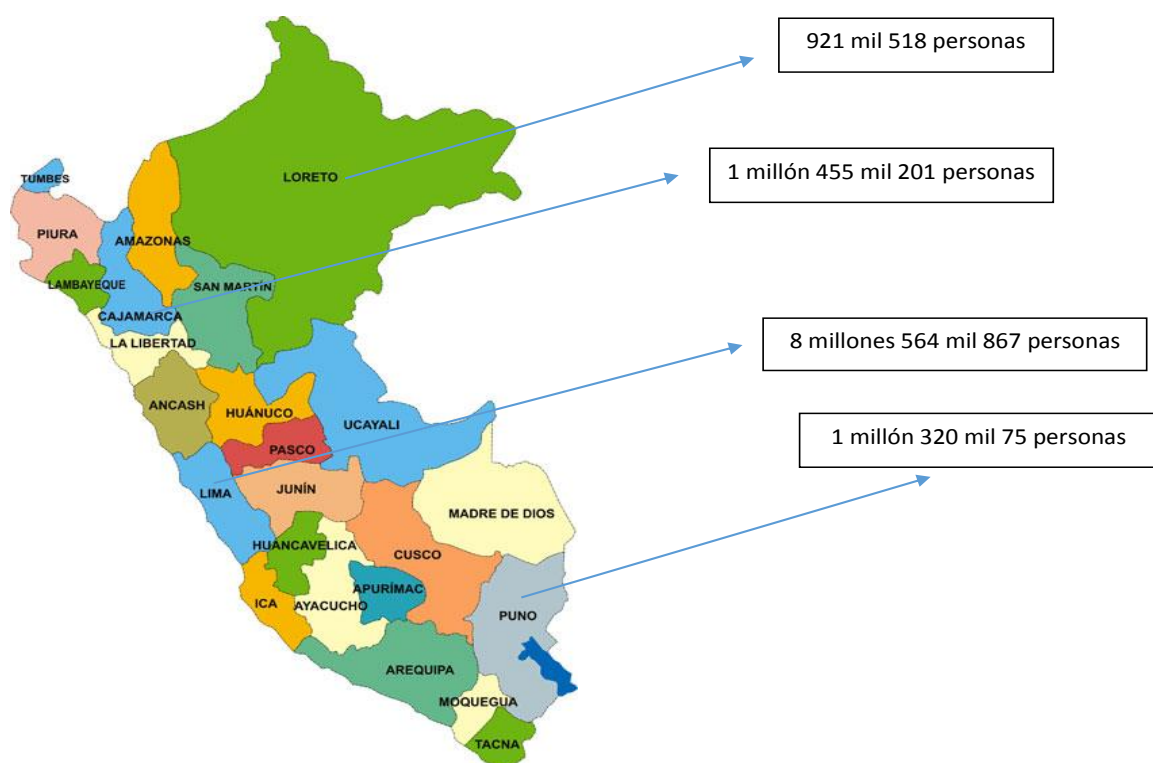
Cuadro 1: Evolución de afiliación al SCTR 2005 - 2014

Periodo	Total Afiliaciones SCTR	SCTR EsSalud	SCTR EPS	PEA ocupada	PEA ocupada sin SCTR
2005	446,123	293,160	152,963	13,120,442	12,674,319
2006	628,242	321,285	306,957	13,682,993	13,054,751
2007	760,144	345,366	414,778	14,197,152	13,437,008
2008	891,708	377,979	513,729	14,459,187	13,567,479
2009	954,752	393,239	561,513	14,757,684	13,802,932
2010	1,123,271	428,475	694,796	15,089,871	13,966,600
2011	1,178,079	400,345	777,734	15,307,326	14,129,247
2012	1,036,869	358,980	677,889	15,541,484	14,504,615
2013	1,487,131	375,644	1,111,487	15,683,616	14,196,485
2014	1,482,569	355,701	1,126,868	15,796,885	14,670,017

Fuente: OIT (2016). SCTR. Lima

IV. Metodología y breve descripción del trabajo de campo

La realización del trabajo de campo consta de dos etapas. La primera comprende el mapeo y definición de lugares y la selección de los casos específicos. Se seleccionaron cuatro regiones siguiendo el criterio de los departamentos más poblados de las cuatro macro-regiones: Sierra norte (Cajamarca), Costa central (Lima), Sierra Sur (Puno) y Nor-oriental (Loreto). Las fuentes que utilizamos para la selección de estas regiones son el Censo Nacional de Población y Vivienda 2007, para poder definir las regiones en las que trabajaríamos y el Mapa de Pobreza 2012 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).



Los criterios empleados para seleccionar las provincias y los distritos de cada una de las regiones fueron los siguientes:

1. Distancia de la capital de Región: el estudio se limitó, por una cuestión de recursos y tiempo, a la selección de la capital de región y a distritos aledaños a no más de 2 horas de distancia.

Cajamarca: Cajamarca y Celendín (comunidad de Sucre y distrito de Celendín).

Loreto: Iquitos y distritos aledaños (Nauta y Manacamiri).

Puno: Puno e Isla de los Uros.

Para el caso de Lima, el trabajo de campo se limita a Lima Metropolitana.

2. Porcentaje de hogares que tienen al menos un familiar con seguro de salud por provincia: aquella provincia que se acercara al hipotético caso de que existan 50% de hogares con al menos un familiar asegurado y otro 50% de hogares que no cuente con ningún familiar asegurado sería la seleccionada.

La segunda parte comprende la aplicación del trabajo de campo en los lugares seleccionados. Para ello aplicamos tres técnicas de investigación cualitativa: las entrevistas a profundidad, los grupos focales y las conversaciones informales. El trabajo de campo en cada región duró seis días, en los que dos investigadores aplicamos dichas técnicas. A su vez, el trabajo estuvo dividido de la siguiente manera:

Día	Actividad
Días 1 y 2	Reclutamiento (a través de aplicación de ficha filtro)
Día 3	Dinámica en colegio secundario
Días 4, 5 y 6	Aplicación de entrevistas y grupos focales*

*Debido a la premura del tiempo, en los casos en que no se pudieron completar los grupos focales, se realizaron entrevistas a profundidad a los informantes que cumplieran con los criterios establecidos en la ficha filtro.

El perfil de los entrevistados es el siguiente:

Focus 1
4 Hombres
NSE: C / D
Edad: 25 - 65 años
Todos no asegurados (ni salud ni pensión)

Focus 3
4 Mujeres
NSE: C / D
Edad: 25 - 65 años
Todos no asegurados (ni salud ni pensión)

Focus 2
4 Hombres
NSE: C / D
Edad: 65 a más años
Todos no asegurados (ni salud ni pensión)

Focus 4
4 Mujeres
NSE: C / D
Edad: 65 a más años
Todos no asegurados (ni salud ni pensión)

1 Observación
Colegio público, mixto, 5to de secundaria

2 Entrevistas a hombres
2 Hombres
NSE: C / D
Asegurados (en salud y pensión)
Edad: 1 de 25 a 65 y 1 adulto mayor
Trabajo: indistinto

2 Entrevistas a mujeres
2 Mujeres
NSE: C / D
Asegurados (en salud y pensión)
Edad: 1 de 25 a 65 y 1 adulto mayor
Trabajo: indistinto

V. Características socioeconómicas de las localidades estudiadas:

Resulta fundamental definir las características socioeconómicas de las localidades estudiadas con la finalidad de tener un contexto y un panorama general para enmarcar los hallazgos del trabajo de campo. Es necesario contar con este marco global para que los resultados obtenidos a partir de las entrevistas, los focus groups y las conversaciones tengan mayor validez. Los datos utilizados provienen del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2007, elaborado por el INEI.

Tabla 1: Características de las localidades estudiadas

	Cajamarca	Sucre	Celendín	Iquitos	Nauta	Puno
Población	188 363	5 860	24 623	159 023	28 681	125 663
Población adulta mayor	4.7%	8.2%	8.2%	5.6%	4.4%	4.8%
Incidencia de pobreza	32.9%	72.5%	54.8%	28%	61.2%	26.4%
Población urbana	79.7%	19.1%	67.9%	97.9%	56.6%	95.7%
Población rural	20.3%	80.9%	32.1%	2.1%	43.4%	4.3%
Población con seguro de salud	37.3%	47.8%	36.1%	50.8%	54.3%	38.3%
Población con SIS	7.6%	43.5%	22%	18.2%	42.1%	7.6%
Población con EsSalud	21.5%	3.3%	12.6%	24.3%	11%	26.1%
Población sin DNI (mayores a 18 años)	2.4%	4.9%	4.6%	3.7%	8.6%	1.9%

Como se puede observar en la tabla 1, Cajamarca es el distrito de mayor población, seguido de Iquitos y Puno, siendo localidades predominantemente urbanas. Mientras que el resto de distritos, Nauta, Celendín y Sucre, son los que poseen mayor proporción de habitantes en espacios rurales y que presentan mayor incidencia de pobreza; siendo Sucre el distrito que presenta la mayor incidencia de pobreza y la mayor proporción de personas que viven en un entorno rural.

Por otro lado, no ha sido posible identificar alguna relación entre el porcentaje de adultos mayores en cada uno de estos distritos y alguna otra variable (como ruralidad o incidencia de pobreza). En líneas generales, son los distritos de Celendín y Sucre los que presentan mayor porcentaje de adultos mayores. Asimismo, y tal como se detallará en los hallazgos, existe una relación entre la afiliación al SIS y la incidencia de pobreza. Los distritos que presentan mayor incidencia de pobreza, y por ende, mayor proporción de personas que habitan en zonas rurales, son quienes tienen mayor porcentaje de personas que se encuentran afiliadas al SIS (Sucre, Celendín y Nauta). Los distritos en los que la incidencia de pobreza es menor, y donde hay mayor proporción de habitantes en zonas urbanas, tienen mayor porcentaje de personas afiliadas a EsSalud.

Además, resulta relevante la ausencia de una relación entre el porcentaje de personas que tienen seguro de salud y otras variables, como pobreza o ruralidad. Hipotéticamente, se podría decir que mientras la incidencia de pobreza es mayor y el distrito sea predominantemente rural, habría mayores probabilidades de encontrar a una menor proporción de personas con seguros de salud; sin embargo, esto no ocurre. Probablemente debida a la ampliación de cobertura que ha logrado tener el SIS a nivel nacional. Así, pues, Celendín, por ejemplo, es el distrito que tiene menor porcentaje de personas aseguradas, pero no es la que presenta mayor incidencia de pobreza ni ruralidad. Por otro lado, Cajamarca presenta una baja incidencia de pobreza y, sin embargo, es un distrito con bajo nivel de aseguramiento en salud. Por ello, se podría decir que el trabajo de cobertura que ha hecho el Ministerio de Salud, con el SIS, ha sido positivo y ha tenido un impacto en el aseguramiento de muchas personas.

Finalmente, se encontró que el distrito de Nauta es el que presenta mayor nivel de indocumentación. Casi un 9% de dicha población no cuenta con documento nacional de identidad (DNI); no obstante, el porcentaje de personas afiliadas al SIS es bastante elevado. Podría ser posible que, en realidad, más gente realmente requiera del SIS, pero no acceden a este seguro debido a que no cuentan con DNI.

