

---

## Protección Social en Salud para trabajadores del Sector Informal Urbano: Conceptos, mecanismos y una propuesta

---

Henry Espinoza Peña  
[hespinoza@cedepperu.org](mailto:hespinoza@cedepperu.org)

Vanessa Rios Salas  
[vrrios@cedepperu.org](mailto:vrrios@cedepperu.org)

**Unidad de Investigación  
Centro de Estudios para el Desarrollo - CEDEP**

*Versión 2.0 (Favor, No citar. Versión para Comentarios)*

Septiembre, 2004

---

El presente documento ha sido desarrollado bajo el auspicio del Programa de Protección Social de Women in Informal Employment: Globalizing and Organizing (WIEGO) y el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Los autores desean agradecer la valiosa asesoría de Elizabeth Minaya en varias etapas del proyecto. Adicionalmente, los autores agradecen los comentarios de Norberto García y Juan Chacaltana. Las opiniones vertidas en el estudio son de entera responsabilidad de los autores.

## **Protección social en salud para los trabajadores informales: Conceptos, mecanismos y una propuesta**

### ***I. Introducción.***

Los mecanismos de protección social son aquellos referidos a cubrir los riesgos de salud, de accidentes en el trabajo y beneficios de retiro o jubilación. Por lo general, estos riesgos deberían ser cubiertos por la seguridad social, pero la realidad señala una situación distinta. A través de los años, la cobertura de estos riesgos ha sido elevada a la categoría de derecho humano fundamental por parte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y ha recibido un impulso fundamental a partir de campañas y promoción legal por parte de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y desde diversas instituciones gubernamentales, que supervisan y regulan su aplicación; así como también desde organizaciones no gubernamentales, que promueven programas para los trabajadores no cubiertos por estos mecanismos.

En el Perú, los niveles de afiliación a los sistemas de protección social formales, han venido disminuyendo debido a una serie de transformaciones económicas y sociales que provocaron un impacto singular en las condiciones de trabajo en el sector urbano. En la segunda mitad del siglo XX, el fenómeno de repoblamiento urbano, que se inició en toda América Latina, conocido como “urbanización”, marcó una seria tendencia en nuestro país. Las olas migratorias provenientes del área rural, que empezaron a poblar los alrededores de las zonas urbanas a inicios de la década de los setenta, provocaron un nuevo orden social y generaron un mercado, que paulatinamente se fue integrando a los centros urbanos principales<sup>1</sup>. Este crecimiento inusitado de la población urbana y, por consiguiente, de su fuerza de trabajo, no fue acompañado de una reacción similar por el lado de la demanda laboral; y es así que muchas personas, en su mayoría con bajos niveles de educación, no obtuvieron un trabajo, optando por formar parte de lo que se suele denominar como sector informal<sup>2</sup>. Una década más tarde, en los ochenta, las migraciones campesinas continuaron, debido al pánico que causó la violencia del terrorismo y a los resultados de una pésima política de descentralización. Esto, unido a la crisis económica, incrementó el número de personas pertenecientes al sector

---

<sup>1</sup> Así, en sólo dos décadas, la población rural pasó de ser el 52,6% del total en 1961, al 34,8% en 1981. (Cuánto, 2003)

<sup>2</sup> También llamado sector no estructurado, economía subterránea o economía de autoempleo (Krujit, 2002).

informal urbano, llegando a representar un 50% de la fuerza laboral, en 1986, sólo en Lima Metropolitana (Saavedra y Nakasone, 2003).

Los noventa se caracterizaron por la implementación de una serie de reformas en el campo político y económico. Aún cuando estas reformas tuvieron un impacto positivo en el crecimiento del producto, éstas no variaron la poca capacidad de la economía para generar más y mejores empleos, situación que no ha podido ser revertida hasta la fecha; y que, además, ha incrementado el número de personas pertenecientes a la economía informal e incluso ha empeorado la situación de las que ya pertenecían a ella (Krujit, 2002). Esto, a su vez, es el resultado de la existencia de una inadecuada legislación laboral<sup>3</sup> y una burocracia excesiva, que han impedido cualquier intento de integración al sistema formal, ya que resulta muy costoso (De Soto, 1986; y Tokman, 1990). En la actualidad se estima que casi el 60% de la PEA ocupada de Lima Metropolitana, forma parte de la economía informal (Saavedra y Nakasone, 2003; y OIT, 2003a); y que el producto perteneciente a este sector equivale al 58% del PBI (Loayza, 1997).

Es así que la gran mayoría de las relaciones laborales y de autoempleo se desarrollan fuera del alcance de cualquier regulación, lo cual implica la ausencia de mecanismos de seguridad social para proteger a este tipo de trabajadores ante los distintos riesgos a los cuales están expuestos, principalmente aquellos relacionados con la salud. Debido a las características del actual sistema seguridad social, sólo los trabajadores del sector formal pueden acceder a éste, pues, aunque es posible que los trabajadores independientes se afilien, resulta muy costoso para los trabajadores informales, que en su mayoría son pobres (Carbajal y Francke, 2000). Asimismo, según datos de una encuesta a microempresarios informales, realizada para este estudio, sólo el 6% de éstos estaba afiliado a algún mecanismo de prestación de salud.

De este modo, la informalidad termina siendo una extensión del concepto de exclusión social<sup>4</sup>. En la actualidad, la demanda por servicios de salud y pensiones (y otros servicios de protección social) crecen a un ritmo que supera ampliamente la tasas de crecimiento efectivo del PBI (Titelman y Uthoff, 2003), lo que obliga a poner en la agenda política y en el debate académico diversas alternativas de protección social para este grupo demográfico. Así, observamos en el gráfico 1 que las mejoras alcanzadas por

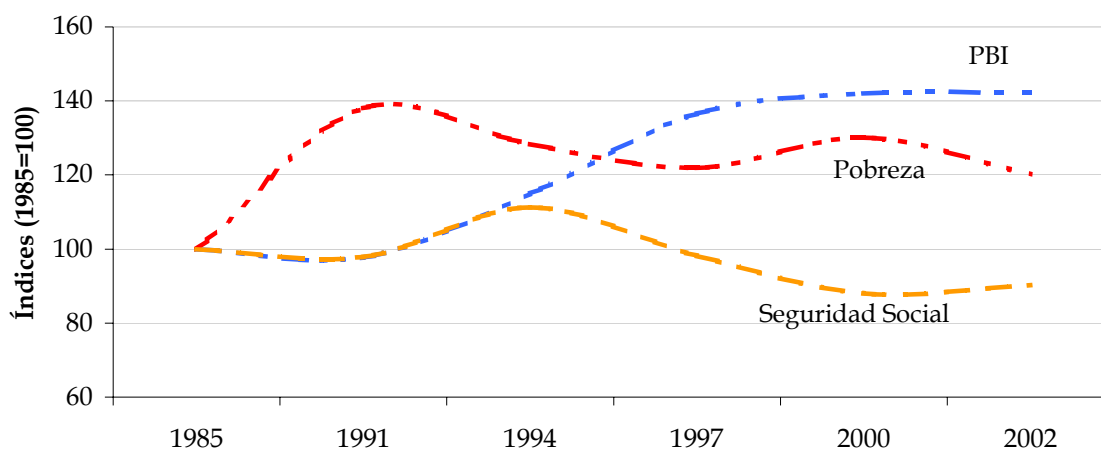
---

<sup>3</sup> Durante la década pasada se flexibilizaron las modalidades contractuales, generando un clima de inestabilidad y desprotección entre los trabajadores (Chacaltana, 1999).

<sup>4</sup> La exclusión se refiere al hecho de que un grupo de personas no tenga acceso a los mismos beneficios y oportunidades a los cuales sí tienen acceso otros miembros de la misma sociedad.

la economía en los primeros años de los 90's no han sido suficientes para reducir los niveles de pobreza ni aumentar los niveles de seguridad social en salud.

Gráfico 1. Perú (1985-2002) Índices PBI, Pobreza y Tasas de aseguramiento en salud.



Fuente: INEI, MTPE (1985-1995) Encuesta de niveles de Empleo; INEI-MTPE (1996-2002) ENAHO III Trim. Elaboración Propia.

El gráfico anterior, nos proporciona una evidencia de los niveles de vulnerabilidad de los trabajadores en general. Esta situación se hace más severa en el caso de los trabajadores informales. En ese sentido, el objetivo del presente documento es hacer una exploración de los mecanismos existentes de protección social en salud en el sector informal urbano, con la finalidad de determinar los alcances de estas políticas y las posibilidades de su implementación. Asimismo, se plantea el estudio de una experiencia novedosa que está en vías de desarrollo, en Lima y otras provincias del país, que consiste en la implementación de un modelo de promoción económica de la micro y pequeña empresa, con participación de las municipalidades de cada distrito; y que tiene como base el incremento de la productividad del trabajo. Las acciones consideradas están vinculadas a la mejora de las condiciones de trabajo (protección social; salud ocupacional, incluyendo reducción de riesgos y accidentes de trabajo; y el uso de herramientas y del espacio físico) y de las técnicas de gestión y producción; con la participación de otros agentes locales (como profesionales independientes y municipalidades), potenciando el capital social existente.

El tema de protección social en salud para trabajadores informales en el Perú es aún incipiente en cuanto a desarrollo académico. El presente documento intenta hacer un aporte en ese sentido, para lo cual ha sido dividido en ésta, la introducción, y seis secciones adicionales. En la segunda sección se realiza un marco contextual de la situación del empleo y el sistema de salud; en la tercera, se estudia la relación entre

informalidad y pobreza y la necesidad de mecanismos de protección social en salud para trabajadores informales. En la cuarta sección se presentan algunas experiencias de este tipo, desarrolladas en el Perú y el extranjero. Después de esto se podrá encontrar la propuesta elaborada a partir de la bibliografía revisada, las encuestas, entrevistas y el grupo focal. Finalmente, en la sexta y la séptima sección se presentan las notas bibliográficas y los anexos, respectivamente.

## *II. Marco Contextual*

### *2.1 Situación del empleo*

A inicios de la década pasada, el Perú inició un proceso de reformas estructurales, caracterizadas por la liberalización del mercado, flexibilización en la contratación de mano de obra, privatización de las empresas públicas y reducción del déficit fiscal, entre otras medidas. Lamentablemente, estas reformas no fueron capaces de resolver los problemas de empleo, pobreza y sostenibilidad del crecimiento económico de nuestro país; traduciéndose en un leve aumento de la tasa de pobreza y un incremento sustancial de los niveles de desigualdad. Adicionalmente, los shocks externos provenientes de la crisis financiera internacional y la mala gestión económica de entonces, condujeron a nuestra economía a un severo proceso recesivo, iniciado en 1998 y prolongándose hasta el 2002.

Según el INEI, más del 50% de los peruanos viven en situación de pobreza, cifra similar a la de la década de los ochentas. Para finales del 2003, el porcentaje de la población económicamente activa (PEA) limeña que se encontraba desempleada y subempleada, especialmente por ingresos, bordeaban el 10% y 56%, respectivamente. En el área urbana, para el año 2001, estas tasas fueron de 7.9% y 47.6% (Cuánto, 2003), respectivamente. Es decir, durante los últimos años, lo que se ha generado son empleos de baja calidad, básicamente en sectores de baja productividad laboral (Chacaltana, 2004). Esta situación se ha debido a que la población, ante la necesidad de un ingreso con el cual cubrir sus necesidades y las de su familia, empezó a crear sus propios puestos de trabajo, o aceptaba cualquier empleo, sin importar si estaba de acuerdo a la legalidad vigente o si le brindaba los beneficios, que por ley le correspondían. La idea era obtener algún medio económico para poder sobrevivir. Esa misma idea es la que permanece hasta la fecha.

Aún cuando existen discrepancias en cuanto a su definición, se estima que casi el 60% de la PEA ocupada de Lima Metropolitana, forma parte del sector informal (Saavedra y Nakasone, 2003; OIT, 2003a; Herrera, 2003), siendo el grupo con menor nivel de educación, en comparación con el sector formal. Para el Perú urbano, el porcentaje estimado de empleo informal es de 61.5%, y la actividad informal de comercio concentra el 93.3% del total de empleos en este sector. En cuanto al género, la proporción de informales dentro de cada grupo es muy similar. Así, en el 2002, el porcentaje de informales dentro de los hombres ocupados bordea el 55% mientras que de las mujeres, el 59% (OIT, 2003b). Y, desagregando el sector informal en Lima Metropolitana, se obtiene que el 20% se concentra en las microempresas, aproximadamente el 28% como independientes no profesionales, y un 5% como trabajador familiar no remunerado (OIT, 2003b).

En lo referente a los ingresos de los informales, Saavedra y Nakasone (2003) señalan que “los ingresos de los trabajadores informales han permanecido estancados desde inicios de la década pasada mientras que los ingresos de los trabajadores formales se habrían incrementado como producto de las reformas de la década pasada. Además, dentro del sector formal, el incremento de las remuneraciones habría estado concentrado en el segmento de asalariados, que, sin embargo, es el grupo que proporcionalmente se ha reducido más”. Es así que la mayoría de trabajadores pobres son aquellos que laboran en la informalidad. Según Herrera (2003), de los trabajadores pobres, “alrededor de 3/4 del contingente está compuesto por trabajadores informales”; y, por otro lado, señala que “sea cual sea la definición adoptada, los trabajadores informales tienen una incidencia de pobreza (...) de cerca de 50%, el doble de la observada en el caso de los trabajadores formales”. Esta situación se explica, en parte, porque los trabajadores no cuentan con ningún sistema de seguridad social, lo cual los hace más vulnerables ante cualquier riesgo, manteniendo o incrementando su condición de pobreza<sup>5</sup>.

La seguridad social es un concepto muy importante, tanto así que la Organización de Naciones Unidas la incluye como un derecho fundamental de la persona humana, puesto que es un elemento básico para la manutención de un nivel de vida digno. El objetivo de la provisión de seguridad social a la fuerza de trabajo (y, a través de ellos, a sus familias) es el de proporcionarles acceso a los servicios de salud y la seguridad en los ingresos, de forma tal que se encuentren protegidos ante la eventualidad de un shock adverso. En la siguiente sección se tratará con más detalle el sistema de seguros

---

<sup>5</sup> El mecanismo para que ello ocurra, se explica con más detalle en la sección 3.

de salud en el Perú, para poder conocer con más detalle la situación de los informales dentro del mismo.

## *2.2 El sistema de salud peruano: la exclusión de los trabajadores informales*

Entre los riesgos de los cuales protege la seguridad social en salud se tienen dos tipos: riesgos de salud general y riesgos de salud ocupacional. Los riesgos de salud general están relacionados con enfermedades que puede tener cualquier individuo. En tanto los riesgos de salud ocupacional se refieren a las enfermedades o dolencias que son consecuencias del ejercicio de una actividad laboral.

En lo que respecta a la provisión de mecanismos de protección contra riesgos de salud existe una amplia gama de opciones; tantas, que no hacen posible una provisión eficiente del servicio, y están dirigidas no sólo a la fuerza laboral y sus familias, sino a toda la población. Guzmán (2003) señala que no existe un sistema nacional de salud articulado, así coexisten 4 subsistemas de salud, proporcionados por: El ministerio de Salud, el Ministerio de las Presidencia (a través de los gobiernos locales), el Ministerio de Trabajo (a través de ESSALUD), y el Ministerio de Defensa y del Interior, que proveen atención médica al personal militar y policial. El Ministerio de Salud desempeña el papel rector dentro del sector y se encarga de emitir los lineamientos de política, así como las normas y procedimientos técnicos para regular la actividad sectorial. Estos subsistemas casi no interactúan entre sí, permitiendo que en el país existan a la vez personas no atendidas y capacidad instalada ociosa (Guzmán, 2003).

En el Perú, la seguridad social en salud ha sido objeto de muchos cambios en su legislación, tanto en lo referente a los niveles de aportación y la responsabilidad de ésta (a cargo del trabajador o empleador), como del proveedor del servicio (público o privado). Por ejemplo, para el caso de los trabajadores dependientes, en 1984, el aporte total ascendía al 9% de las remuneraciones brutas: los trabajadores aportaban 3% y los empleadores el 6%; régimen que se mantuvo hasta julio de 1994, fecha desde la cual el 9% es financiado íntegramente por los empleadores.

En la actualidad hay un esfuerzo importante, para la universalización de los servicios de salud. Desde hace tres años existe el denominado Seguro Integral de Salud (SIS), el cual es una versión ampliada del Seguro Público de Salud (SPS) que era una fusión del Seguro Escolar Gratuito (que cubría contra enfermedades a niños en edad escolar, y sufría de filtraciones en su provisión) y el Seguro Materno Infantil (que cubría a madres gestantes y a sus hijos en los primeros años de vida, y el cual tenía problemas

de subcobertura). El SIS a diferencia del SPS cubre no solamente a niños y madres gestantes, sino también a adultos pobres. Esto ha generado un debate en tanto su viabilidad, pues no se sabe si va a ser posible cubrir a los 17 millones de peruanos que se ha propuesto como público objetivo; pero esa es una discusión que esta fuera del alcance del presente estudio. El SIS brinda sus servicios, a lo largo de todo el territorio nacional, a través de postas médicas, las cuales brindan servicios de atención médica básica al costo de cinco nuevos soles (que no incluyen medicinas ni análisis posteriores).

Además del SIS, existen los regímenes contributivos. Entre éstos se encuentra el Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud, que tiene a su vez, dos clases de asegurados: los afiliados regulares y los potestativos. La afiliación de los primeros es de carácter obligatorio (en general, incluye a los trabajadores dependientes, socios de cooperativas de trabajadores, trabajadores del hogar y pensionistas; en particular, a los pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes y los trabajadores portuarios); y la afiliación de los segundos es de carácter voluntario (trabajadores independientes y quienes no reúnan las características para afiliarse de modo regular). También se tiene el Seguro de Salud Agrario y los regímenes especiales facultativos. El primero beneficia a los trabajadores agrarios dependientes e independientes, de manera obligatoria y voluntaria, respectivamente. Mientras que los segundos benefician al asegurado Facultativo Independiente, Continuador Facultativo, Ama de Casa y/o Madre de Familia y al Chofer Profesional Independiente<sup>6</sup>; cuyas afiliaciones han sido voluntarias.

Para ampliar la cobertura del Régimen Contributivo de la Seguridad Social de Salud, en mayo de 1997 se dicta la ley 26790 denominada de Modernización de la Seguridad Social en Salud. Mediante esta ley se crean las entidades prestadoras de salud (EPS); es decir, se configura un régimen privado para el seguro de salud. Y, por ello se creó la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS), cuyo fin es supervisar y regular el funcionamiento de las EPS. Este organismo cuenta con autonomía funcional, administrativa y financiera. Es así, que los regímenes contributivos funcionan vía las EPS y ESSALUD. Por otro lado, el Ministerio de Salud está encargado del régimen estatal, es decir, del Sistema Integral de Salud.

---

<sup>6</sup> Anteriormente, las modalidades del seguro de salud para cada uno de estos grupos de trabajadores eran diferenciados, pero fueron cerrados y no admiten nuevas afiliaciones desde septiembre del 2002; siendo reemplazados por un seguro general para el trabajador independiente; el potestativo.



El financiamiento de los regímenes contributivos se realiza mediante los aportes de los empleadores y de los asegurados, dependiendo del caso. En el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, para el caso de los afiliados regulares, los empleadores aportan el 9% de la remuneración asegurable, y si se trata de pensionistas, el 4% de la remuneración asegurable. Si se trata del Seguro Potestativo, los aportes se determinan de acuerdo al rango de edad y el número de derechohabientes, siendo aportes fijos que van de 41 a 383 nuevos soles<sup>7</sup>. Para el caso del Seguro de Salud Agrario, el empleador aporta el 4% de la remuneración mensual, en caso de trabajadores dependientes; y con aportes a cargo del propio trabajador (4% de la remuneración mínima vital, que actualmente es de 460 nuevos soles) si es un trabajador independiente. Por el lado de los regímenes especiales, estos se financian con aportes a cargo del asegurado titular que en general tienen como mínimo el 9% de la remuneración mínima vital.

Por otro lado, existe un seguro adicional, el seguro complementario de trabajo de riesgo (SCTR), el cual es uno de los beneficios más antiguos de la legislación laboral peruana (se creó en 1911). Su objetivo es regular la responsabilidad del empleador respecto de las contingencias ocurridas con motivo de la actividad laboral. Como es lógico suponer, este beneficio se ha ido modificando en concepto, cobertura y modalidades a través de los años. En un principio era voluntario y privado, desde 1971 es obligatorio y forma parte del régimen de seguridad social.

Según la ley, el SCTR se financia por cotizaciones a cargo del empleador y la tasa de aportación es fijada por las entidades públicas y privadas que ofrecen la cobertura - en función de la naturaleza y frecuencia de los riesgos en cada empresa y su clasificación, determinada por ESSALUD - tanto de las prestaciones sanitarias como de las prestaciones económicas. Las entidades públicas ofrecen tasas entre 0,63% y 1,84% de la remuneración asegurable para las prestaciones de salud del trabajador dependiente<sup>8</sup>. Por otro lado, para el trabajador independiente el aporte mensual es un monto fijo que oscila entre los 19 y 24 nuevos soles.

A pesar de todas las modalidades de seguros de salud existentes, Guzmán (2003) apunta que el 25% de la población peruana no tiene acceso a los servicios de salud, principalmente por barreras económicas. Y, tal y como lo señala un estudio de la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2003), son los desempleados y los

---

<sup>7</sup> Para más detalle ver en el Anexo, el cuadro A1.

<sup>8</sup> Antes existían diez tasas de riesgo las cuales variaban en una escala desde 1% hasta 12.2%. Pero desde 1997, con la nueva Ley de modernización de la salud en la Seguridad Social se dispone que este seguro pueda ser contratado con ESSALUD o con una EPS y se redujeron las tasas de aportación a sólo 4 niveles.

trabajadores informales los principales excluidos del sistema de salud. Esto se debe a que la obligatoriedad de los planes de seguro se da en el caso de los trabajadores dependientes, los cuales son pocos<sup>9</sup>. Y los planes de seguro potestativos a los cuales podrían acceder los trabajadores informales de manera voluntaria suelen estar fuera de su alcance económico o simplemente no están bien difundidos, de tal manera que resulta muy difícil que ellos se enteren de su existencia<sup>10</sup>.