Las cifras e indicadores de Lima son distintos a los expuestos en las demás localidades, ya que el trabajo no se ha realizado en distritos concretos de la ciudad, debido a que ha sido difícil realizar una selección de casos adecuada por la gran cantidad de distritos existentes. Por ello, en lugar de presentar datos distritales, hemos presentado los referidos a los de Lima Metropolitana, como provincia. Lima, pues, es una ciudad extremadamente populosa, con más de 7 millones de habitantes para los datos del Censo. En Lima la población con el SIS es muy baja, precisamente porque la población rural es casi nula y la incidencia de pobreza es baja comparada a otras localidades. En ese sentido, la mayoría de los limeños cuenta con el Seguro Social de Salud. Asimismo, es una población con una gran proporción de adultos mayores y son muy pocos los indocumentados.

Tabla 2: Características de Lima Metropolitana:

	Lima
Población	7 605 742
Población adulta mayor	6.8%
Incidencia de pobreza	18%
Población urbana	99.9%
Población rural	0.1%
Población con seguro de salud	41.9%
Población con SIS	6.4%
Población con EsSalud	24.5%
Población sin DNI (mayores de 18)	1.8%

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2007.
Elaboración propia.

Estas cifras e indicadores, nos permiten tener una visión integral de los hallazgos que a continuación detallaremos. Hemos utilizado el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2007 por tratarse del más reciente realizado con esas características, sin embargo debemos de tener en cuenta el incremento del aseguramiento en salud producido en los últimos años, en particular por el incremento de cobertura del SIS, Essalud y programas como Pensión 65. Las percepciones, opiniones y prácticas ligadas a la seguridad social, la previsión y el ahorro –que no son conceptos similares, pero que en algunos contextos suelen equipararse- se enmarcan dentro del contexto ya relatado y expuesto en la tabla 1. Estas cifras podrán darle mayor sentido y sustento a lo que presentaremos en el siguiente apartado.

VI. Hallazgos preliminares:

Para efectos del análisis de la información encontrada, los hallazgos se clasifican de la siguiente manera:

- a. **Percepciones en torno a la seguridad social:** Busca analizar las primeras impresiones y la información inicial con la que cuentan los informantes. Comprende preguntas básicas sobre si están familiarizados con el término ‘seguridad social’, si lo reconocen como parte de sus derechos, si identifican cuáles son, además de sus beneficios y limitaciones.

- b. **Hábitos y prácticas relacionados a mecanismos de protección social no institucionalizados:** Esta sección busca visibilizar las prácticas cotidianas, relacionadas con la protección social y también aquellas que sin ser consideradas como tales por los informantes, revelan que existen distintas estrategias que se utilizan para suplir o complementar los servicios comprendidos en la seguridad social (seguro de salud y pensiones generalmente). Asimismo, se incluyeron preguntas diferenciadas por género para analizar de forma separada aspectos vinculados al cuidado de familiares (principalmente a cargo de mujeres) y de provisión de recursos en la infancia y vejez.
- c. **Reconocimiento de las instituciones vinculadas a la seguridad social:** Las preguntas en este caso, buscan medir de manera cualitativa el conocimiento que los informantes tienen sobre las instituciones que brindan los servicios de salud (EsSalud, Minsa, aseguradoras privadas) y de pensiones (ONP, AFP's). Además de la opinión o valoración que cada una de ellas merece.

Asimismo, cabe resaltar que los hallazgos que se describirán a continuación son parte de una investigación inicial que busca generar un diagnóstico sobre la situación de la cultura en seguridad social específicamente en las regiones señaladas. No podemos extender dichas conclusiones a otros contextos ni generalizarlas hacia el resto del país.

Por otro lado, al tratarse de una investigación con metodología cualitativa, se priorizó la calidad de la información obtenida a través de entrevistas a profundidad (muchas de ellas de duración media y larga) y grupos focales, y no maximizar la cantidad de informantes a los cuales llegar. Por ello, no podemos cuantificar de manera exacta la información, sino que se utilizará una escala de intensidad para medir y analizar dicha data, dividiéndola en tres rangos: mayoría (muchos) – varios – pocos (algunos).

a. Percepciones en torno a la seguridad social:

Comprensión del sentido de la seguridad social y conocimiento general sobre el término:

Para indagar qué tipo de reacciones tenían los entrevistados respecto al término seguridad social, se les pidió su opinión en dos niveles: en primer lugar, la pregunta sobre en qué consiste la seguridad social. En un segundo momento, después de explicarles una breve definición, buscamos indagar otras dimensiones sobre el concepto: ¿qué se les viene a la mente al oír el término?, ¿a qué lo relacionaban?, ¿qué ventajas y desventajas tienen los sistemas de seguridad social?

Sobre el concepto de Seguridad Social: Las primeras impresiones se relacionan en torno a la seguridad ciudadana y la problemática de la inseguridad. Asimismo, un gran grupo de personas deducía del término propuesto, que se refería a la seguridad y protección de la sociedad, necesariamente como algo positivo y relacionado a los beneficios que una persona recibe en momentos de su vida, pero de manera muy general. Sin embargo, en la mayoría de los casos, no se entendía la seguridad social como el conjunto de servicios que son materia de investigación y menos aún con que estos deben ser cubiertos por el Estado o pueden ser cubiertos por otras empresas privadas. Finalmente, otras personas lo identificaban con el seguro social de salud (EsSalud), ya que este servicio ha sido conocido durante muchos años como el seguro

social. Algunos informantes, por ejemplo, no relacionaron al SIS con la seguridad social

“[...] cuando me dijo seguridad social yo pensaba, por ejemplo, en hacer seguridad en tu hogar, hacer seguridad en el trabajo, ¿no?, hacer seguridad en la ciudad, donde vayas ¿no? en todo momento hacer seguridad. Porque va a estar latente el peligro entonces tenemos que ver la seguridad” (Entrevista hombre adulto, Cajamarca)

“Seguridad social como que... beneficios, algo bueno para lo que es... toda la sociedad, ¿no?, empresas...o toda la gente, la población...” (Entrevista mujer adulta, Iquitos)

“Seguridad social... es la inseguridad que nosotros, los... la población... aunque en Puno no sentimos mucho, en Puno... aquí todavía es calmado... tranquilo, aunque como en todo lugar va en forma creciente la inseguridad... antes Puno era muy muy tranquilo, no había esas cosas, pero ahora se escucha, sí se escucha, pero no así frecuentemente...” (Entrevista mujer adulta, Puno)

“He escuchado muy poco. Debe ser lo que estamos viviendo ahora. Se me ocurre que puede ser sobre nuestra seguridad, vigilancia, serenos, policías” (Entrevista mujer adulta, Lima)

Luego de presentar la definición: La mayoría de ellos no se remitían al concepto como un sistema global o generalizado de servicios, sino que relataban concretamente en qué consistían específicamente los servicios con los que cuentan o tienen alguna familiaridad, como el SIS, más que EsSalud, algunas aseguradoras privadas como Rímac o Pacífico; las AFP's y la ONP, en menor medida. Consideramos que el concepto es bastante genérico y es posible que no muchos logren comprender su dimensión sistémica.

Por otro lado, la mayoría de los informantes adultos le dan mayor énfasis a los seguros de salud que a las pensiones; mientras que los adultos mayores sí tendían a profundizar más sobre el tema de las pensiones, sobre todo si es que han aportado a alguna AFP o a la ONP en algún momento de sus vidas. Se percibe también que los adultos mayores que no han aportado en ningún momento, se preocupan más por la protección que podrían recibir en materia de salud, pero no así sobre las pensiones, salvo que se trate de Pensión 65, ya que varios de ellos tienen la expectativa de poder calificar para recibir los beneficios del programa. Esta impresión que tenemos puede deberse, en realidad, a que no mucha gente conoce los servicios de las AFP's y la ONP, y sí se sienten mucho más familiarizados con los seguros de salud.

Sí (me gustaría recibir Pensión 65), pero ya... Ya cuando tenga 65. Pero los requisitos no sabemos qué cosas... (Entrevista adulto, Uros, Puno)

Comprensión de la seguridad social como un derecho:

Sobre la conciencia de derechos, la mayoría de los informantes no consideran que los servicios que incluye la seguridad social, deben ser garantizados mínimamente por el Estado, sino que se tratan de servicios individuales a los que pueden acceder según sus posibilidades.

Por tipo de ocupación: En el caso de los trabajadores independientes, la mayoría cuenta con algún seguro de salud, por lo general el SIS, pero no un sistema de pensiones. Al no trabajar como dependientes en planilla, no sienten la obligación de aportar, pues se entiende que cuando uno trabaja en una empresa formal, es ésta la que genera la obligación en sus trabajadores de contar con los servicios de seguridad

social, a través de los descuentos. Por ejemplo, en Cajamarca algunos refirieron que los que cuentan con todos los beneficios y seguro de salud privado, son los trabajadores de la mina (Yanacocha).

M: ¿Conocen a otras personas que tengan una pensión o la mayoría de personas no tienen que ustedes conocen?

E: Mayormente acá los que tienen este...pensión son los jubilados, otros por ejemplo los que tienen un seguro de pensiones son los que aportan por ejemplo, no sabe que...pero mayormente son los de mina porque a ellos les descuentan pues.

M: Ah, los trabajadores de las minas.

E: Claro, les descuentan ya tienen su AFP, el seguro Rímac (Focus Group mujeres adultas, Cajamarca)

En Nauta (Iquitos) la gran mayoría de personas que cuentan con seguro de salud (EsSalud) y fondo de pensiones (ONP) son los profesores o las personas ligadas a la labor pública. Por ejemplo, un ex profesor nos mencionó que él tenía el seguro EsSalud, ya que a él le descontaban cuando ejercía dicha profesión.

“No aporta a ningún fondo de pensión, ella reconoce que “sebe ser por descuido personal y porque no me exigen porque no estoy en planilla, pero otras entidades si descuentan al personal. Pero como vas a descontar si el sueldo no es alto, nuestros pobres sueldos se van disminuyendo” (Notas de campo, entrevista mujer adulta, 45 años, Iquitos)

Por otro lado, aquellos que en algún momento trabajaron en alguna empresa, al pasar al desempleo u otras actividades y dejar de contar con los beneficios, no consideraban necesario continuar con sus aportes, sobre todo en pensiones, y tampoco que estos puedan ser asumidos por el Estado. Ello refuerza la percepción de que la seguridad social no está considerada como un derecho exigible por los ciudadanos, sino que cada uno debe asegurarlos por cuenta propia.

“Yo aporté 3 meses a la AFP pero se van a demorar 20 años en devolverme, ya para qué voy a reclamar, ya me olvidé” (Notas de campo, entrevista mujer adulta, 60 años, Iquitos)

“Yo trabajé en una empresa como 14 años y he estado aportando en la AFP, ahorita he dejado de trabajar y he dejado de aportar, ahorita hace más de un año que ya no aporito” (Entrevista adulto, Cajamarca)

En algunos casos en los grupos de edad entre los 40 y 60 años, los informantes han aportado a algún sistema de pensiones cuando se ocuparon en empleos dependientes formales y no siempre eran entendidos como un aporte obligatorio de parte del empleador (en el caso de los seguros de salud) y como obligatorio del empleado (en el caso de las pensiones ya que es entendido como un aporte individual).