### ***III. Informalidad y Pobreza: Necesidad de Mecanismos de Protección Social***

La informalidad como concepto aparece a inicios de la década de los setenta, para referirse al conocido sector tradicional de los modelos de desarrollo, analizados por economistas como Lewis en la década de los cincuentas<sup>11</sup>, que consideraban a los comerciantes y pequeños productores, y trabajadores eventuales, que no habían sido absorbidos por la economía formal, tal y como se pensó que iba a suceder (Chen, Jhabvala y Lund, 2002). Desde entonces, el tema empezó a cobrar relevancia y las definiciones y posibles causas de la economía informal han sido muchas y diversas.

Estas diferentes definiciones de informalidad pueden ser resumidas en el Cuadro 1, donde se clasifica a los trabajadores informales en dos grandes grupos: i) trabajadores no asalariados; y ii) trabajadores asalariados. El resumen presentado en el cuadro 1 representa, de cierta manera, el concepto de informalidad de la OIT (2003a), el cual hace referencia a “empleos con baja productividad, por lo general inestables y de bajos salarios, en sectores marginales”. La OIT, excluye de la informalidad la parte relacionada con el “cumplimiento de las normas vigentes y beneficios sociales”, y denomina a eso desprotección legal<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Cabe indicar que los cambios introducidos para flexibilizar el mercado laboral a través de nuevas modalidades contractuales en los 90's, liberaron a muchos empleadores de la obligatoriedad del pago de los beneficios de seguridad social. En Chacaltana (1999), se puede encontrar una discusión más detallada al respecto.

<sup>10</sup> Por experiencia propia (en una visita a un centro de información de ESSALUD), se puede señalar que el recibir información sobre los planes de seguro resulta ser muy costoso en términos de tiempo (unas dos horas como mínimo), y cuando se recibe, ésta no suele ser completa. Mucha gente después de varias horas de espera, sale de los locales de ESSALUD sin saber de manera clara los riesgos que cubre el seguro al que se está afiliando, ni qué costos implica.

<sup>11</sup> Lewis (1954).

<sup>12</sup> En cuanto a este tema, de la relación entre legalidad e informalidad existen distintas versiones: la de los dualistas, estructuralistas y legalistas. Los dualistas consideran que el sector informal es marginal y no está relacionado con el sector formal; argumentan que su existencia se debe a una falla en el crecimiento que no genera suficientes empleos formales. Los estructuralistas, en tanto, consideran que el sector informal está subordinado al formal, y que

Cuadro 1. Clasificación trabajadores del sector informal.

Trabajadores No Asalariados	Trabajadores Asalariados
Empleadores y Patrones	Trabajadores empresas informales
Dueños de empresas informales	Trabajadores domésticos
Operadores de empresas Informales	Trabajadores eventuales sin empleador fijo
Trabajadores Independientes y por cuenta propia	Trabajadores del hogar
Cabezas de negocios familiares	Trabajadores a medio tiempo
Trabajadores por cuenta propia	Trabajadores no registrados
Trabajadores familiares no remunerados	

Fuente: Chen, Jhabvala y Lund (2002)

Una definición más amplia de informalidad, incluye a aquel grupo de trabajadores desprotegidos legalmente y, además, a aquellos que son contratados eventualmente y que no figuran en las planillas o registros de las empresas (trabajo en negro). Es decir, une la definición legalista y aquella establecida por la OIT. De esta manera, un concepto amplio de informalidad incluye: a) trabajadores y empleadores de empresas informales; b) todos los trabajadores independientes, excepto los profesionales y técnicos calificados; y c) todos aquellos trabajadores asalariados que trabajen sin por lo menos sueldo mínimo, que no recibe beneficios de ley, sin importar si trabajan para firmas formales o informales (esta definición incluye empleados de firmas informales, trabajadores domésticos, trabajadores eventuales, trabajadores del hogar, trabajadores a medio tiempo, y no registrados)<sup>13</sup>. Cabe aclarar que ilegalidad no es lo mismo que informalidad; es decir, los informales surgen porque les resulta imposible acatar las normas vigentes (no pueden hacerlo por distintas razones); no porque no quieran hacerlo.

Tal y como lo señala De Soto (1986), la informalidad genera diferentes costos: costos por ser ilegales y costos por no estar regulados. En el primer tipo de costos se incluyen aquellos en los que incurre el empleador de una empresa informal o un trabajador independiente informal, que no quiere ser descubierto y busca evitar una sanción; y, además, los costos de transferencias netas, como las mayores tasas de interés para

surge como una alternativa de reducción de costos. Finalmente, los legalistas, entre los que se podría clasificar a De Soto (1986), se caracterizan por señalar que el sector informal es fruto de una excesiva burocracia y una ineficiente legislación. Saavedra y Nakasone (2003) señalan que si la productividad de un trabajador no es suficiente para poder compensar los costos que le impone la legislación laboral, dicho trabajador operará en el sector informal. Así, este criterio legalista desvincula la informalidad del tamaño de la empresa y de la condición de asalariado o independiente, ya que la decisión de la informalidad podría resultar indistinta a dichas categorías.

créditos. Los costos de no estar regulados, están referidos a la carencia de un derecho que garantice y facilite la eficiencia de las actividades económicas de los trabajadores de la economía informal; como derechos de propiedad, contratos y derechos extra-contractuales.

Además de estos costos, la informalidad trae consigo otros costos sobre los trabajadores, los cuales son de índole socio-económico, e inciden en la condición de pobreza de los mismos. Ya se mencionó anteriormente, que la pobreza es una de las principales características de la mayoría de los trabajadores informales del Perú, y del mundo en general. Esto no quiere decir que todos los trabajadores formales no sean pobres, o que el acceso a un trabajo formal asegure un escape a la pobreza. Pero, son los informales los que son más vulnerables a riesgos, lo que asegura una mayor probabilidad de ser o volverse pobre.

En la mayoría de los países de América Latina, sólo quienes tienen un trabajo formal y estable acceden a beneficios sociales como la cobertura de jubilaciones y los seguros de salud; mientras que los trabajadores informales y los desempleados suelen carecer de éstos o dependen de programas sociales estatales, principalmente de naturaleza asistencial (OIT, 2003a). Así, los trabajadores de la economía informal cuentan con menos herramientas para hacer frente a los riesgos que se les presentan.

El riesgo se refiere a la incertidumbre de ocurrencia de algún evento que podría dañar el bienestar<sup>14</sup>. Estos riesgos pueden agruparse en cuatro categorías (Van Ginneken, 2000):

- Calamidades, como desastres naturales, disturbios y hambrunas.
- Pérdida de la capacidad para obtener ingresos, que puede ser ocasionada por una enfermedad, un accidente, pérdida de activos, o la coyuntura económica.
- Crisis de los ciclos de vida, como fallecimiento o ruptura familiar.
- Gastos imprevistos e importantes, como facturas hospitalarias o grandes acontecimientos sociales.

Dentro de estos riesgos, tanto para los trabajadores informales como formales, se pueden distinguir otros, más relacionados a la actividad laboral, como la posibilidad de perder el empleo, tener bajos salarios, no contar con beneficios sociales o un ambiente inseguro de trabajo. Si bien estos riesgos se dan para todos los trabajadores,

---

<sup>13</sup> En el Perú, estas tipologías ocupacionales crecieron en total entre 6 y 7% entre 1986 y el 2001 (Saavedra y Nakasone, 2003).

<sup>14</sup> Véase Christiaensen y Subbarao (2001) para una definición didáctica.

las probabilidades de que éstos realmente ocurran son mayores para los informales, quienes, lamentablemente, no cuentan con beneficios sociales, tienen bajos salarios, entre otras características más. Asimismo, sus bajos ingresos son un obstáculo para autofinanciar su seguridad social, por lo tanto están más expuestos ante la ocurrencia de cualquier riesgo, sobretodo las mujeres, los jóvenes, niños y discapacitados. Esta vulnerabilidad a la que están expuestos los trabajadores informales, debe entenderse como “un estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas” (OIT, 2003). Según Thomas (2002), entre las características de los trabajadores informales, que definen su vulnerabilidad, se encuentran: (1) la ausencia de control sobre sus ingresos y condiciones de trabajo, ya que no tienen poder de negociación por ser unidades muy pequeñas; (2) la ausencia de educación y capacitación; (3) la falta de acceso al crédito; (4) la falta de representación, ya que les es muy difícil agruparse; (5) la carencia de protección social, la cual cubre una serie de beneficios, como pagos temporales en casos de enfermedad o desempleo, y pagos de largo plazo como las pensiones; y (6) la falta de protección frente a la discriminación y a la explotación. Todo esto indica que la carencia de un trabajo decente determina la alta vulnerabilidad del trabajador informal. En el cuadro 2 se puede apreciar las diferentes carencias que sufren los trabajadores informales en relación a este punto.

Cuadro 2: Déficit de Trabajo Decente por grandes grupos del Sector Informal

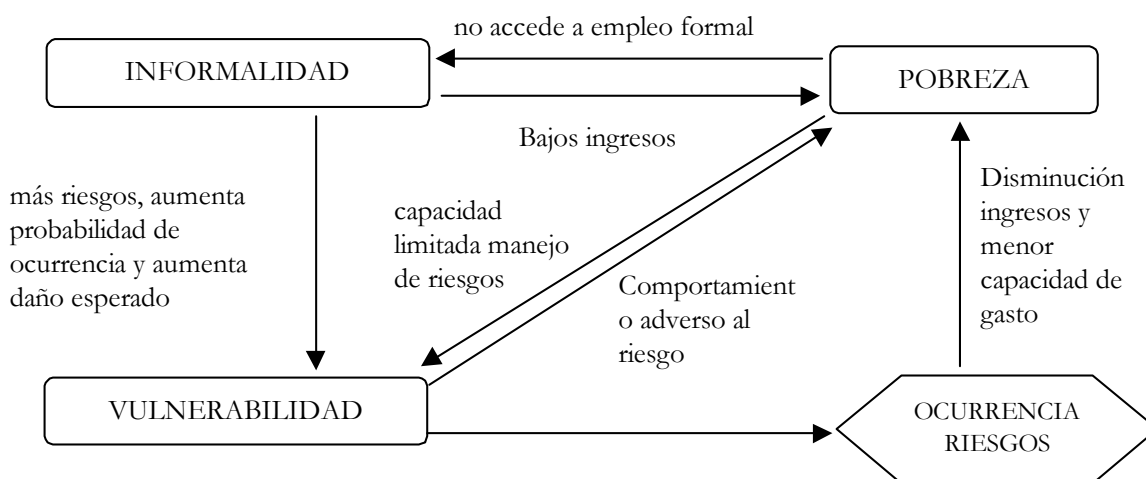
Grupo	Der. laborales básicos	Empleo	Protección social	Diálogo social
Empleados en microempresas	✓ discriminación	✓ limitado por el tamaño de la firma	✓ no cubiertos por esquemas de beneficios de desempleo	✓ ausencia de sindicalización
	✓ generalmente, pagos por debajo del salario mínimo. En el caso de empresas familiares no hay salario sino proporción de las ganancias.	✓ no hay control sobre horas trabajadas	✓ no cubiertos por esquemas de pensiones o prestaciones de salud	✓ ausencia de mecanismos de negociación colectiva
	✓ largas jornadas de trabajo sin relación contractual	✓ capacitación informal, no hay acceso a mecanismos externos de capacitación		
	✓ no se cumplen estándares mínimos de seguridad e higiene en el trabajo. Alto riesgo de sufrir accidentes.			
Trabajadores por cuenta propia	✓ discriminación	✓ limitados por tamaño de capital	✓ no cubiertos por esquemas de beneficios de desempleo	
	✓ precio de su trabajo limitado por factores externos	✓ necesidad de capacitación para mantener competitividad	✓ generalmente no cubiertos por esquemas de pensiones o prestaciones de salud	
	✓ largas jornadas de trabajo a consecuencia de competencia y necesidad ✓ pobreza hace que trabajen en condiciones inadecuadas ✓ libertad para tomar sus propias decisiones limitadas por factores económicos		✓ no tiene la capacidad económica para pagar un seguros contra accidentes	

Trabajadores domésticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ más que discriminación, trabajo estereotipado</li> <li>✓ método de pago a destajo y por lo general bastante bajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ demanda de trabajo estacional o cíclica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ no cubiertos por esquemas de beneficios de desempleo</li> <li>✓ no cubiertos por esquemas de pensiones o prestaciones de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ débil posición en el trabajo</li> </ul>
-------------------------	--	---	--	--

Fuente: Thomas (2002)

¿Y la pobreza? Pues bien, al ser vulnerables, la probabilidad de los trabajadores informales de ser pobre o volverse más pobre se incrementa, generándose una especie de círculo vicioso, en el cual el trabajador, por ser informal, necesita trabajar a diario, y al ocurrir cualquier eventualidad se reducen drásticamente sus ingresos o deja de recibirlos, por carecer de seguridad social; y, eso incrementa la severidad de su situación de pobreza, la cual se refiere al hecho “actual” de no tener suficientes recursos para satisfacer necesidades<sup>15</sup>. Y, es esta situación de pobreza, la que impide, dado el alto costo de acceso a la economía formal, que puedan salir por sí solos de la informalidad. Esta dinámica se puede observar en el gráfico 2.

Gráfico 2. Relación entre pobreza, informalidad, vulnerabilidad y riesgo.



Frente a esta situación de pobreza y vulnerabilidad presentes en la economía informal, se hace necesaria la seguridad social, cuyo objetivo es el de proveer a la fuerza laboral protección contra estos riesgos, a través de atención médica o la provisión de indemnizaciones o compensaciones económicas en casos de crisis, a cambio de un aporte periódico<sup>16</sup>.

<sup>15</sup> González (2001) acuña el término “vulnerabilidades sociales acumuladas” para este fenómeno. Este termino se refiere al hecho de que en períodos de crisis las vulnerabilidades aumentan en los hogares más pobres y entran en un círculo en el cual dichas vulnerabilidades se acentúan y tienen que afrontar otras nuevas generadas por la crisis y otras gestadas por las mismas estrategias de supervivencia que adoptan.

<sup>16</sup> En general, son nueve los servicios que la seguridad social brinda: por vejez, discapacidad, muerte, enfermedad, maternidad, cuidados médicos, accidente en el trabajo, desempleo y familiar. A través de todos ellos, la seguridad social busca: (1) proveer un reemplazo de los

Por lo general, los servicios de seguridad social, por su naturaleza contributiva (es decir, que se financia a través de las aportaciones de trabajadores y empleadores), suelen estar destinados a trabajadores asalariados del sector formal urbano, excluyendo a los trabajadores del sector informal. Entre las razones que sugiere Mesa-Lagos (1990) para que los trabajadores informales no sean provistos de seguridad social en salud, se encuentran:

- Si son trabajadores por cuenta propia, son éstos los que asumen la responsabilidad de la cotización, mientras que sus ingresos suelen ser por lo general bajos y variables.
- Existe una débil organización entre ellos, tanto como para pedir subsidios estatales, como para generarse ellos mismos algún mecanismo alternativo.
- El alto costo de financiamiento de la protección de estos trabajadores de parte del seguro social (como son más vulnerables, usarían más el servicio).
- Dificultad para controlar, detectar y fiscalizar las cotizaciones de estos trabajadores.
- Prestaciones no atractivas por su monto y calidad.

Por el lado de los trabajadores, la gran mayoría de los pertenecientes a la economía informal, como lo señala Singh (en Van Ginneken, 2000), “se encuentran psicológicamente sumergidos en sus problemas de supervivencia inmediata, hasta tal punto que cualquier preocupación o motivación para prever una eventualidad lejana queda casi anulada”. Así, los trabajadores informales pobres ya tienen sobre sí la carga de distintos gastos para poder sobrevivir y enfrentar las adversidades del momento, que no piensan en los problemas del futuro y cómo enfrentarlos.

He aquí, justamente, la importancia de mecanismos alternativos que cubran a esta gran proporción de la fuerza laboral. La situación ideal sería que el Estado provea de recursos para la cobertura universal de toda la población en lo que respecta a seguridad social, pero algunos autores como Mesa-Lagos (1990) y García, Chacaltana y Gallardo (2004) coinciden en señalar la imposibilidad de esta opción, por lo menos en el corto plazo. Así, toma vigencia el concepto de protección social que enfatiza la participación de otros actores, tales como los mismos individuos, familias y comunidades, lo cual no significa descartar la participación del Estado.

---

ingresos perdidos, en caso de contingencias específicas; (2) salud a través del servicio médico; y (3) proveer de asistencia a las familias con niños en crecimiento (Inductivo, 2002).

El concepto de protección social es novedoso, y aparece como tal a mediados de la década pasada<sup>17</sup>. Se puede resumir la protección social como el conjunto de estrategias a través de las cuales los individuos, y las familias y comunidades que forman, enfrentan las diferentes eventualidades que se les pueden presentar y que se les presentan; lo cual incluye las etapas antes, durante y después del riesgo. Además, tal y como lo señala la OIT (2003b), la protección social constituye uno de los objetivos estratégicos para el logro del trabajo decente, ya que incluye la calidad de vida en el trabajo (las condiciones de empleo y de trabajo, y la seguridad y salud ocupacional que se ofrece a los trabajadores), que son temas que determinan la vulnerabilidad y riesgos de las personas.

Sobre la clasificación de las estrategias de protección social, Holzmann y Jorgensen (2000), y Heitzmann, Canagarajah y Siegel (2002); lo hacen según la ocurrencia del riesgo o el carácter de mercado de la estrategia. En el caso de la ocurrencia de riesgos se refiere a si la estrategia actúa antes, durante o después del riesgo; según esto reducen, mitigan o atacan el riesgo respectivamente. En lo que respecta al mercado en el que se desarrollan las estrategias estas pueden ser consideradas como informales, de mercados o públicas. En el primer caso, están los mecanismos basados en capital social y actividades o decisiones familiares; en el segundo, los mecanismos que se desarrollan en el marco de los mercados de trabajo o financiero; mientras que en el tercero, las actividades que promueve o en las que participa el Estado a través de sus distintos organismos.

#### *IV. Experiencias de protección social en salud de los trabajadores informales*

Dado que los informales suelen formar parte del grupo excluido de los servicios de salud, se han aplicado diferentes mecanismos que han buscado brindarle estos servicios, tanto dentro como fuera del país. A continuación se presentan algunas de las experiencias recogidas en otros países, y en la zona urbana de Perú.

##### *4.1 Evidencia Internacional.*

---

<sup>17</sup> Los principales avances en el sentido de clasificarlo y otorgarle una base teórica lo podemos encontrar en trabajos como los de Morduch (1994); Siegel y Alwang (1999), Holzman y Jorgensen (1999, 2000), Asian Development Bank (2001) y Jorgensen y Van Domelen (1999); por citar unos ejemplos.



Fuera de nuestras fronteras se ha encontrado evidencia del desarrollo de mecanismos dinerarios de protección social en salud desde hace más de cinco décadas<sup>18</sup>. Existe una cantidad considerable de éstos, de las formas más variadas posibles; pero no es la intención del presente documento presentar todos los ejemplos encontrados, sino más bien hacer un repaso de algunos mecanismos representativos de cada tipo, de tal forma que sea posible extraer los elementos y lecciones aprendidas en realidades similares a la nuestras para incorporarlas en el modelo de propuesta que será desarrollado más adelante.

Aún cuando casi todos los mecanismos de protección social en salud sobre los que se ha encontrado documentación son estrategias que actúan en el momento mismo o posteriormente a la ocurrencia del riesgo, y tienen un carácter informal, es posible encontrar algunos ejemplos basados en estrategias de mercado y en otros casos con subsidios públicos.

Para empezar, existen ciertos mecanismos que han surgido a partir de la iniciativa propia de los trabajadores informales. Uno de éstos es el de los Fondos de Bienestar de Kerala, que es uno de los mecanismos más antiguos que se conocen de protección a trabajadores informales, ya que se inició en 1969. Funciona bajo un esquema de sociedades de beneficio mutuo, también conocidas como mutuales de trabajadores. Estos fondos proveen seguridad social y asistencia a los trabajadores; y poseen una organización burocrática con representantes de los trabajadores, de los empleadores y el gobierno. Los aportes a estos fondos, son efectuados de manera obligatoria por parte de los trabajadores y empleadores; y de aportes ocasionales y mínimos por parte del gobierno. Kannan (2002) reporta que existen a la fecha más de 20 fondos de bienestar en Kerala, que agrupan a más de 40 millones de trabajadores del sector informal. Cabe señalar que no todos los fondos proveen los mismos beneficios a sus asociados; pero sí existe, aunque no de la misma forma, en todos los casos, cobertura por enfermedad o accidente de trabajo. Entre otros beneficios algunos fondos proveen pensiones en caso de invalidez permanente, cobertura de salud, pensión temporal de desempleo, asistencia educativa para los hijos, y asistencia en servicios funerarios.

Otro caso de iniciativa propia, es el de los Microseguros informales para asistencia funeraria en Sudáfrica (Roth, 2001), que existe debido a los altos costos de los servicios funerarios, que terminan excluyendo a los trabajadores de bajos recursos (y que en su mayoría son los informales). Este sistema de microseguros funerarios funciona bajo el esquema de asociados de ahorro y crédito rotativo (ROSCAS), es decir, los trabajadores

---

<sup>18</sup> Ver cuadro A2 en anexo 1.

aportan a un fondo común, según una frecuencia acordada previamente, y en caso de muerte de ellos o algún familiar asegurado el fondo cubre los gastos de sepelio. De manera muy similar funciona el Programa de ahorro colectivo para asistencia funeraria y de salud en Tanzania (Van Ginneken, 1996), que es un programa en el que participan trabajadores de mercados populares que pertenecen a cooperativas. Éstos trabajadores hacen aportes mínimos diariamente, de acuerdo a la proporción del tamaño de sus negocios y ventas. Estas contribuciones financian una variedad de propósitos, entre los relacionados a salud están la asistencia en servicios funerarios y la cobertura de gastos de hospitalización y salud, respetando las cifras dinerarias fijadas previamente, para cada caso, en los estatutos de su cooperativa.