En ese sentido, el tipo de empleo en el que la población se ocupa (independiente, informal, formal, dependiente) está relacionado con la posibilidad de acceder a estos servicios. Es decir, uno de los aspectos más importantes a tomar en cuenta respecto de la falta de aseguramiento es que la informalidad o el empleo independiente no generan las condiciones necesarias para acceder a un seguro. En la informalidad, además de la falta de dinero, el hecho de que sea una ‘obligación’ influye en el aseguramiento. Únicamente quienes trabajan de manera dependiente y como formales pueden percibir los beneficios de la seguridad social, sin que necesariamente esto se entienda como un derecho.

Asimismo, la falta de información sobre el tema es un factor que influye directamente en la ausencia de conciencia de derechos. Algunas personas mencionaron que no recibieron información sobre la seguridad social ni en la escuela ni en el hogar y que recién se informaron una vez que empezaron a trabajar como dependientes, por lo que no contaban con los recursos necesarios para tomar una decisión sobre qué tipo

sistema de pensiones es el más adecuado o los beneficios e implicancias del seguro de salud.

“Cuando empiezo a trabajar en una empresa, empiezo a trabajar ayudando. Yo desconocía todo esto y me dicen que tienes que, te vamos a hacer tu debido descuento y vas a tener que aportar a la AFP para que...son aportaciones por ley ¿no?” (Entrevista adulto, Cajamarca)

“Es cuando yo ingreso a trabajar a una institución privada, a Financiera Confianza (que yo me enteró de los servicios de la AFP, ONP y los seguros de salud)” (Entrevista adulto, Cajamarca)

Por otro lado, pese a que varios informantes mencionan que existen diversas formas y alternativas de previsión mediante el ahorro, esto nos lleva a pensar, de alguna forma, que no se concibe a la seguridad social en pensiones como un derecho sino como una forma de ahorro. Dichas experiencias se analizarán de manera más sustancial en los siguientes apartados.

Percepción y experiencias sobre los seguros de salud:

En el caso de los seguros de salud, se mencionó mayoritariamente al SIS, aunque pocas personas no lo consideraban como un seguro de salud. En segundo lugar se mencionaba al seguro de EsSalud y finalmente a algunas aseguradoras privadas- como Rímac o Pacífico Seguros- u otras que ofrecían clínicas locales y hasta farmacias. No obstante, los entrevistados refirieron que solo utilizan el SIS o EsSalud.

Los temas que resaltaban en estas entrevistas, más que la identificación de los beneficios y limitaciones de su cobertura, eran las quejas al servicio, relacionadas a la infraestructura, falta de medicamentos, falta de médicos especialistas y de cabecera, demora en la programación de las citas médicas y una percepción sobre la mejor calidad del servicio en Lima.

Experiencia con el SIS: Mayoritariamente consideran que el servicio no llega a ser del todo bueno, debido a las quejas mencionadas anteriormente. Sin embargo, algunas personas consideran que es una ayuda a la que pueden acudir en casos de emergencia, debido a que es gratuito.

“No es tan buena, pero algo es algo. Como cuando llegas a un extremo, como una operación, como a mí me pasó con el apéndice. Te hacen esperar hasta que aguantas para que lo pasen como emergencia” (Entrevista mujer adulta, 26 años, Lima)

“Hay cosas que están un poco desatendidas (en el SIS), mala atención, no hay también información, la gente... [...]. A veces no tienen la medicina que uno necesita, tienes que desembolsar y son caros, pues” (Entrevista adulto mayor, Cajamarca)

Por otro lado, no siempre se acude al SIS en caso de presentar alguna enfermedad o control médico; debido a que no es sencillo conseguir citas, porque no se cuenta con los medicamentos necesarios o por los trámites engorrosos para poder atenderse. Por lo general se acude al SIS cuando se trata de algo grave, como una enfermedad difícil de tratar, una emergencia o un accidente y se acude a un centro de salud particular para el resto de atenciones.

“(La gente se entera del SIS) porque su vecina le cuenta, o yo no veo que informen por la tele o por la radio... en televisión no difunden... no hay mucha difusión, poca difusión hay... yo veo televisión y no... no veo que difunden... por ejemplo, canal 7, TV, ese es canal del Estado, pero no veo que difunden nada del SIS” (Entrevista adulto, Nauta, Loreto)

“Bueno, yo cuando me enfermo, nunca acudo al SIS... me voy a un médico particular... particular o mi mamá es obstetriz, entonces ella conoce un poco, a la hora que me enfermo, ella me receta... pero cuando es algo más, me voy a un médico particular. [...] El SIS nunca lo he usado, y lo tengo, creo, hace un año... será pues, de repente, si tengo una enfermedad grave, o una operación... ahí recién lo podría usar, pero para gripes, cositas, no” (Entrevista mujer adulta, Iquitos)

En líneas generales, se percibe que el uso del SIS es mayormente ventajoso para casos extremos, como emergencias o accidentes, para poder acceder a algunos medicamentos de manera gratuita, y es percibida normalmente como un seguro para personas con menores recursos económicos. Por otro lado, se percibe que hay mayor satisfacción en los servicios que brinda el SIS en aquellos lugares predominantemente rurales como en Sucre (Cajamarca), Nauta (Loreto), Manacamiri (Loreto) y en el Centro Poblado de los Uros (Puno).

Las desventajas, sin embargo, pesan más sobre las ventajas: varios mencionan que el trato en los centros de salud del SIS no es el más adecuado, los médicos no tienen paciencia, te tratan rápidamente para seguir atendiendo a otros pacientes, entre otros. Un entrevistado del Centro Poblado de los Uros, en Puno, mencionó que percibe que los médicos que trabajan para el SIS o para EsSalud, prefieren estar en sus consultorios privados o particulares y atender ahí, que estar en los hospitales, ya que al atender de manera particular pueden obtener mayores ingresos.

Experiencia con EsSalud: También pudimos recoger varias quejas hacia el servicio brindado por EsSalud. Estas van dirigidas hacia la falta de medicamentos para tratar ciertas enfermedades y que deben adquirir fuera del hospital, la demora para conseguir una cita y la falta de médicos especialistas. Por ejemplo, en Puno en una conversación con adultos mayores, ellos manifestaron que el tiempo de espera para conseguir una cita era de alrededor de 10 días hasta 1 mes. Sin embargo, a los adultos menores de 65 que manifestaron tener EsSalud, les otorgaban las citas después de mucho más tiempo- hasta 6 meses comentó una señora en Puno-. La misma situación se repite en Cajamarca.

“Del Estado, bueno, yo tengo mi seguro (EsSalud), pero nunca iba al seguro... nunca... una vez en mi vida... yo estoy asegurada será 10 años, 12 años tal vez... una vez o dos veces habré ido... ¿por qué?, porque tienes que hacer una cola [...] en tres meses te atienden, seis meses te atienden... yo particularmente...” (Entrevista mujer adulta, Puno).

“Tengo seguro social pero la atención es mala. Si no tienes conocidos, no te dan cita a tiempo. Estoy mal de salud desde diciembre y no me derivan al especialista. Me he hecho ver por un terapeuta y me ha quitado el vómito, ¡qué seguro ni que seguro! La gente casi no utiliza su seguro porque ya saben cómo es, prefieren pagar a un particular porque el seguro no cubre las medicinas” (Entrevista mujer adulta, 52 años, Cajamarca)

El tiempo de espera pareciera depender también de la especialidad que los pacientes requieren. Por ejemplo, en Puno, los adultos mayores mencionaron que las especialidades en las que uno debe esperar más tiempo para conseguir una cita son las de urología, cardiología, oftalmología, traumatología, entre otras.

En ese sentido, a través de las entrevistas se percibe que existe una mayor disconformidad con el seguro de EsSalud que con el SIS. Ello podría deberse a que el SIS es un servicio generalmente gratuito, al menos en los casos de los entrevistados, y quienes están afiliados no perciben que es un derecho del cual podrían exigir una mejor calidad en la atención. En cambio con EsSalud, al ser un servicio por el cual se aporta, a través del empleador o en algunos casos los trabajadores si lo hacen por cuenta propia, si habría una mayor demanda de mejora del servicio.

“Hasta a veces pienso que el SIS, es mejor que el seguro social (EsSalud)... [...] (En el SIS) hay mejor atención... la atención está mejor en el SIS que en el seguro... no sé por qué si el seguro tiene mucho dinero...” (Entrevista hombre adulto, Iquitos)

A pesar que es una obligación del empleador cubrir dicho beneficio, se han encontrado algunos casos –pocos entrevistados- que son los mismos trabajadores los que deben pagar por dicho seguro o como si efectivamente existiera un descuento de sus ingresos. Esto, en la realidad, no es cierto para los trabajadores dependientes. En cambio, para aquellos trabajadores que no se emplean de manera dependiente, sí deben pagar por dicho seguro, tal es el caso de una señora entrevistada en Puno que dijo pagar de manera familiar por el seguro EsSalud (planes familiares).

Complementariedad privada de servicios de salud: Como hemos señalado, las quejas hacia los servicios de salud son recurrentes. Ante ello, las personas utilizan distintos servicios particulares para poder complementar su atención dependiendo de las circunstancias. Esto sucede tanto con los afiliados al seguro de EsSalud como al SIS.

En Puno, por ejemplo, se realizó una dinámica de diálogo grupal con adultos mayores en el Centro del Adulto Mayor (CAM), servicio brindado por EsSalud. Todos ellos fueron en algún momento funcionarios del Estado, en su mayoría profesores. Tienen una mala percepción de los servicios brindados por este seguro; aunque sí se encuentran conformes con los servicios del CAM, al ser un espacio de socialización y esparcimiento, y sienten que si estuvieran en sus casas sin realizar otras actividades, probablemente se enfermarían. En el CAM, ellos realizan talleres y diferentes actividades (como clases de música). Ellos refieren que esa sería la gran ventaja, por ejemplo, de tener el seguro de EsSalud. Asimismo, una señora del CAM en Puno mencionó que otro de los puntos positivos de EsSalud es el programa de medicina complementaria, en el que se les enseña a las personas cómo deberían alimentarse, ya que, como dijo esta señora, la buena salud depende de “lo que uno se lleva a la boca”, es decir, de la alimentación de cada persona.

“Gracias a la medicina complementaria aprendí que depende de nosotros nuestra salud. Ante todo a lo que nos llevamos a la boca. Gracias a medicina complementaria. [...] Me dio una alergia que nadie podía dar con nada. No sabía que era [...] Y por casualidad me entere de medicina complementaria. Fui allí. Allí me hicieron una depuración primero, me vieron [...] y descubrieron que la alergia era a la carne. Y desde ahí ya maso menos tengo los 30 años de vegetariana” (Focus Group adultos mayores, Puno)

En Lima, la oferta de seguros de salud y centros de salud es mucho más amplia que en provincias, tanto del sector privado como público. Uno de los más recurridos son los ‘Hospitales de la Solidaridad’, que son subvencionados por la Municipalidad de Lima. Debido a sus bajos costos y la diversidad de sedes con las que cuentan, representan una opción para aquellos que no cuentan con seguro de salud y quieran atenderse o incluso como servicio complementario a los que están asegurados pero que refieren que tienen problemas en la atención. No obstante, ello no significa que no tomen en cuenta que es importante contar con un seguro, tal como lo muestra la siguiente expresión:

“Decidí afiliarme (al SIS) porque sé que en algún momento voy a necesitar una operación, por lo natural de la vida. Me he afiliado hace 4 años, nunca he ido, pero por una operación. Cuando me tengo que atender, no uso el SIS porque por las atenciones ambulatorias puedes pagar 8 o 10 soles en el Hospital de Solidaridad. Si podemos pagar lo hacemos” (Focus Group, Hombre adulto, 48 años, Lima)

Percepción y experiencias sobre el sistema de pensiones:

En el caso de las pensiones, hallamos informantes que han aportado a la ONP, en algún momento a la AFP y personas que no ha aportado en ningún momento de su vida a un sistema de pensiones. Aquellos que han aportado a alguna AFP lo han hecho debido a que en algún momento se han desempeñado como trabajadores dependientes y las empresas en las que trabajaban realizaban el respectivo descuento. Luego de dejar de trabajar en estos empleos, seguir aportando de manera voluntaria ha sido muy difícil, como relatan los informantes.