El Programa de salud en El Salvador (Van Ginneken, 1996) es muy parecido a los anteriores; es decir, los trabajadores (que son del mercado central municipal de San Salvador) están organizados en programas de ahorros colectivos, con aportes diarios y con la finalidad de cubrir los costos de hospitalización de los asociados y sus familiares directos. La diferencia es que cuando los fondos no cubren totalmente los gastos, hecho que sucede usualmente, los trabajadores hacen colectas para contribuir adicionalmente en favor del asociado en problemas. En el caso de los Seguros de vida y de salud para trabajadoras informales por cuenta propia en la India (Van Ginneken, 1996), asociadas en el SEWA, existen convenios de éstas (las trabajadoras) con las empresas aseguradoras de propiedad estatal, las cuales les proveen de diversos esquemas de aseguramiento según la ocupación específica de las trabajadoras. Estos esquemas de aseguramiento proveen servicios de salud y seguros de vida a través de contribuciones periódicas de los beneficiarios y subsidios estatales.

Otro ejemplo de los seguros financiados por contribuciones periódicas de sus miembros, del Estado y de agencias donantes, es el Seguro para servicio de consultas fijas y ambulatorias -Asociación Mutua de los Trabajadores de los Bateyes (AMUTRABA) Rep. Dominicana (ILO, 2000). Este seguro funciona bajo el esquema de mutuales de beneficio sociales y proporciona a sus asociados servicios de salud y asistencia médica. Este esquema viene operando desde 1995 y es financiado por contribuciones periódicas de sus miembros y contribuciones estatales y de agencias donantes.

Existen otros mecanismos, que a diferencia de los anteriores son de iniciativa externa, ya sea del Estado o cualquier otra institución. El Seguro Universal de Salud - IPTK en Bolivia (ILO, 2000), se trata de un subsidio del Instituto Politécnico Tomás Katari y otras organizaciones donantes, para la atención médica y entrega de medicinas a los trabajadores pobres de las zonas urbano marginales, quienes también hacen un aporte

periódico al fondo. Este programa funciona bajo el esquema de microseguros de salud desde 1996. Del mismo modo, el Plan Solidario FSS Colombia, diseñado en 1999, está dirigido al sector de pacientes vinculados con alguna capacidad de pago. La fundación para la seguridad social (FSS) es una empresa de salud con perfil solidario. Sus miembros son profesionales de la salud de la Universidad del Valle quienes conforman los organismos de dirección y a su vez son sus principales proveedores de servicios. El plan de la FSS contempla la distribución de los servicios de salud general y el fomento de la información necesaria para la prevención de enfermedades. Cada paciente es evaluado periódicamente en el costo de su demanda individual y en las características de esa demanda. Lo que se espera establecer, son criterios objetivos para asignar mayores aportes a los pacientes que hagan sobreutilización de servicios; pero, sin perder el elemento solidario.

Asimismo, hay mecanismos de protección social en salud a trabajadores informales, que son mixtos; como los Microseguros de Salud y de Vida en Filipinas (Barbin, Lomboy y Soriano, 2002), que empezaron a funcionar en la década de los 60s. Estos microseguros son dados por ciertas ONGs para trabajadores de microempresas de las cooperativas incluidas en el programa. Por lo general, las ONGs funcionan como intermediarias entre los beneficiarios y compañías aseguradoras garantizando el pago de las primas y las contribuciones periódicas, según se acuerde. Además, se encuentra el caso de la Empresa Solidaria de salud Amuandes de Colombia (ILO, 2000), que funciona bajo el esquema de mutuales de beneficio sociales, y es financiado por aportes de sus miembros (trabajadores pobres de zonas urbano marginales de Bogotá), la municipalidad y el Fondo de Solidaridad (FOSYGA). Este fondo es financiado a través de un esquema de régimen contributivo del cual participan empleados, empleadores y trabajadores por cuenta propia. El Amuandes provee a sus asociados servicios de atención médica, tratamiento hospitalario, medicinas, e incluso cobertura de gastos en tratamientos de enfermedades costosas como cáncer y VIH.

Entre los mecanismos que hemos presentado, encontramos un elemento común en muchos de ellos, que es la organización, el también llamado capital social<sup>19</sup>; en otros, la denominación común es que comparten un elemento de tipo asistencial; mientras que en otros, existe un elemento mixto de iniciativa de los beneficiarios y, asistencia o subsidios del gobierno e instituciones no gubernamentales<sup>20</sup>. Así se podrían clasificar

---

<sup>19</sup> Capital social entendido como los rasgos distintivos de una organización social (confianza, reglas y redes) que pueden mejorar la eficiencia de la sociedad facilitando acciones coordinadas. (Putnam, 1993)

<sup>20</sup> En algunos casos la participación de estos actores se limita a la de intermediarios entre los beneficiarios y una compañía de seguros particular.

las experiencias vistas en: mecanismos de iniciativa propia o capital social fuerte, mecanismos asistenciales o de capital social débil, y mecanismos mixtos o de capital social en proceso.

De otro lado, no es muy difícil darse cuenta que además de la clasificación por tipo de capital social, podríamos clasificar los mecanismos presentados en dos grandes grupos: mecanismos de ahorro colectivo y mecanismos de tipo microseguros. En el caso de los primeros, aunque puedan funcionar como microseguros, no lo son estrictamente, puesto que a diferencia de éstos, cuentan con un subsidio externo y son dependientes de algún agente externo de control<sup>21</sup>. El microaseguramiento es un concepto nuevo y su documentación académica es aún escasa. Usualmente se le suele definir como un mecanismo que usa un esquema de aseguramiento, a la usanza de un instrumento financiero, y en retorno a un pago o contribución periódica, provee a sus asociados una garantía de compensación financiera o servicio ante la ocurrencia de un evento específico, en este caso enfermedades. Por lo general, los miembros renuncian a la propiedad de sus contribuciones (van a un fondo común), las cuales son usadas para cubrir los costos del servicio que se brinda a los beneficiarios. En el cuadro 3 podemos encontrar algunos ejemplos de microseguros desarrollados en Latinoamérica.

Cuadro 3. América Latina. Algunas experiencias de microseguros.

País	Programas
Argentina	Obra Social Municipal - Municipalidad de Trenque Lauquen; Servicio de Salud - Asociación Mutual S.M. Laspiur
Bolivia	Mutual de Seguro de Salud - CIMES
Colombia	Empresa Solidaria de salud - COOPSALUD; Empresa Solidaria de Salud - ECOMAR; Empresa Solidaria de Salud - ECOOPSALS; Empresa Solidaria de Salud - AMAR; Empresa Solidaria de Salud - Co-Esperanza
Ecuador	Seguro Comunitario SOLANO - Comité de salud del subcentro de Salud Solano; Seguro Familiar - FEPP; Seguro Social Popular - Sistema Comunitario de Salud Integral (SICSI); Sistema Solidario de Asistencia Médica - Salud Mutual
Guatemala	Servicio Solidario de Salud - CGTG; Convenio Familiar de Salud - ASSABA; Fondo de Solidaridad Social - ACSMI
Venezuela	Sistema Autogestionario de Servicios de Salud - Cooperativa Los Naranjos

Fuente: ILO (2000). Elaboración Propia.

<sup>21</sup> Es el caso de Amutraba (Rep. Dominicana); del Instituto Politécnico Tomás Katari en Bolivia; La FSS en Colombia, algunas ONGs en Filipinas; y La Municipalidad y el FOSYGA en Colombia.

## *4.2 Algunas experiencias en el Perú*

En cuanto a la protección social en salud, en el Perú las experiencias del tipo visto en la sección anterior son escasas. Pero, a partir de los problemas y éxitos que han experimentado se puede contribuir en la elaboración de una propuesta.

En el Perú, el tema de la informalidad, sobretodo el del comercio ambulatorio, tomó gran relevancia en los ochentas, dada la expansión que había tenido. En 1983, se establece la Ley Orgánica de Municipalidades, la cual señalaba que los gobiernos locales son competentes para regular y controlar el comercio ambulatorio, promoviendo la participación de las organizaciones de ambulantes a través de comisiones mixtas y consultivas y atención social y de salud. Recientemente, esta ley ha evolucionado en la nueva Ley Orgánica de Municipalidades 27972, cambio institucional que obliga a los gobiernos locales a reestructurar sus funciones de forma tal, que respondan a las necesidades productivas y de empleo de cada una de sus localidades.

Con respecto a los programas, en 1985, aparece el Fondo Municipal de Apoyo al Ambulante (FOMA), promovida a través de una ordenanza municipal para Lima Metropolitana<sup>22</sup>. El FOMA tenía como objetivo canalizar recursos que permitiesen financiar un programa de promoción comercial para la formalización del ambulante, y un programa asistencial. Lo que se buscaba a través de este fondo era centralizar y proveer los recursos que permitan financiar e implementar proyectos o actividades que contribuyan al desarrollo económico y social de los comerciantes ambulantes, en las áreas de desarrollo empresarial, comercial, salud, capacitación, etc.

El fondo era generado a través del tributo llamado "sisa", en su mayoría, y de contribuciones municipales. El programa tenía tres componentes: campañas de salud, programas de capacitación para dirigentes, y un componente de apoyo organizacional. En el tema de salud, las campañas consistían en consultas médicas itinerantes. Con el fondo se financiaba a un médico para que vaya a los distintos lugares donde se ubicaban los comerciantes, y les brindara atención médica general. En muchos distritos, como San Martín de Porres, La Victoria, Puente Piedra, Carabayllo, entre

otros; los resultados de este programa fueron positivos, en el sentido de que mucha gente recibió el servicio. El problema era que el servicio no era sistematizado, y en caso grave las personas tenían que ir a ser atendidos en un hospital.

Conforme han ido cambiando los funcionarios municipales, el FOMA ha sido siendo dejado de lado, durando hasta inicios de los 90s. Entre las principales causas que se suelen señalar como determinantes de la desaparición del FOMA, se tienen: la incapacidad y precariedad en la administración de los fondos, lo cual originó dos reacciones: (1) los comerciantes informales comenzaron a negarse a seguir aportando a un fondo del que no veían beneficios concretos, de acuerdo a sus expectativas; y (2) la municipalidad veía reducidos sus recursos<sup>23</sup>. Pero, se suele olvidar una razón muy importante para que este programa terminara y es que era asistencialista, lo cual hacía fuera dependiente de los recursos del Estado. Es decir, el no ser auto sostenible fue lo que evitó que este programa, que tenía muchos aspectos rescatables, no funcionara finalmente.

Además del FOMA, han existido otros fondos de corte más asistencialistas, que se supone siguen funcionando. Estos son: las Mutuales de los Lustradores de Calzados y de los Canillitas. Estas mutuales de servicios, son financiadas por el Estado de manera voluntaria, cuando puede. En el caso del canillita, se suele llamar Caja de Protección y Asistencia Social, instituida por la ley 23834, la cual data de 1946<sup>24</sup>.

Asimismo, existen iniciativas propuestas por ONGs, por ejemplo Edaprospo desarrolla un programa, llamado "EcoSalud", el cual se desarrolla en el cono Este de Lima. Con éste, se busca facilitar el acceso de la población a servicios de salud, mediante la formación de promotores de salud y, al trabajo coordinado con las organizaciones vecinales y el sistema de salud. Presta atención especial a la recuperación y difusión de la medicina tradicional. Su población objetivo la conforman los autoempleados, microempresarios, asociaciones de vendedores ambulantes y asociaciones de pobladores.

---

<sup>22</sup> En cuanto al FOMA, se agradece la información brindada, en una entrevista, por el Sr. Guillermo Nolasco, de la ONG Alternativa.

<sup>23</sup> Cabe señalar, sin embargo, que la ordenanza, que permitió el inicio del FOMA, sigue vigente y cada jurisdicción ha adecuado el instrumento a su conveniencia

<sup>24</sup> El 19 de agosto del 2004, hubo una marcha de protesta hacia el Congreso por parte de los trabajadores de la Federación de Vendedores de Diarios, Revistas y Loterías, en la cual se exigía la restitución de esta ley y el aumento del presupuesto estatal asignado a la Caja de Protección y Asistencia Social.

Por otro lado, una iniciativa muy interesante, es una de ORIT (Organización Regional Interamericana de Trabajadores), que cuenta con un programa para estibadores de mercados mayoristas. A través de él promueve la agrupación, la sindicalización, de este grupo de trabajadores independientes. Con ello, se va logrando que, de cierta manera, se vayan formalizando. Y, además, se les brinda asesorías y capacitación en el tema de salud ocupacional. Las capacitaciones que brinda ORIT promueven la difusión de la importancia de la salud, y de cuáles son las acciones que deben tomar para evitar hacerse daño. Para el caso de los estibadores, por ejemplo, resulta de suma importancia las posturas que toman al cargar un bulto. Al parecer, y según información brindada por un miembro de ORIT, encargado del proyecto<sup>25</sup>, los resultados están siendo positivos: cada vez más estibadores se están uniendo al grupo de sindicalizados, quienes al ir tomando conciencia de la importancia de su salud; por sí solos, se están organizando y están formando fondos similares a los ya mencionados anteriormente.

A pesar de la existencia de estas iniciativas, no se ha avanzado en la creación de un sistema coherente de protección social para los trabajadores informales. La única opción que tuvo una difusión importante, fue el FOMA, pero éste ya desapareció. A partir de esto vale la pena preguntarse: si los trabajadores de la economía informal no tienen un seguro de salud que los cubra, ni tienen, en muchos casos, algún sistema que los acoja, ¿cómo es que han logrado sobrevivir por tanto tiempo?. La respuesta a esta interrogante se puede encontrar en los sistemas generados a través de sus organizaciones. Quienes han logrado ayudarse mutuamente en caso de que alguno de sus miembros y/o familiares sufra una enfermedad. Cabe resaltar que, dada la condición de pobreza de los informales, los problemas de salud que requieren la ayuda de todos los que los rodean, no son sencillos. En caso de una dolencia simple, los trabajadores informales suelen recurrir a hierbas medicinales, medicinas caseras o a la automedicación en las farmacias. Sólo en casos de gravedad, se suele recurrir a los servicios médicos; para lo cual existen dos mecanismos: el dinerario y el no dinerario.

El mecanismo dinerario se puede dar de diferentes formas. Por ejemplo, en el caso de los comerciantes informales del distrito de Comas (Lima Metropolitana), que participaron en el grupo focal<sup>26</sup> y que estaban organizados, se pudieron apreciar tres mecanismos alternativos de protección ante cualquier eventualidad de salud. Primero, las mutuales, en las que a través de cuotas semanales o mensuales de los mismos comerciantes, se genera un gran fondo utilizado en caso de que alguno de los

---

<sup>25</sup> Se agradece la valiosa información brindada por el Dr. José Francia de ORIT.

miembros se vea afectado por una enfermedad o un accidente leve. Si resulta necesaria una operación quirúrgica, el monto otorgado por el fondo puede aumentar. Otro medio de protección que se pudo recoger del grupo focal fue el que se denominó de contribución solidaria, el cual consiste en recolectar una bolsa en el momento en que llega la noticia de un accidente o de la enfermedad de alguno de los socios. Si el comerciante no llega a su puesto en varios días, una comisión va a verificar cómo está, qué tiene y si de verdad está enfermo. Y, por último, existen los convenios con entidades de salud, a través de los cuales, las organizaciones de comerciantes informales han logrado obtener descuentos en los servicios de atención médica<sup>27</sup>.

Lo que se puede recoger de estas tres experiencias es que todas se han conseguido a través de la organización de los comerciantes informales, lo cual es un punto importante a considerar al momento de hacer una propuesta<sup>28</sup>. Cabe señalar, que el primer mecanismo mencionado, el de las mutuales, es conocido desde la década de los 80s, y solía ser el más aplicado por los trabajadores informales organizados, pero con el tiempo ha dejado de serlo debido a la desconfianza que han generado los malos manejos de muchos de los dirigentes de las diferentes asociaciones de trabajadores informales, también mencionados en el grupo focal. Es por ello, que en muchos casos, se suele recurrir al segundo mecanismo, que reduce el riesgo de que algún dirigente termine llevándose el fondo de los asociados. Por otro lado, el segundo mecanismo, aquel de las contribuciones solidarias, sugiere otro tema relevante, y es que al tener como característica la solidaridad, no todos participan en la formación de ese fondo, y lo más seguro es que la red social más cercana al afectado, formada por familiares, amigos y “paisanos”, sea la que colabora.

Adicionalmente, existen otros mecanismos denominados no dinerarios, y que consisten en contribuciones solidarias de las personas más cercanas a los trabajadores informales, amigos y familiares, pero que no son de dinero sino de bienes o servicios. Por ejemplo, si alguien se enferma, las personas que conforman su círculo social más cercano, van a ayudar a su negocio o empresa, le ayudan a cuidar a sus hijos, le preparan la comida del día, le consiguen hierbas medicinales para curarlo o un descuento para la atención médica en el hospital, entre otras actividades; y, en conjunto, alivian a la persona de muchos de los costos a los que hubiera incurrido si no contara con su ayuda.

---

<sup>26</sup> Para ver con más detalle los resultados obtenidos en el grupo focal, ver Anexo 2.

<sup>27</sup> Se sabe que antes, existió una Alianza entre la Federación de Vendedores Ambulantes y Hospitales locales para proveer de salud preventiva, pero culminaron una vez que los directores de los hospitales cambiaron.

<sup>28</sup> Instituciones como ORIT, incluso, trabajan fuertemente el tema de sindicalización en ese sentido.



Lamentablemente, estos mecanismos no están documentados, pero existen y son importantes y están presentes en la cultura de los trabajadores informales<sup>29</sup>.

## ***V. Propuesta***

Sobre la base de la bibliografía revisada, las entrevistas realizadas<sup>30</sup> e instrumentos, que se analizarán a continuación, se ha de diseñar una propuesta para los trabajadores informales. Debido a la heterogeneidad del sector informal la siguiente propuesta se concentrará en un determinado grupo de los trabajadores informales, que son aquellos trabajadores que se desempeñan como comerciantes, microempresarios o trabajadores de microempresas; considerando que entre estos concentran alrededor del 80% de los trabajadores de la economía informal en Lima (Saavedra y Nakasone, 2003). Del mismo modo, las encuestas y el grupo focal efectuados, se restringieron a este grupo de trabajadores.

### ***5.1 Instrumentos***

Para la elaboración de la presente propuesta se desarrollaron dos instrumentos: Un grupo focal de comerciantes informales en el distrito de Comas (Cono Norte de Lima) y una encuesta a microempresarios del sector informal.

#### ***5.1.1 Encuesta a microempresarios informales***

Se realizaron 80 encuestas a microempresarios informales en dos distritos de la capital: Ate Vitarte y Villa el Salvador. En el primer distrito se encuestaron a 18 microempresas dedicadas a la artesanía, 17 a confecciones y 5 a carpintería y fabricación de muebles de madera. En el segundo distrito, 20 microempresas del sector de metalmecánica y 20 del sector de carpintería y fabricación de muebles de madera. Estas encuestas tenían como objetivo establecer una tendencia de las microempresas informales en lo que respecta a las condiciones de trabajo, en especial, lo relacionado a salud y seguridad ocupacional, según su actividad económica.

La encuesta en cuestión fue realizada entre los días 2 y 6 de junio del 2004, y consta de 55 preguntas, agrupadas en siete módulos: datos de la empresa; aspectos generales de

---

<sup>29</sup> Según Carbonetto, Hoyle y Tueros (1988) no existe mucha documentación al respecto, y lo poco que ha sido documentado lo fue por profesionales de otras ramas como antropólogos y sociólogos.

<sup>30</sup> Sobre las entrevistas realizadas, ver al cuadro A3 del anexo.

gestión y capacitación; condiciones de trabajo; accidentes de trabajo; enfermedades ocupacionales; promoción de acceso a la salud; y ambiente de trabajo. A pesar de que el número de encuestas realizadas no es suficiente para establecer conclusiones generalizables a todo el sector, sí lo es para proporcionar una idea de la situación de estos trabajadores y cómo enfrentan situaciones adversas, en este caso, en el tema de salud y seguridad ocupacional<sup>31</sup>.

En el cuadro 4, podemos apreciar las características principales de los empresarios y microempresas encuestadas por giros de actividad. Se trata de empresas de subsistencia con menos de cinco trabajadores, y que llevan funcionando por lo menos 5 años. Un primer indicio de la precariedad de las condiciones de trabajo es el hecho de que los talleres funcionen en sus viviendas, ocupando en muchos casos más del 80% del espacio de la vivienda (como en confecciones y metalmecánica). Los microempresarios y los trabajadores de éstos son mayoritariamente hombres, salvo en el caso de artesanías y confecciones, en donde la participación femenina es importante.

Cuadro 4. Características Generales De la Microempresa y Microempresarios Encuestados.

	Artesanías	Confecciones	Madereros	Metalmecánica	Total
Total	18	17	25	20	80
Características Empresario					
Hombres	6	12	25	20	63
Mujeres	12	5			17
Edad Prom.	50	48	44	38	44
Características de la Empresa					
Tiempo Funcionamiento (años)	10.2	6.6	8.0	6.3	7.8
Número Prom. Trabajadores	2.6	3.6	2.9	2.6	2.9
Hombres	1.4	1.8	2.8	2.6	2.2
Mujeres	1.2	1.8	0.0	0.0	0.7
Área Empresa (m2)	130.8	118.7	142.9	88.1	121.3
Área prom. Producción (%)	45.3	81.3	56.8	75.7	64.2
Área prom. Vivienda (%)	55.4	12.5	36.8	20.5	31.8
Área prom. Ventas (%)	6.1	4.7	6.9	0.0	4.5

Fuente: Encuesta Microempresarios. Elaboración Propia.

Al preguntarles a los microempresarios sobre los principales problemas que enfrentan sus empresas y sus trabajadores, ninguno mencionó algún punto relacionado a la salud y la seguridad en el trabajo. Entre los problemas que ellos encuentran se tiene: la falta de clientes, el acceso al crédito, la falta de capital, la competencia excesiva, la falta de capacitación, la inadecuada administración o gestión del negocio, entre otros. Estos datos, parecen indicar que el tema de salud, no figura entre sus prioridades, lo cual

<sup>31</sup> El cuestionario completo se encuentra en el anexo 3.

parece más certero cuando se pregunta por las necesidades de los microempresarios para vender o producir más. Entre ellas, sólo 3, de los 80 encuestados, señalan la necesidad de tener un ambiente de trabajo seguro. Además, sólo uno de los encuestados, dedicado a la rama de artesanías en Ate Vitarte, mencionó haber asistido con sus trabajadores a un taller sobre Salud ocupacional y seguridad en el trabajo. Los otros 24, que habían asistido a alguna capacitación, lo hicieron en temas de gestión, marketing y contabilidad, más relacionados a la administración de la empresa.