En ese sentido, no ha sido posible entrevistar gente afiliada a la AFP de manera voluntaria, debido a que el presente trabajo buscó indagar en las experiencias de personas de segmentos socioeconómicos C y D. No es grande la proporción de personas de estos estratos que se hayan afiliado a alguna AFP voluntariamente, posiblemente debido a varios factores, como el acceso a la información, como el elevado costo de sus servicios, y a la desconfianza hacia estas instituciones posiblemente relacionada a la falta de información.

Valoración sobre el sistema de pensiones: En líneas generales, varios entrevistados describieron una serie de ventajas de aportar a alguna institución que asegure a las personas al llegar a la tercera edad y calificaban como importante contar con una pensión, pues en el futuro podría ocurrir alguna contingencia o porque puede otorgar un sustento cuando una persona no puede trabajar o simplemente decide dejar de hacerlo.

En ese sentido, la mayoría de las personas consideran que una de las principales formas sobre cómo se puede emplear el dinero recibido por las instituciones de pensiones es a través de inversiones, como pequeños negocios o bodegas. Entonces, el dinero recibido no sería utilizado únicamente para los gastos básicos como alimentos o medicamentos, sino que se presenta como una posible fuente para la inversión. Quienes reciben Pensión 65, no pueden emplear dicho dinero para poder reinvertirlo en pequeños negocios, ya que el monto es bajo -250 soles cada dos meses. Sin embargo, el uso es predominantemente familiar, ya que se usa para gastos en bienes básicos, como alimentos.

“Bueno, yo cuando me pagan (Pensión 65) compro mis arroces, quinua, tallarín, aceite, lo que es para el hogar” (Entrevista adultos mayores, Manacamiri)

Recibe Pensión 65 desde hace 2 años y vive sola con su hija con discapacidad y reclama que nadie le ayuda. [...] Sobre la cantidad de dinero que recibe por el programa, dijo que “así no me alcanza, igual es una ayuda” Para ayudarse teje sombreros y trabaja en su chacra para alimentarse (Notas de campo, entrevista a mujer adulta mayor, 73 años, Sucre)

Quienes mantienen una mejor percepción de los servicios brindados por estas instituciones son los adultos, mientras que los adultos mayores tienden a resaltar las desventajas. Los adultos mayores que reciben ingresos de estas instituciones normalmente presentan enormes quejas y los adultos mayores que nunca han aportado no tienen buenas referencias de estas.

Valoración sobre la ONP y AFP: Como se ha mencionado en el caso de los seguros de salud, las desventajas son mayores que las ventajas en la percepción de los entrevistados al preguntarles sobre la AFP y la ONP. Quienes se mostraron mucho más críticos con estos sistemas fueron los adultos mayores. Así, pues, por ejemplo, en Cajamarca, uno de los adultos mayores mencionó que no conocía muy bien cuáles

son los beneficios que uno recibe al afiliarse a alguna AFP. En ese sentido, para él, resulta bastante improbable que pueda confiar a plenitud en estas instituciones.

Muchos de los entrevistados no saben qué es lo que ocurre realmente con el dinero que aportan, así como tampoco están realmente seguros si es que recibirán el dinero aportado hacia el final de sus vidas. Ello podría deberse a la desinformación en la población o también a la alta politización de la problemática de las AFP. En ese sentido, existe una percepción de desconfianza de parte de los entrevistados en las instituciones que proveen dicho servicio.

“(Nunca he aportado a una AFP) porque no hay confianza en eso. Mi hermano por ejemplo estaba afiliado a una AFP, murió y no le... no le dieron ni nos dieron ni un sol... no, no nos devolvieron. Y varias personas que me conversaban me decían que es lo peor” (Entrevista adulto mayor, Cajamarca)

“Se murió mi viejito, yo en ese tiempo aportaba [...] se podía aportar... lo mejor, el mejor ataúd, la mejor fila en el nicho, que le iban a dar plata cuando se muera... cuando se murió nos dieron el último piso de arriba de los nichos y pagando la clase A, de ahí dije “ni más”, salí también no me dieron... no me devolvieron pero ni un sol... y de 15 años he aportado” (Entrevista adulto mayor, Cajamarca)

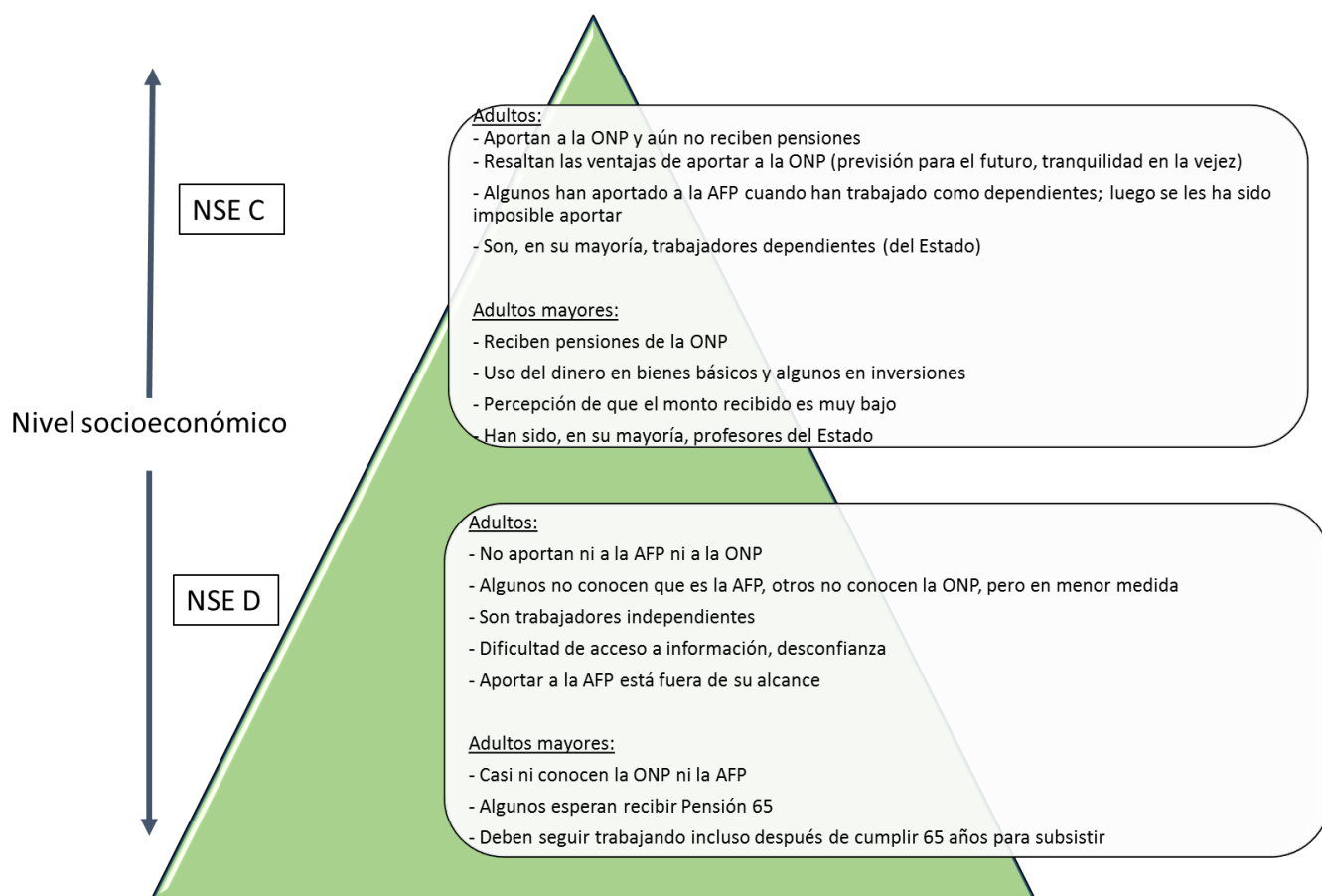
“De las AFP no he escuchado nada. Cuando recién empezó era un *boom* que te daba todas las facilidades pero después ya en la práctica con los años que tiene en el país, la verdad que no” (Focus Group, hombre adulto, Lima)

Al preguntarle si había escuchado sobre la ONP, dijo que no. Al preguntarle sobre la AFP, dijo que sí había escuchado sobre la AFP porque su esposo aporta por su trabajo (es profesor). Dijo que el dinero que su esposo ha aportado a la AFP lo necesitan ahora. Mencionó que hay un juicio para que devuelvan la plata de la AFP. “Muchos quieren sacar su plata y a todos les están devolviendo” Su esposo lleva 20 años aportando y ya no hay dinero para pagar las cuentas. (Notas de campo, entrevista a señora adulta, 40 años, Nauta)

Sobre la ONP, son varios quienes manifiestan quejas sobre el servicio ofrecido, sobre todo los adultos mayores que reciben beneficios de sus aportes a la ONP. No se han encontrado adultos mayores que hayan aportado a la AFP. En Puno, en el CAM, la mayoría de ellos dijeron que el gran problema de la ONP es que las pensiones se han congelado. Indagando un poco más sobre qué significaba esto, los adultos mayores dijeron que, cuando ellos se retiraron y aportaron cierto monto, este monto se ha quedado congelado a lo largo de los años, cuando estos montos deberían ser mayores. Varios de ellos mencionaron que el monto que reciben no es suficiente para poder pagar una canasta familiar y que debería ser mayor.

Asimismo, algunos mencionaron que con los ingresos de las pensiones, el ahorro era imposible, así que mayormente se emplea dicho dinero en la compra de bienes básicos, como alimentos, medicamentos, etc. Aunque otro grupo de personas dijeron que sí era posible ahorrar. En líneas generales, las posibilidades de acceder a los servicios de pensiones y sus percepciones dependen de una serie de variables, como por ejemplo, el nivel socioeconómico y el grupo de edad. El diagrama 2 muestra la relación entre nivel socioeconómico, los grupos de edad y las percepciones sobre los sistemas de pensiones, así como también, el tipo de empleo al que acceden.

Diagrama 2: Relación tendencial entre nivel socioeconómico y grupos de edad, y percepciones sobre los sistemas de pensiones



Elaboración propia.

Pese a que varios adultos mayores presentan quejas acerca del sistema de pensiones, esto es algo que se ve, mayormente, en los adultos mayores de nivel socioeconómico C, puesto a que estos, en su mayoría, han trabajado para el sector público en algún momento de sus vidas y han aportado a la ONP. Varios de los adultos mayores del nivel D conocen muy poco acerca de las AFP's y la ONP – algunos de ellos sí conocen sobre estas instituciones, pero no saben muy bien cómo funcionan. En general, la mayoría de las personas tienen una mejor percepción de la ONP que de la AFP, probablemente por un tema de confianza, así como también porque se tiene la percepción de que la ONP otorga beneficios hasta que “uno se muere”, mientras que los fondos de la AFP son limitados.

Son muy pocas las personas que dijeron que era posible prescindir del dinero aportado a una AFP o una ONP. Algunos adultos más jóvenes veían la vejez como algo lejano, algo que ocurriría aún en mucho tiempo. Este no es un hecho muy generalizado, por otro lado se encontró gente que mencionó no necesitar este tipo de aseguramiento o quienes minimizaron su importancia.

“No tengo pensión, ni idea tengo [...] Yo estoy muy joven, no le he tomado mucha importancia, más averiguo sobre educación para mis hijos. Eso será para las personas que una empresa les pague. Todos los que somos canillas no tenemos pensión. El Comercio, Correo, nadie nos da, tampoco tenemos idea ni tenemos pensión porque somos independientes. No he averiguado pero sería bueno que den información. Nos lo merecemos” (Mujer adulta, 26 años. Lima)

Así, pues, muchos adultos que no han aportado o no aportan a alguna AFP o a la ONP dijeron no hacerlo porque no era, necesariamente, una prioridad. El dinero que se ahorra por no aportar a alguna de estas instituciones se podría emplear para alguna inversión, algún negocio o incluso, como se menciona en la cita, en la educación de los hijos, quienes, como se verá más adelante, cumplen un rol esencial en el cuidado de los adultos mayores.

Sobre la diferencia entre la ONP y la AFP: Al indagar sobre la diferencia entre la ONP y la AFP, la mayoría de entrevistados mencionaba que la principal diferencia, además de que uno es estatal y otra del sector privado, es que en la ONP se recibe una pensión hasta el momento en que uno muera, y por ello la cantidad de dinero es baja; mientras que en la AFP se reparte el dinero solo hasta que se termine el fondo del dinero aportado. No surgió en ninguna entrevista la diferencia sustancial, que la ONP es un sistema colectivo de previsión y la AFP un sistema individual.

Sobre las pensiones que da el Estado (ONP), afirma que tiene dos vecinos que le han dado dos opiniones: “uno que es pésimo y otro que ahora quieren regresar de la AFP a la ONP, porque la AFP está en quiebra quiere vender sus acciones, mejor es cambiarse a la ONP” (Notas de campo, Entrevista a mujer adulta, Iquitos)

Es posible que la mediatización y politización del tema de las AFP's haya calado y repercutido en las formas en como las personas perciben este sistema. En contraposición, ello ha producido una mejor valoración de la ONP, además porque la ventaja comparativa es que otorga los beneficios hasta el fallecimiento, idea que se encuentra muy difundida entre la mayoría de los entrevistados que han escuchado hablar sobre dicho fondo.

M: [Sobre las AFP] ¿Hasta ahora no ha tenido ningún problema?

E: O sea no, no. Más bien quiero retirarme para pasarme a la ONP, me han estado comentando. Ahí nos dan la pensión hasta que se acabe el dinero.

M: ¿En la ONP?

E: No, en la AFP. En la ONP es hasta que se muera (Entrevista a mujer adulta, 51 años, Sucre)

Otras ramas de la seguridad social:

Entre las preguntas realizadas, también incluimos la posibilidad de conocer si es que la gente reconocía dentro del concepto de seguridad social, otros servicios además de los seguros de salud y el sistema de pensiones. La gran mayoría no mencionó otros aspectos que la OIT considera debieran ser parte de esta, sino que las respuestas oscilaban entre el pedido de una educación de calidad y de mayor cobertura, y la generación de más y mejores puestos de trabajo. Ya que relacionaban la falta de ingresos monetarios con la no afiliación a sistemas de pensiones o de salud, o la educación como una forma de aseguramiento de las familias, pues al brindarles una mejor educación a sus hijos, les permitiría acceder a mejores puestos de trabajo y, a su vez, poder brindar un apoyo a futuro.

Una vez que se les mencionó el listado de aquellos aspectos que la seguridad social incluye- como los seguros de accidentes en el trabajo, maternidad y desempleo- la mayoría se mostraba de acuerdo con que debieran ser cubiertos; sin embargo, como estos mismos servicios son muy escasos, los percibían como un ideal con los que no se sentían identificados. También expresaron preocupación sobre cómo se podrían financiar y qué entidad, sobre todo en el caso del seguro de desempleo, si debía ser la empresa privada o el Estado, pues los trabajadores independientes que no cuentan con un contrato formal con alguna empresa no podrían tener acceso a este.

Dicha preocupación se vio reflejada en un informante de Cajamarca quien mencionó como una propuesta que al momento en que una persona pierde un empleo o deja de

trabajar, una parte de los intereses generados por haber aportado a alguna AFP pueda ser retirada para poder cubrir las contingencias que podrían surgir por la falta de una remuneración permanente. De otro lado, otro trabajador informal en Lima, mencionó que sería importante que el Estado pueda otorgar un seguro de desempleo, en casos cuando los jefes o jefas de hogar pierdan el trabajo pues son el sustento de sus respectivas familias.

“Yo creo que eso debería de haber igual que un seguro por desempleo o... o en este caso si es que aportas a la AFP durante ese tiempo si es que estas sin trabajo que haya una devolución ¿no? en este caso, tus aportaciones, yo creo que los que lo hacen generan un interés ¿no? por lo menos, deberían de darte algo de ese interés para que puedas, hasta el día en que encuentres un trabajo ¿no? te amortigua pues ¿no? para que sobrevivas durante ese tiempo que estas sin trabajo” (Entrevista adulto, Cajamarca)

“Por ejemplo, las personas que tienen familia, nadie tiene trabajo seguro, sobre todo los que tienen carga de familia, el Estado puede solventarles una mensualidad hasta que pueda conseguir un empleo el padre de familia o la mujer jefa de familia, la persona que mantiene el hogar. Por ejemplo una madre soltera, el Estado debería, porque es ella quien abastece es el motor del hogar, hay bastantes madres solteras” (Focus Group, Hombre adulto, Lima)

En general, ninguno de los entrevistados identificaba de forma espontánea ninguno de los otros aspectos de la vida que pueden ser cubiertos por la seguridad social. Debido a la falta de información pero también porque incluso los servicios más difundidos, como pensiones y salud, presentan deficiencias.

Sobre el sistema de cuidados, la seguridad social y programas sociales:

Sobre el trabajo doméstico no remunerado y su relación con la seguridad social:

En el caso de las entrevistas y conversaciones con mujeres, se presentaron algunas preguntas relacionadas al reconocimiento del trabajo doméstico: i) si consideraban que el trabajo doméstico no remunerado (amas de casa) es un trabajo como cualquier otro y, en ese sentido, ii) si consideraban que debía ser reconocido como tal y a través de qué mecanismo (sea una remuneración o por medio de beneficios de la seguridad social como un seguro de salud o una pensión). La gran mayoría de las entrevistadas coincidieron en que el trabajo doméstico es un trabajo, que si bien no recibe a cambio un sueldo, es a veces más demandante que otras actividades. Sobre el tipo de reconocimiento, al preguntarles si están de acuerdo en que las amas de casa que no hayan podido dedicarse a otra actividad remunerada, puedan recibir una pensión o un seguro de salud, la mayoría se mostró a favor, al menos en las regiones del interior (Cajamarca, Puno e Iquitos)

“Bueno yo digo, a veces en la casa como no nos pagan el sueldo, creen que no hacemos nada, pero yo creo que el de la casa es el trabajo más fuerte. Pero como no hay sueldo, a ellos les da igual. Los mismos hijos nos ven como si fuéramos unas sirvientas” (Grupo Focal, Mujeres adultas, Cajamarca)

“El trabajo de ama de casa también es un trabajo. Trabajamos más que en la oficina. Qué lindo sería si nos dieran un sueldo o una pensión. Sí es buena idea” (Entrevista a mujer adulta, 45 años, Iquitos)

“Páguenme para que vean que sí cuesta mi trabajo, como mis hijos no pagan y no cuesta nada, no valoran” (Focus Group mujeres adultas, Cajamarca)

Sin embargo, algunas entrevistadas en Lima consideraban que el trabajo del hogar es un trabajo que la mujer debe cumplir por obligación implícita con su familia y que por lo tanto no sería necesario que deba ser cubierto ni por algún beneficio de la seguridad social u otro tipo de mecanismos.

[El trabajo doméstico] “es algo que tenemos que hacer, tengo que hacerlo si o si por mis hijos. Es bien trabajoso la rutina. Yo creo que no, debería depender de cada persona. Tiene que echarle muchas ganas en casa también, así tengas o no tengas, nadie lo va a hacer por ti. Mi esposo si me ayuda, pero él llega cansado del trabajo” (Entrevista mujer adulta, Lima)

Consideramos que los aspectos relacionados con el sistema integral de cuidados, siendo el trabajo doméstico no remunerado uno de ellos, deben constituirse como un tema de investigación respecto de las implicancias de la seguridad social; ya que revelan prácticas cotidianas de miles de mujeres que al no poder trabajar en otro tipo de actividades remuneradas, quedan fuera del sistema de protección. Si bien pueden acceder a un seguro de salud como el SIS, en el caso de los sistemas de pensiones, es mucho más complicado pues no generan ingresos propios con los cuales poder costearlo; ya que por lo general, es el jefe de familia quien sostiene económicamente al hogar.

Sobre el programa Pensión 65: Todos los entrevistados reconocieron, al menos por el nombre, al programa Pensión 65. La gran mayoría conocía que se trata de un programa social financiado desde el Estado y que está focalizado a las poblaciones con menores recursos económicos. Asimismo, lo relacionaron con el programa Juntos, como complementarios. No obstante, cuando se les pregunta acerca de los requisitos específicos para ser beneficiarios del programa, no conocen a cabalidad los requerimientos. El conocimiento de los programas, al parecer, se debe más a que hay información proporcionada por el Estado en diversos medios de comunicación o a las experiencias de familiares o vecinos que accedieron o intentaron acceder a este programa.