**Cuadro 5. Problemas y necesidades de los microempresarios encuestados.**

	Artesanías	Confecciones	Madereros	Metalmecánica	Total
Total	18	17	25	20	80
Principales problemas que tiene su empresa					
Falta clientes	14	13	10	8	45
Acceso a crédito	4	4	19	12	39
Falta de Capital	14	12	22	18	66
Competencia Excesiva	9	9	8	9	35
Falta de Capacitación	5	8	4	4	21
Gestión/Adm. Negocio	3	5	3	0	11
Otro	5	0	1	0	6
Necesidades para vender o producir más					
Asistencia técnica	5	7	0	0	12
Capacitación	9	9	15	10	43
Equipos	8	6	6	3	23
Mano Obra especializada	2	5	1	1	9
Crédito	9	12	22	20	63
Ambiente trabajo seguro	0	1	1	1	3
Otro	12	5	8	5	30
¿Ha recibido algún tipo de capacitación?					
Empresario y trabajadores	4	6	2	1	13
Empresario	3	4	3	2	12
¿En qué temas?					
Gestión empresarial	0	6	3	0	9
Marketing	0	3	0	0	3
Proc. Productivo	6	5	2	2	15
Gestión ambiental	0	1	0	0	1
Contabilidad	0	3	0	0	3
Salud Ocupacional	1	0	0	0	1
Otro	0	4	1	1	6

Fuente: Encuesta Microempresarios. Elaboración Propia.

En cuanto al capital social de los microempresarios se puede apreciar que no es tan fuerte, dado que sólo el 25% de estos pertenece a alguna agremiación, siendo esta condición más notoria en el rubro confecciones, en donde más del 70% de encuestados pertenecía a algún gremio. Entre las principales razones esgrimidas por los

microempresarios para no estar asociado a algún gremio estaba la desconfianza en sus dirigentes, por hechos recientes de corrupción, y la idea de que no era posible obtener ningún beneficio de estar asociados. También se observó que existe un divorcio entre los microempresarios y las actividades de promoción municipal, diversas políticas de choque han marcado esta relación con elementos de desconfianza y desinterés.

Cuadro 6: Agremiación y participación en servicios municipales en las microempresas encuestadas

	Artesanías	Confecciones	Madereros	Metalmecánica	Total
Servicios de la Municipalidad					
Capacitación	2	...	...	...	2
Ferías	1	2	...	...	3
Agremiados	6	12	1	1	20

Fuente: Encuesta Microempresarios. Elaboración Propia.

En lo que respecta a las condiciones de trabajo, como se indica en el cuadro 7, se cumplen la mayoría de características, ya antes descritas por otros estudios sobre este sector: que no separan los gastos del hogar de los del negocio, bajos salarios (en muchos casos como en artesanías, maderas y metalmecánica, menores al salario mínimo vital), largas jornadas de trabajo de diez horas de promedio diario, en 6 o 7 días a la semana. En lo referente a protección social sólo 5 microempresarios manifestaron estar afiliados a algún sistema de prestaciones de salud, mientras que para el caso de los trabajadores la afiliación es casi nula.

Cuadro 7. Condiciones de Trabajo en las microempresas encuestadas

	Artesanías	Confecciones	Madereros	Metalmecánica	Total
Total	18	17	25	20	80
¿se paga salario mensual?					
Si	6	8	8	1	23
¿cuánto?	...	837.5	741.3	400.0	573.9
No	12	9	17	19	57
Salario prom trabajadores	95.0	516.5	162.8	144.3	218.1
Días trabajados a la sem.					
Propietario	5.2	6.4	6.3	6.2	6.0
trabajadores	4.1	6.1	6.2	6.2	5.7
Horas trabajadas a la sem.					
Propietario	66.9	75.8	77.8	80.9	75.7
trabajadores	51.7	67.1	71.4	71.8	66.2
Propietario pensiones					
AFP	...	...	...	4	4
ONP (antes IPSS)	1	1	...	...	2
Propietario sist. Salud					
	1	1	1	2	5
Trabajadores Salud					
	...	...	1	...	1

Fuente: Encuesta Microempresarios. Elaboración Propia.

Otro aspecto sobre el cual se dedicó especial énfasis en la encuesta fue el referido al ambiente de trabajo en las microempresas. Como se mencionó anteriormente, casi todos los talleres están ubicados en las mismas viviendas, por lo que el ambiente de trabajo tendrá implicancias directas sobre el nivel de vida tanto de los microempresarios y sus trabajadores como de sus familias. En el cuadro 8, se aprecia que en lo que se refiere a instalaciones eléctricas, tamaño y estructura del local, iluminación y abastecimiento de agua, la gran mayoría se autocalifica como regular, mala y muy mala. Adicionalmente, en los rubros de artesanías, maderas y metalmecánica es extensivo el uso de productos químicos, aunque casi todos los microempresarios señalan tomar las precauciones del caso, al consultárseles por qué tipo de precaución tomaban, éstos señalaban que tomaban leche, y sólo un grupo reducido de estos refirió usar guantes o mascarillas.

Cuadro 8. Ambiente de trabajo en las microempresas encuestadas

	Artesanías	Confecciones	Madereros	Metalmecánica	Total
Total	18	17	25	20	80
Estado instalaciones eléctricas					
Buena	1	...	2	1	4
Regular	9	6	20	14	49
Mala	8	8	3	5	24
Muy mala	...	3	...	...	3
Ubicación del local					
Buena	9	1	8		18
Regular	6	6	7	15	34
Mala	3	10	10	5	28
Tamaño del local					
Muy buena	1	...	...	1	2
Buena	1	...	8	6	15
Regular	7	3	14	9	33
Mala	9	13	3	4	29
Muy mala	...	1	...	...	1
Estructura del local					
Muy buena	...	...	1	...	1
Buena	3	1	7	...	11
Regular	4	5	15	15	39
Mala	11	9	1	5	26
Muy mala	...	2	...	...	2
Abastecimiento de agua procede de:					
Red pública, dentro taller	13	4	7	10	34
Red pública, fuera taller	...	...	14	9	23
Pilón uso público	1	...	...	...	1
Camión cisterna	4	13	3	1	21
Pozo	...	...	1	...	1
Servicio higiénico empresa conectado a:					
Red pública, dentro taller	14	17	8	10	49

	Artesanías	Confecciones	Madereros	Metalmecánica	Total
Red pública, fuera taller	...	...	15	9	24
Pozo ciego, negro /letrina	4	...	2	1	7
¿Cómo califica iluminación de su taller?					
Buena		2	2		4
Regular	6	6	20	14	46
Mala	11	7	3	6	27
Muy mala	1	2	...	...	3
¿Utiliza Productos químicos?					
Sí	8	2	24	16	50
¿Previene los daños?	5	2	17	15	39
No	10	15	1	4	30
¿Trabajadores cuentan con equipo necesario?					
Sí	6	8	18	20	52
No	12	9	7	...	28

Fuente: Encuesta Microempresarios. Elaboración Propia.

Cuando se consultó a los microempresarios sobre su disposición a pagar por un seguro de salud para ellos y/o sus trabajadores, el 60% manifestó una respuesta afirmativa, aunque no tenía clara la forma de pago, en tanto el 40% restante dijo no estar dispuesto a pagar un seguro, puesto que no conocía ninguno adecuado a sus necesidades o no contaba con los medios para financiarlo.

Cuadro 9. Disposición de pago para seguro de salud (microempresas encuestadas)

	Artesanías	Confecciones	Madereros	Metalmecánica	Total
Total	18	17	25	20	80
Dispuesto a pagar un seg. de salud por él y/o trabajadores					
Sí	10	13	12	15	50
monto fijo	5	6	6	13	30
% del salario	2	4	2	...	8
otro	...	...	...1	2	3
No	8	3	13	5	29
¿ por qué?					
motivos económicos	5	1	10	4	20
Desconocimiento, desconfianza	3	2	3	1	9

Fuente: Encuesta Microempresarios. Elaboración Propia.

En las respuestas al módulo de accidentes de trabajo se encontró que la incidencia de accidentes era relativamente más baja a lo esperado, sólo 18% de las microempresas entrevistadas había sufrido algún tipo de accidente en los últimos dos años, aunque en el caso del rubro de metalmecánica esta cifra llega al 30%. Además, cuando se les preguntó sobre si sentían la necesidad de un seguro contra accidentes de trabajo, que sólo el 19% de los encuestados consideró que un seguro de accidentes de trabajo no es

necesario. Sin embargo, cabe señalar, que al parecer no ha habido una respuesta cercana a la realidad por parte de los microempresarios, porque a pesar de los pocos accidentes que señalan como existentes, sólo el 19% de los encuestados cree que un seguro de accidentes de trabajo no es necesario. Así, el resto estaría dispuesto a adquirir un seguro contra accidentes laborales si es que contase con uno de acuerdo a sus necesidades y a un precio que le convenga. Otra opción es que haya una diferencia en cuanto a la definición de accidente de trabajo que los microempresarios tengan, lo cual hace que difieran los resultados sobre la cantidad de accidentes que sufren.

Cuadro 10. Accidentes de trabajo en las microempresas entrevistadas

	Artesanías	Confecciones	Madereros	Metalmecánica	Total
Total	18	17	25	20	80
Sufrió accidentes (2 años)					
Sí	2	2	5	6	15
¿Cuántos?	2.5	1.0	2.0	4.5	2.9
Tipo					
Contusiones	0	1	0	0	1
Quemaduras	1	0	1	1	3
Fracturas	0	0	1	0	1
Pérdida dedo	1	0	0	0	1
Cortes	2	1	4	5	12
Perdió tiempo trabajo	2	1	2	0	5
Días	9	6	2	...	5.6
Tomaron acciones para prevenir estos accidentes					
Sí	1	2	3	3	9
No	1	...	2	2	5
No	16	15	20	14	65
¿Estaría dispuesto a pagar un seguro por accidentes de trabajo?					
Sí	3	9	12	14	38
monto fijo	2	5	7	13	27
% del salario	1	3	2	...	6
otro	...	...	...	1	1
No	15	8	13	6	42
¿Por qué?					
motivos económicos	4	3	5	2	14
no es necesario	10	4	1	...	15
no hay seg. adecuados	1	...	...	...	1
asegurado	...	1	...	...	1

Fuente: Encuesta Microempresarios. Elaboración Propia.

Los principales problemas de salud ocasionados a raíz del ejercicio laboral están relacionadas al tipo de giro; así en el caso de metalmecánica los problemas más comunes son los oculares; en tanto los problemas respiratorios y ergonómicos son más frecuentes en el caso de confecciones; mientras en el caso de maderas los problemas más preocupantes son aquellos que afectan las vías respiratorias. En el caso de artesanías los problemas ergonómicos, de migrañas y oculares son los más frecuentes.