E: [Sobre Pensión 65] Se les da a las personas que son del campo pero que tienen
M: ¿Qué tienen?
E: Sus vacas, vienen acá a comprar. Mi mamá por ejemplo, nosotros la mantenemos no, pero ella ha solicitado y nada, ya son 3 años.
M: Ah, fue a inscribirse y no le han...
E: No.
M: Y ¿le han explicado por qué?
E: Según dicen, entran ven un televisor, pero está malogrado (risas). Pero ven que la casa es de piso, todo eso lo hacemos nosotros los hijos. Pero también tenemos nuestros hijos. Entonces parece que es injusto. En todo caso yo pienso que deben quitarle a las de Juntos que son jóvenes y pueden trabajar. Yo trabajo en una comunidad y ahí están, reciben la pensión de Juntos, lo utilizan como para...
M: ¿Cómo un sueldo?
E: Sí. Entonces mejor es darle a todos los ancianos porque, bueno puede tener sus hijos, pero sus hijos también tienen sus familias. Y hay algunos ingratos que están solos (Entrevista a mujer adulta, 61 años, Sucre)

Por otro lado, Pensión 65 se percibe como un programa con deficiencias en la focalización y sensible a la corrupción: se cree que no llega a los verdaderamente más necesitados y algunos usuarios que no deberían recibir la pensión la reciben haciendo uso de redes de conocidos y familiares. Además, algunos informantes mencionaron que puede convertirse en un incentivo negativo para las personas de bajos recursos; ya que al recibir el dinero estas deciden dejar de trabajar y se ‘acostumbrarían’ a recibir el dinero del programa.

“Sobre Pensión 65, ella dice que se le brinda a los más pobres, que están en el sector rural. “Aquí en la ciudad no se ha escuchado”. “Lo veo muy mal, a los campesinos les dan por sus hijos, vienen a cobrar y ya, se llenan de hijos para tener 100 soles. En el campo ya no quieren trabajar. El gobierno ya les da su platita. Ya no quieren trabajar. Los domingos se van a la plaza. Haraganes se han vuelto, se acostumbran a recibir no trabajan” Señala que mejor era programas como FONCODES porque les daban facilidades para trabajar” (Notas de campo, Entrevista a mujer adulta, 52 años, Cajamarca)

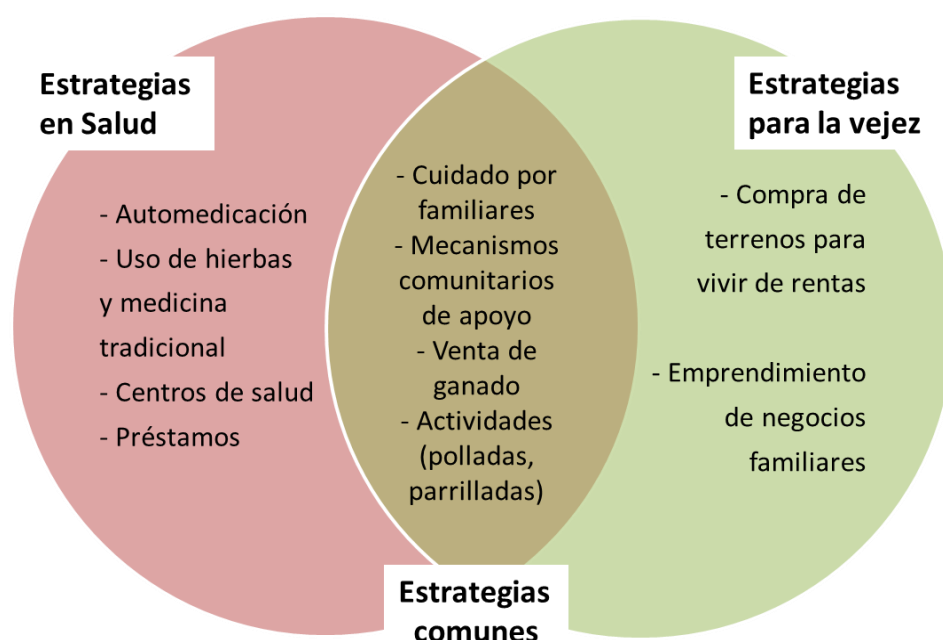
En suma, la mayoría de los entrevistados no consideran que sea un mal programa, sino que debería reformularse tanto en su diseño como gestión. Definir claramente los criterios para determinar quienes pueden ser beneficiarios y mejorar la gestión y fiscalización.

“Porque te digo una cosa. Este y esa persona está recibiendo (Pensión 65) porque las personas que trabajan ahí en ese empadronamiento es familiar de esa persona o de su cuñado. Es un enlace por ahí, cuando te conoce a ti y tu le conoces y él le conoce al otro, por ahí es” (Focus Group, hombres adultos, Iquitos)

b. Hábitos y prácticas relacionados a mecanismos de protección social no institucionalizados

Existen diversas prácticas, estrategias y hábitos en torno a la protección social. Procedemos a dividir esta sección en tres partes: en primer lugar, los hábitos que tienen las personas para afrontar las contingencias exclusivamente de salud; en segundo lugar, los hábitos de las personas para afrontar las contingencias frente a la vejez; finalmente, como lo demuestra el diagrama 3, las prácticas comunes que sirven para prevenir tanto las contingencias de salud como de la vejez.

Diagrama 3: Estrategias y prácticas empleadas de acuerdo al tipo de contingencias presentadas



Elaboración propia.

Tal como muestra el diagrama 3, las estrategias empleadas para poder enfrentar las contingencias relacionadas a los problemas de salud de manera exclusiva son la automedicación, el uso de hierbas y medicina tradicional, acudir a los centros de salud sean estos públicos o privados y préstamos de dinero por parte de vecinos o

conocidos. Las estrategias empleadas para poder aminorar las consecuencias de la vejez son, la compra de terrenos para poder vivir de las rentas generadas y el emprendimiento de pequeños negocios con ahorros para que familiares los administren y se pueda vivir de dichas rentas (dentro de este rubro también se pueden encontrar las familias que tienen chacras para poder cosechar alimentos y poder subsistir, pero esto ocurre sobre todo en zonas rurales).

Finalmente, los mecanismos o estrategias comunes, es decir, aquellas utilizadas para aminorar las contingencias tanto en salud y la vejez, son las más familiares (cuidados, envío de remesas), comunitarias (como el apoyo de juntas vecinales, rondas campesinas), la venta del ganado para cubrir gastos y la realización de actividades que generen ingresos para poder cubrir gastos médicos. A continuación, se especificará cada una de ellas:

Hábitos en salud:

Dado que muchas personas no utilizan la total cobertura de los seguros que poseen, como el SIS y el seguro EsSalud, debido a los factores descritos con anterioridad, acuden a otras estrategias y servicios para poder enfrentar situaciones de enfermedad o malestares de salud.

Así pues, dependiendo del nivel socioeconómico, coexisten tanto el servicio público como el privado en salud, ya que acuden a consultas privadas o a la automedicación a través de las farmacias. En el caso de Iquitos y Puno, la utilización de plantas medicinales es más frecuente y en menor medida en Cajamarca ciudad (se ha encontrado que en Celendín y en Sucre sí emplean este tipo de medicina) y en muchos casos se utiliza conjuntamente con las medicinas recetadas en los establecimientos de salud, dependiendo de la gravedad de la enfermedad.

“A la farmacia ya...farmacia nomás. Le decimos “que tiene” y nos dan y nos hace bien [...] Si, porque la verdad en caso de lo que es seguro estamos muy mal así, en Cajamarca” (Focus Group mujeres adultas, Cajamarca)

En general, se encontró mucho más el uso de plantas medicinales en aquellas personas que vivían en zonas rurales (como en Sucre, Manacamiri y Nauta), así como también en los adultos mayores. Por ejemplo, en Puno, al realizar la dinámica grupal en el Centro del Adulto Mayor, todos los que participaron de esta mencionaron que utilizaban plantas naturales para poder tratarse enfermedades simples. Un informante del distrito de Sucre, que es un distrito predominantemente rural, mencionó que una forma de curar enfermedades –sobre todo comunes- es a través de hierbas, por ejemplo, para el resfrío se usa una hierba conocida como el “topoquero”.

“También utilizamos algunos té, algunas infusiones, ¿no?... a veces para la gastritis... hay unas hierbitas mentas, y también la hoja del algodón que es bueno para la gastritis, el orégano... son hierbas muy buenas y que lo puedes tomar ahora para la presión... también siempre se toma por ejemplo la hierba luisa para la presión [...] después también siempre tomamos al té de ajos que es bueno también... también es bueno para la presión...” (Entrevista adulto, Nauta, Loreto)

Al preguntarle si tiene seguro, dijo que si tiene SIS, que lo ha utilizado poco y que la atención no es buena, tienen que esperar que le den la cita varios días. También mencionó que hay gradaciones en el tipo de enfermedad/emergencia: cuando es leve toman pastillas, hierbas (mentol, malta) y cuando es grave van al SIS. Cuando se le preguntó si conocía a alguna persona que no tuviera seguro, dijo que todos tienen SIS, pero que les recetan todo el tiempo paracetamol e ibuprofeno. (Notas de campo, entrevista a mujer adulta, 47 años, Nauta)

“Su esposo es docente en las comunidades de la rivera. Él tiene seguro de salud (EsSalud) y por eso ella también cuenta con el mismo. De vez en cuando utiliza remedios caseros cuando hacen efecto (agua de coco, llantén, malva, que lo utiliza cuando tienen fiebre) Cuando sufren un accidente van al seguro. La atención en el seguro la califica como ‘más o menos’, porque siempre le dan amoxicilina. Cuando no hay médicos tienen que ir a Nauta (a la posta) y si es grave ir a Iquitos. De vez en cuando va al SIS para conseguir medicinas. Pero menciona que la medicina natural es más barata (como el orégano cuyo uso es bastante generalizado) (Notas de campo, entrevista a mujer adulta, 40 años, Nauta)

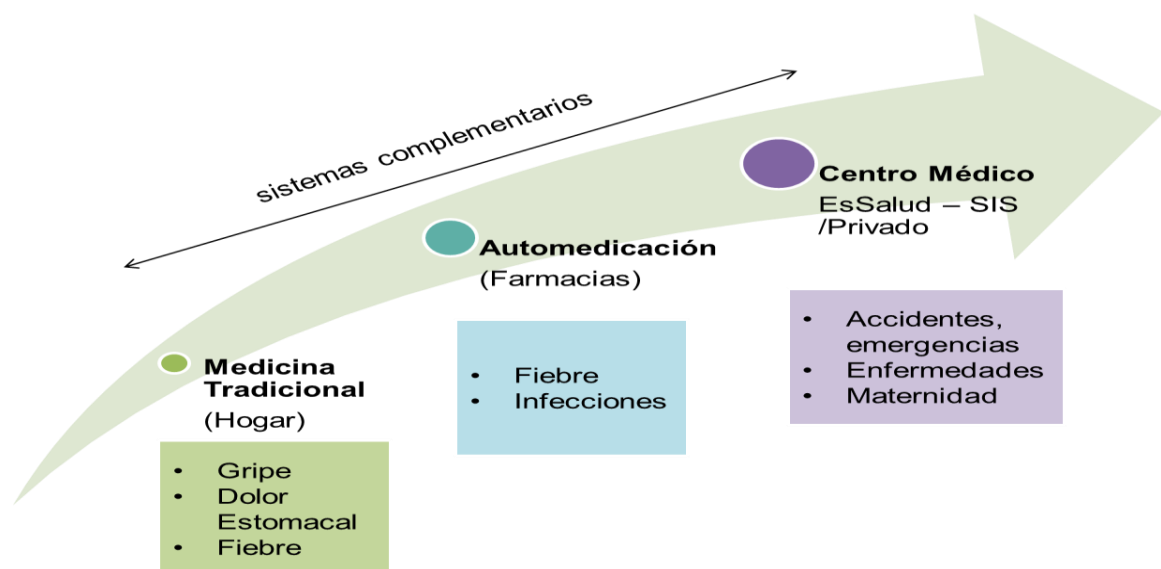
En suma, son tres formas empleadas en tres niveles diferentes:

Para malestares leves: como dolores estomacales, gripes, fiebres, se utiliza la medicina tradicional (hierbas, plantas naturales) sobre todo en espacios más rurales que urbanos.

Para malestares de mediana intensidad: como dolores más constantes y fuertes, infecciones u otros malestares que no puedan ser curados mediante el uso de plantas, se recurre a la automedicación, es decir, la tendencia de acudir a farmacias y solicitar medicamentos sin ningún tipo de prescripción. Presente en espacios más urbanos que rurales.

Para malestares, enfermedades graves o accidentes: acuden a centros de salud, como hospitales o centros particulares, es más frecuente cuando las enfermedades son más graves. El diagrama 4 resume y describe adecuadamente el uso complementario de estas estrategias concretas.

Diagrama 4: Formas de tratamiento y estrategias empleadas de acuerdo a la gravedad de las enfermedades



Elaboración propia.⁸

⁸ A partir de la información recabada, el diagrama 4 muestra los diferentes niveles de gravedad de problemas que aquejan la salud y los tratamientos aplicados. Cabe resaltar que son sistemas complementarios que pueden coexistir al mismo tiempo.

Asimismo, otra estrategia que puede ser considerada para cubrir casos de salud, como lo muestra el diagrama 3, es acudir a préstamos, sobre todo para quienes no poseen ningún tipo de seguro de salud. Por ejemplo, un taxista en Cajamarca mencionó que él no califica al SIS debido a que en algún momento de su vida tuvo un seguro de salud, ya que se empleó en un trabajo dependiente. No pudo conseguir afiliarse a algún otro seguro porque es muy costoso. Al preguntarle qué es lo que haría si es que se enfermara y cómo procedería en un caso así, dijo que acudiría a algún préstamo de alguna persona conocida como un vecino o algún amigo, ya que tendría que pagar en algún hospital o algún centro de salud particular, los cuales pueden llegar a ser muy caros. En ese sentido, el capital social o las redes de confianza que las personas van tejiendo a lo largo de sus vidas resulta ser imprescindible para poder acceder a préstamos y a apoyos de terceros.

“[...] de repente, no es una enfermedad leve o necesita tratamiento tendría que ir al hospital pues, al hospital más cómodo y...y en cuanto economía habría que endeudarse porque qué más, tendría que prestarme del vecino y seguir el tratamiento y poco a poco devolver, de repente, porque si no, no habría oportunidad” (Entrevista adulto, Cajamarca)

Finalmente, otra de las estrategias, aunque no muy generalizada, es la posibilidad de acudir a instituciones benéficas para poder recibir apoyos en caso de enfermedades. Por ejemplo, en Cajamarca, el mismo señor mencionó que cuando su hermana enfermó de cáncer, esta no tenía ningún seguro de salud. Debido a que el tratamiento de la enfermedad era bastante costoso, tuvieron que pedir ayuda a ciertas instituciones, como por ejemplo, a la Liga Contra el Cáncer de Cajamarca. Asimismo, cuando realizamos las entrevistas en la central del Gobierno Regional de Loreto, encontramos una señora que había llevado a su hija que se encontraba enferma hacía muchos años para pedir ayuda y apoyo del Gobierno Regional, pues había llegado de una comunidad muy alejada de la ciudad. Si bien, no llegamos a realizar una entrevista a esta señora en Iquitos, se tuvo una conversación informal y accedimos a dicha información.

Hábitos de previsión en la vejez:

En cuanto a las contingencias de la vejez, en caso de estar afiliado a un fondo de pensiones, son dos las principales estrategias que las personas utilizan para poder ahorrar dinero y poder mantenerse durante la vejez: la compra de terrenos, chacras o parcelas para la producción agrícola y para generar renta a través del alquiler; y la posibilidad de abrir algún negocio familiar, en el que los hijos u otros familiares puedan administrarlos –como por ejemplo, bodegas, bazares, tiendas, etc.

En líneas generales, son aquellas personas del nivel socioeconómico C quienes tienen más probabilidades de abrir este tipo de negocios para poder cubrir contingencias. Las personas de niveles socioeconómicos D tienen menores posibilidades de realmente poder diseñar estrategias concretas que puedan generar liquidez e ingresos monetarios, ya que muchos de ellos se emplean y se han empleado en sectores informales o independientes. En ese sentido, ahorrar para el futuro no siempre llega a ser una estrategia viable.

Por ejemplo, un señor que trabajaba en una sastrería en Puno mencionó que él no había aportado jamás a ningún fondo de pensiones; sin embargo, llegó a comprar tres hectáreas de terreno en Moquegua, y mencionó que esto lo hizo para poder tener un seguro para la vejez. Mencionó que no trabajaría dicho terreno, sino que podría

alquilarlo o podría contratar gente para que lo trabaje y pueda vender algunos productos.

“Yo me he comprado tres hectáreas, una chacra en Moquegua...es el mejor seguro para mí...” (Entrevista adulto, Puno)

No obstante, en una entrevista a una empleada del hogar en Lima, ella menciona que si bien no se ha preocupado en registrarse en algún fondo de pensiones, no quiere decir que no se preocupe por la vejez y ha encontrado la forma de ahorrar dinero para utilizarlo en el futuro.

“Pero soy de las personas que creo aunque sea el ahorro yo lo veo como sea, también pienso en mi vejez [...] Ahorro de otra manera. No voy poniendo en una empresa de estos seguros pero voy ahorrando y voy haciéndolo para mí. Porque uno puede hacerlo también personalmente, no simplemente porque el trabajo no te lo hace, eso depende de cada uno. Es que si trabajas en una empresa por ley, pero yo nunca trabajé en una empresa” (Entrevista mujer adulta, 38 años, Lima)

Finalmente, es posible dar cuenta de que existen varios entrevistados que mencionaron que podrían utilizar sus ahorros para poder invertir en pequeños negocios, como bodegas, tiendas, bazares, etc. Por ejemplo, una señora en Puno, adulta mayor, abrió una sastrería como negocio familiar para que sus hijos puedan trabajar y puedan ayudarla a solventar gastos básicos.

Estrategias comunes para evitar contingencias en salud y de la vejez:

Como se mencionó, existen ciertas estrategias comunes, las cuales sirven tanto para poder cubrir las contingencias de la vejez como las de los problemas de salud; entre estas se encuentran la realización de actividades como polladas o parrilladas, los apoyos familiares, el rol de los hijos en el cuidado de los enfermos y los ancianos, y las formas de apoyo comunales.

Otra de las formas de ahorro para cubrir contingencias se da en la cría de animales domésticos u otro tipo de ganado, para poder venderlos en caso se necesite dinero para solventar gastos. Estos casos se dan con mayor regularidad en los espacios rurales donde realizamos el trabajo de campo como en Nauta, Sucre o Manacamiri.

Cuando se le preguntó por alguna forma de ahorro, dijo que no tenía porque no le alcanzaba para ahorrar. Pero luego mencionó que tiene animales (gallinas, chanchos, cuyes) que si bien ella no lo considera como ahorro, dijo que “cuando no tengo plata lo vendo, cuando necesito lo vendo, para navidad también” vende una parte y cría animales para sacar algún aporte. (Notas de campo, entrevista a señora adulta, 40 años, Nauta)

Respecto de las funciones de cuidado familiar, los casos más notorios los encontramos en la comunidad de Nauta, donde pudimos conocer a través de conversaciones informales, tres casos de adolescentes que al quedar embarazadas fueron desplazadas de sus hogares y se trasladaron a la casa de sus parejas, en donde asumen el cuidado del hogar y de los hijos del resto de miembros de la familia, a manera de retribución por la acogida.

Por otro lado, en el caso de parientes enfermos o adultos mayores que no cuentan con pensiones, son las familias las que mayoritariamente asumen el rol de los cuidados que principalmente recae sobre la familia nuclear y las mujeres; por lo general son los jefes del hogar los que se encargan de sustentar económicamente a la familia, quienes son, en su mayoría, hombres.

“Por eso, mayormente como nosotros somos personas de bajos recursos. A veces, trabajamos para el sustento diario y a veces no da ¿No? Y lo que acá mayormente se ve acá en Loreto. Se cree mayormente ya llegamos a una edad avanzada de que ya la persona no puede realizar un trabajo. Mayormente, era a los hijos. El hijo le tiene que dar el sustento al padre. Hasta que termine la vida del padre” (Focus Group adultos, Iquitos)

Sobre las formas de inversión y de previsión a futuro para varias familias, tanto en Cajamarca, Puno e Iquitos, esta se deposita en primer lugar en los hijos. Los padres ahorran para la educación y alimentación de sus hijos, de modo tal que estos debieran retribuir cuidado y protección cuando sus padres envejezcan. Si bien no está considerada como una forma de previsión de manera explícita, las respuestas brindadas reflejan que esta responsabilidad es entendida como una obligación tácita hacia los padres. Se ha encontrado que las formas más comunes son a través de cuidados, envío de remesas en caso estos hayan migrado y hayan podido conseguir trabajos estables, trabajo en las chacras de los padres y ayuda en los negocios familiares.

“Por ejemplo, yo me sacrifiqué cuántos años de mi vida, bueno trabajé porque como seres humanos, como padres, como madres, queremos que nuestros hijos sean mejores que nosotros, tengan una profesión que es lo más importante... que eso les va a servir para toda una vida... mientras ellos su profesión lo tengan, ahí van a poder trabajar, se van a poder ayudar... ahora, pero... gracias a... ¿quién le dio esa profesión? Los padres, ¿no?, porque los padres fueron quienes se sacrificaron, quienes realmente... ellos no saben de qué otra manera usted sacó para poder educarlo, para pagar la universidad, y tantas cosas que pagaron [...] y ahora yo digo, pues, “bueno ya son profesionales” [...] yo hice todo lo que he podido [...], si algún día me ven mayorcita que ya no puedo, bueno, me darán y si no, no... pero yo pienso que es lo justo, ¿no?, o sea, deben ayudarnos, nosotros ya los apoyamos para que sean algo... (Focus Group mujeres adultas, Cajamarca)

E: ¿Y tú por qué no quisieras vivir aquí? J: Porque en primer lugar aquí no hay trabajo y también es porque yo tengo que mantener a mis padres. Tengo que ir a otra parte para ganar bien para mantener a mis padres. Porque tengo que ver, también tengo un hermano menor que tengo que trabajar para él también para cuando sea grande, tengo que trabajar para hacerlo estudiar a él también (Conversación con niño de 13 años, Nauta)

En otros casos, ante la falta de algún tipo de aseguramiento o si se presenta algún tipo de contingencia o necesidad, se activan mecanismos de protección más comunitarios. Sin embargo, la impresión inicial es que en las regiones de la sierra hay mayor predisposición por parte de los pobladores de colaborar en el cuidado de adultos mayores o personas enfermas a través de cuotas o pagos. Ello podría desarrollarse de manera más amplia en otro tipo de investigaciones. Por ejemplo, en Cajamarca, las rondas campesinas asumen un rol de cuidado y activan mecanismos para poder realizar colectas y apoyar a las familias que presentan un adulto mayor enfermo. En la selva no se han encontrado tantos mecanismos de apoyo comunitario o colectivo. En la comunidad de Manacamiri, a 30 minutos de la ciudad de Iquitos, no se constataron mecanismos de apoyo comunitarios a las familias que presentan casos de emergencia o necesidad.

“Los ronderos hemos apoyado bastante, haciendo el auto-sostenimiento, claro, no al 100%, al 30-40% y ayudamos a los compañeros. (Si se enferman) los apoyamos bastante. Si, por ejemplo, un caso de un compañero rondero que tuvo un accidente en una empresa y la empresa constructora vino a través de Conga, y tuvo un accidente acá movilizándose en un vehículo menor, y bueno, se chocó contra otro vehículo y pues suscitó el accidente. Entonces aquí la empresa debería hacerse responsable porque aquí la empresa como empresa tiene todos los beneficios con el trabajador, pero es mentira...no fue así. O sea, trataron de dilatar el tiempo y este por el accidente del cerebro... un golpe que afectaba el cerebro [...]. Nosotros hemos hecho rápidamente, lo hemos llevado hasta Lima sino, lo perdíamos al compañero... hemos colaborado entre todos y después hemos gestionado como organización. Es beneficioso porque la organización es fuerte aquí en Cajamarca, se llegó a lograr sus beneficios, una parte no en toda su totalidad. Ya sus beneficios porque desde el momento no pudo lograr pero al menos una parte su medicina, logramos la operación. Se gastó algo de 22 mil en la operación. Hemos colaborado toditos los ronderos” (Entrevista adulto, Celendín, Cajamarca)

c. Reconocimiento de las instituciones vinculadas a la seguridad social:

Instituciones vinculadas a los sistemas de pensiones: Hay un mayor reconocimiento de las AFP que de la ONP a pesar de que ningún entrevistado se encontraba afiliado a dicho sistema privado; ello podría deberse a la mayor exposición pública en los medios de comunicación. Sin embargo, no identificaban las distintas empresas del rubro y tampoco conocían en profundidad las diferencias entre ambos sistemas. Sobre Pensión 65, casi la absoluta mayoría conoce el programa y el requisito principal para ser parte de este (los bajos recursos económicos).

Instituciones vinculadas a los seguros de salud: La gran mayoría de personas entrevistadas conoce el SIS, pero no identifica la relación que tiene este servicio con el Ministerio de Salud (MINSA), sino que reconocen que pertenece, de manera genérica, al Estado. Sobre EsSalud, es la segunda institución reconocida; no obstante, más allá de las quejas al servicio y algunas referencias puntuales, no conocen en profundidad la diferencia entre el MINSA (SIS) y EsSalud; tan sólo que el primero está destinado a personas con bajos recursos económicos y la segunda, es utilizada mayormente por trabajadores estatales o dependientes formales, pues tiene un costo que asume la empresa que los contrata.

En cuanto a los seguros privados, estos son conocidos en menor medida, sobre todo en localidades rurales, como Manacamiri, Nauta y Sucre. Sin embargo, algunos, pese a vivir en estos lugares, lograron reconocer algunas de estas empresas privadas de seguros de salud, aunque sin conocer a profundidad en qué consisten sus servicios. Se informaron acerca de ellos, a través de comerciales difundidos en medios masivos de comunicación, como la televisión y las radios más conocidas en dichas comunidades.

Dinámicas realizadas en escuelas: percepciones y hábitos en alumnos de quinto año de educación secundaria:

En el caso de los estudiantes -hombres y mujeres- de quinto grado de secundaria con los que pudimos conversar, no reconocen el término seguridad social y al momento de pedirles palabras relacionadas las más recurrentes fueron: seguridad ciudadana, vigilancia, bienestar, cuidado de la comunidad, policías, educación. Se les leyó la definición propuesta y reconocieron algunos servicios- los seguros de salud, las pensiones y la vincularon con Pensión 65 y Juntos- Sin embargo no entienden la seguridad social como un sistema, sino más bien como el conjunto de servicios individuales a los que cada persona/familia accede dependiendo de sus posibilidades.

Por otro lado, al indagar con mayor profundidad en los servicios que fueron reconocidos, obtuvimos las siguientes percepciones de los tipos de seguros de salud que conocen:

Tabla 3: Percepciones de los adolescentes sobre los distintos seguros de salud:

Tipo de Seguro	Sistema Integral de Salud	EsSalud	Particulares (Rímac, Pacífico)
Funciones	Es para personas con bajos recursos. Para prevenir enfermedades, para atender accidentes. Para ahorrar gastos.	Percibido como un seguro privado (ya que se paga un aporte) y por ende, cubre más aspectos que el SIS	Reconocidos porque cubren accidentes de tránsito y porque son privados (sensación de inaccesibilidad)
Experiencia	Tienes que ‘parecer que te estás muriendo’ para que te atiendan. Quejas por la demora en las citas y las largas colas	Desde la experiencia de algunos usuarios, el seguro social es mejor pues la atención es más directa	No lo han usado
Conocimiento	Experiencia de uso por familiares o en la escuela. Radio/Televisión	Experiencia de uso por familiares o en la escuela. Radio/Televisión	Por la publicidad en televisión.

Elaboración propia.

En Iquitos y Puno, en mayor medida que en Cajamarca, mencionaron otras estrategias en caso no se cuente con un seguro. Se mencionaron las plantas medicinales (usadas por los adultos mayores por lo general), la atención en un consultorio particular o la automedicación en las farmacias. Asimismo, algunos estudiantes en el colegio de Puno mencionaron que son los del sector rural los que mayoritariamente se curan con hierbas y medicina natural para la mayoría de las enfermedades. Creen que la gente, sobre todo la del campo, le tiene temor a la medicina moderna, “aunque ahora se sanan menos”.

Sobre los sistemas de pensiones, el reconocimiento de las instituciones y el servicio que brindan era significativamente menor. De los que tienen algún nivel de conocimiento, la mayoría de ellos reconocen a las AFP y casi ningún estudiante a la ONP, a la que confundían con la ONPE (Oficina de Procesos Electorales). Sobre las AFP, sabían que pertenecía al sector privado y que el dinero que el aportante abonaba era devuelto en forma de pensión solo hasta que se terminara el fondo. También señalaban que si un aportante moría, los familiares no podían cobrar la pensión y lo retenía la empresa, en el caso de unos estudiantes en Puno. En suma, no distinguen la diferencia primordial entre la ONP y la AFP.

Por otro lado, cuando se les presentaba el caso de personas que no cuentan con seguro de salud o pensiones, para constatar las estrategias que utilizan en esas circunstancias, los estudiantes mencionaban que por general son apoyados por sus

redes familiares, o por algunos vecinos a través de actividades, como recolección de dinero o polladas- sobre todo en el caso de Cajamarca y Puno.

Finalmente, al preguntarles por el programa Pensión 65, fue el más reconocido de todas las instituciones y servicios mencionados anteriormente. En todos los casos, sabían que se trataba de un programa que brinda el Estado y que se le otorga a las personas mayores con bajos recursos económicos (“para los pobres mayores de 65 años”). Asimismo, lo relacionan con el programa Juntos.

VII. Conclusiones y recomendaciones:

Mediante las entrevistas y grupos focales realizados en el trabajo de campo pudimos comprobar que no existe un nivel de conocimiento básico sobre el concepto y las ramas de la seguridad social. No conocen el contenido del término, ni reconocen a la seguridad social como un sistema integral de protección y cuidados. No obstante, sí son identificados algunos servicios como los seguros de salud y los sistemas de pensiones, pero entendidos como servicios individuales a los que cada persona o familia pueden acceder dependiendo de sus posibilidades y necesidades. Las otras ramas de la seguridad social, como los seguros de desempleo, de maternidad o de trabajos de riesgo, no son relacionados como parte de un sistema de seguridad social.

Ante esta falta de información, el acceso a los distintos servicios de la seguridad social no es considerado como un derecho de los ciudadanos, el cual pueden exigir al Estado. Se han recogido quejas y críticas puntuales a los servicios de salud (SIS y EsSalud) y hacia los sistemas de pensiones, pero los reclamos apuntan a exigir una mejora en la calidad y oportunidad de las prestaciones, así como a la necesidad de ampliar la cobertura.

Así también, se hizo evidente el reclamo de los informantes sobre la falta de información de los servicios brindados principalmente por el Estado y de la inexistencia de instancias a donde recurrir en caso se quiera realizar algún reclamo. Por ello, consideramos fundamental partir por mitigar el alto nivel de desconocimiento, pero este debe constituirse como un proceso sinérgico en constante retroalimentación entre la comunidad y los funcionarios, para que los propios actores puedan apropiarse de la información recibida y poder adaptarlas a sus hábitos y prácticas cotidianas. Es importante considerar factores relevantes como el género, el nivel socioeconómico y el contexto en el que se inscriben las comunidades o distritos en donde se tiene planeado trabajar.

Para lograrlo, es necesario reconocer a los actores/líderes locales con legitimidad y reconocimiento y, a través de ellos, brindar la información sobre la seguridad social; pues al ser temas relacionados con la seguridad de las personas, la toma de decisiones está condicionada al nivel de confianza que mantienen con la persona de la cual reciben la información. Además, es de suma importancia que las currículas escolares incluyan este tema para poder llegar a los estudiantes en edad formativa y puedan acoplar hábitos y prácticas relacionadas a la seguridad social entre sus amigos, familias y comunidad.

Finalmente, es importante tomar en cuenta los conocimientos tradicionales y prácticas locales que las personas utilizan para enfrentar contextos de necesidad o urgencia. Si bien, la mayoría de ellas no califica como parte de un sistema institucionalizado de

seguridad social, son prácticas que deben ser analizadas para poder comprender las lógicas y contextos específicos. En particular el uso intensivo en determinados contextos de prácticas de cobertura solidaria o redistributiva, y el apoyo en redes comunitarias o familiares. Y así posteriormente poder articular estas prácticas con las instituciones de la seguridad social.

VIII. Anexos

Registro fotográfico:



En Cajamarca, muchas de las campañas de salud se realizan al ritmo de comparsas y recorriendo las calles de la ciudad, con el fin de informar a la población sobre la importancia de prevenir ciertas enfermedades. Durante nuestro viaje, pudimos apreciar una comparsa de prevención de enfermedades respiratorias, específicamente de prevención de la TBC.



Colegio San Ramón: fue el colegio en el que realizamos la primera dinámica con escolares de 5to de secundaria. Es uno de los colegios más antiguos de la Región. Fue remodelado en los últimos años y los alumnos gozan de una muy buena infraestructura para estudiar. Se aprecia un día bastante lluvioso.



La comunidad de Manacamiri se encuentra a unos 20 minutos de la ciudad de Iquitos en “peque peque”, pequeñas lanchas que cruzan el río Nanay. Al desembarcar, se puede encontrar este arco que nos da la bienvenida. Es una comunidad con una alta incidencia de pobreza; la mayoría de los pobladores se dedican a la artesanía, agricultura y pesca. Asimismo, en los últimos años, el turismo se ha vuelto una actividad rentable, ya que muchos turistas llegan de diferentes partes del mundo para poder realizar ceremonias de ayahuasca.



Manacamiri: un poco de las obras de arte de los artesanos.



Manacamiri: artesanos tallando pequeños botes de madera.