Cuadro 11. Enfermedades ocupacionales en las microempresas entrevistadas

	Artesanías	Confecciones	Madereros	Metalmecánica	Total
Total	18	17	25	20	80
Prob. de salud relacionados al trabajo					
Pérdida auditiva	1	0	0	0	1
Prob. Oculares	5	6	0	5	16
Prob. Respiratorios	3	7	3	1	14
Dolores de espalda	8	6	0	0	14
Dolores musculares	5	1	0	0	6
Dolores de cabeza	6	5	2	0	13
Perdió tiempo de trabajo					
Sí	7	8	2	3	20
Días	16.0	6.1	4.0	0.7	8.6
No	3	2	1	2	8
Se tomaron acciones para evitar estos problemas					
Sí	4	6	1	4	15
No	6	4	2	1	13

Fuente: Encuesta Microempresarios. Elaboración Propia.

Un punto que vale la pena señalar es que la gran mayoría de microempresarios, 60% de éstos cuentan con un botiquín de primeros auxilios, pero lamentablemente no cuentan con la capacitación necesaria para utilizarlo, sólo el 13% manifestó que existía en su negocio alguien capacitado para esa labor.

Cuadro 12. Promoción de la Salud en las microempresas encuestadas

	Artesanías	Confecciones	Madereros	Metalmecánica	Total
Total	18	17	25	20	80
Botiquín primeros auxilios					
Sí	6	13	19	10	48
Existe persona capacitada	3	4	1	3	11
No	12	4	6	10	32
Capacitación seguridad y/o salud	2	4	2	...	8

Fuente: Encuesta Microempresarios. Elaboración Propia.

### 5.1.2 Grupo focal de comerciantes informales

Este instrumento se realizó, contando con la participación de 10 dirigentes de comerciantes informales y de mercados del distrito de Comas, gracias a una gestión del Sr Elvis Olivera, funcionario de la Municipalidad de Comas, quien adicionalmente nos facilitó un salón de la municipalidad para llevar a cabo este ejercicio el día 9 de julio del 2004. Así como en el caso de la encuesta, lo importante de este instrumento era la



obtención de conclusiones acerca de cómo enfocan el tema de protección social en salud estas personas, cuáles son los principales riesgos que enfrentan y cuáles son las principales estrategias que aplican en ese sentido.

En principio, es necesario tomar en cuenta que los participantes son miembros de la mesa directiva de alguna asociación de comerciantes, tienen cargos dirigenciales y muchos años en la actividad informal. Ello puede marcar notables diferencias en las apreciaciones de los temas tocados que pudiera tener un socio del común. Un dirigente puede estar aun más consciente de las debilidades que tiene su organización, de las desventajas que deben superar y en general, tener una visión más amplia y clara de lo que requieren los comerciantes para poder alcanzar el progreso de su economía y de sus condiciones de vida. Además, de ello existe el riesgo que como dirigentes no sean capaces de desarrollar una visión crítica de si mismos, de la dirigencia de su organización y de los proyectos o programas llevados a cabo hasta el momento por ellos mismos en el área de salud.

La salud no es un tema prioritario en las decisiones diarias de los comerciantes de Comas. Es asumida como un hecho y no como un riesgo inherente al desarrollo de sus actividades. Por las condiciones y el rubro en que trabajan, las personas privilegian la inversión de dinero y tiempo en los pasos para la formalización del negocio y en los mecanismos de mejora de éste.

No se identificó una relación concreta o directa entre el rubro de actividades en que se desenvuelven los comerciantes y las enfermedades o accidentes que pudieran haber sufrido hasta el momento.

Los mecanismos de protección social en salud promovidos por las directivas de las asociaciones no han logrado consolidarse. Estos mecanismos, por lo general, son mecanismos de ahorro colectivo o de contribuciones solidarias ante una eventualidad; aunque también se reportó una experiencia de convenio con un hospital para la obtención de descuentos para los asociados en los servicios de atención médica. Estos mecanismos, según referencia de los participantes, Funcionan en un inicio pero el desinterés, los pocos recursos y la desconfianza de los socios hacia los dirigentes, impiden en muchos casos su éxito.

El Sistema de Salud ESSALUD se evalúa como poco accesible y de baja calidad. Además existe un desconocimiento marcado de los programas que esta institución ofrece y que están disponibles para ellos; incluso una participante dijo que no contaba con un seguro de salud porque era una trabajadora independiente.

Los participantes manifestaron que, las ONGS y la Municipalidad no han mostrado mayor interés por desarrollar proyectos o acciones concretas en lo que refiere al tema de salud de los comerciantes informales y sus familias. Es decir, existe un sesgo marcado hacia los programas de gestión y capacitación productiva. Elvis Olivera, funcionario de la municipalidad, nos había comentado que están trabajando en programas de capacitación en liderazgo para los dirigentes, de tal forma de potenciar el capital social de sus organizaciones.

Las oportunidades promovidas desde el gobierno por ampliar los márgenes de decisión y acción de la población no están siendo aprovechadas. Uno de los participantes señaló que en cuanto a la inscripción de sus asociaciones en el comité de presupuesto participativo de su distrito, esta estuvo marcada por el desconocimiento, el desinterés y la apatía. Lo que evidencia una baja capacidad para elaborar propuestas desde los mismos beneficiarios.

Finalmente, las expectativas de los participantes no son claras, mencionan que efectivamente estarían dispuestos a hacer un pago por la protección de su salud más no convienen un monto definido, pues éste dependería de las condiciones (que enfermedades cubre por ejemplo), el servicio y los beneficios que otorgue el seguro. Más bien, se notó un sesgo preferencial hacia los programas de tipo asistencialita; muchos de ellos refieren que sus iniciativas de ahorro y aportaciones solidarias no son exitosas porque la municipalidad no los presiona para que cumplan como si lo hace en el caso del programa FONTA Comas<sup>32</sup>.

## ***5.2 Una propuesta de protección social en salud para trabajadores informales***

Para fortalecer la protección social de modo de reducir la vulnerabilidad y la pobreza de los trabajadores informales, las estrategias deben estar orientadas a la expansión de las capacidades de empleabilidad y la provisión de condiciones mínimas de protección en los centros de labores, con mecanismos que promuevan la participación y el diálogo social integrador. La vía natural de protección social en salud es la seguridad social, pero como ya fue mencionado esta vía parece no ser factible, por lo menos en el corto plazo. De allí el interés en nuevas propuestas, puesto que la cobertura de riesgos de salud es un elemento importante en la mejora de las condiciones de vida y el aumento de la productividad de las empresas y economías<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> El análisis completo del ejercicio de grupo focal se encuentra en el anexo 2.

<sup>33</sup> Véase OIT (2002) y Cortez (1999).

A través del presente estudio se ha buscado analizar las diferentes características y percepciones que tienen los trabajadores informales sobre el tema de salud, incluyendo dentro de ella la salud ocupacional. Para empezar, algo que se puede reconocer de la bibliografía, y de los instrumentos y entrevistas realizadas, es que tanto los comerciantes como los microempresarios informales y sus trabajadores no consideran dentro de sus prioridades el tema de su salud. Esa falta de importancia que le brindan al tema, se ve explicada por los diferentes problemas que enfrentan para sobrevivir diariamente, pero es esta indiferencia la que ocasiona que ellos se encuentren desprevenidos ante cualquier eventualidad que afecte su salud.

Tal y como se mencionó anteriormente, la protección social puede actuar antes, durante o después del riesgo. La ciencia médica ha esquematizado, de la misma manera, los mecanismos de protección social en salud de acuerdo al momento en que se produce el accidente o enfermedad. Así, existen tres etapas de protección social en salud: prevención, curación y tratamiento; según se refiere al antes, durante o después de la eventualidad, respectivamente. La salud ocupacional se sitúa, bajo esta lógica, en el campo de la prevención, pues está relacionada a las condiciones de trabajo que evitan la ocurrencia de accidentes y/o enfermedades causadas por la actividad laboral. Asimismo, el estudio de Ospina, Rabelo y Ferrer (2002), señala que los riesgos de salud dentro de los trabajos informales son muchos, y posibles de evitar. Así, este punto resulta ser muy importante<sup>34</sup>, ya que reduce los riesgos a los que los trabajadores informales se enfrentan cotidianamente en su trabajo. Es así, que la propuesta de este documento resalta la relevancia del tema de las condiciones y seguridad en el trabajo

---

<sup>34</sup> Para tener una idea de lo importante que es la cobertura de los riesgos relacionados a la salud ocupacional, algunos datos proporcionados por la OIT indican que, alrededor de 350,000 trabajadores en el mundo mueren mientras realizan sus actividades laborales. Es decir, cada semana mueren 7,300 obreros, ocasionando un costo irreparable, tanto para las familias como para las empresas. En Sudamérica, las pérdidas económicas asociadas a accidentes mortales alcanzan la cifra de 1,400 millones de dólares por año. Sólo en el Perú, entre siniestros fatales y no fatales, se producen casi 10 mil accidentes de trabajo por año. Este dato se convierte en más preocupante, cuando observamos que sólo el 30% de la fuerza laboral ocupada está afiliada a algún servicio de prestación de salud. Así, en el Perú, más de 2 millones de trabajadores no cuentan con algún mecanismo de seguridad social que los proteja ante el riesgo de accidentarse o enfermarse a consecuencia de las precarias condiciones en las que se desarrolla su actividad laboral, por este motivo el sesgo de la propuesta está orientado a aspectos de salud ocupacional.

(salud ocupacional), pues su provisión no es tan costosa<sup>35</sup> y los beneficios de esta son observables en el corto plazo<sup>36</sup>.

En lo referente a salud y seguridad ocupacional, en el Perú, las instituciones que se encargan por velar el cumplimiento de los estándares mínimos de condiciones de seguridad y salud en el trabajo son el Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Ambiente (CENSOPAS) adscrito al Ministerio de Salud y la Dirección de Protección al Menor y de la Seguridad y Salud en el Trabajo adscrita al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

Ambas instituciones cumplen funciones similares en lo que respecta a salud ocupacional, y lamentablemente sólo concentran su rango de acción en Lima Metropolitana. En ambos casos sus marcos operativos están diseñados para efectuar intervenciones en cualquier tipo de empresas, incluso informales, pero en la realidad de acuerdo a sus lineamientos y capacidad sólo intervienen en empresas grandes o de tipo industrial. Cuentan con un staff de supervisores reducidos (en el MTPE cuentan sólo con 20 supervisores) y un presupuesto insuficiente. Ambas instituciones coinciden en elaborar un informe y recomendaciones después de su inspección, pero sólo la dirección del MTPE cuenta con la capacidad de establecer penas y sanciones económicas en estos casos. A pesar de que ambas instituciones cumplen funciones similares, comparten los mismos problemas y limitaciones, sólo desde hace mes y medio cuentan con un convenio de cooperación, que aun está en etapa de evaluación e implementación, pero a la fecha de la realización de las entrevistas, para este documento, ambas instituciones no tenían un conocimiento cabal de las funciones que realiza la otra, por lo que en la práctica no se avizora en un corto plazo ningún nivel de coordinación ni cooperación y se estima que ambas instituciones seguirán operando de manera ineficiente, pues es poco probable que puedan supervisar muchas empresas, y a la fecha de las entrevistas ninguno de los funcionarios tenía idea de cuantas supervisiones hacen, ni pudieron proporcionarnos la información necesaria ya sea por cuestiones de desconfianza o simple desgano.

Por otro lado, la heterogeneidad implícita de los trabajadores del sector informal representa en sí misma un obstáculo difícil de sortear, es decir, por tratarse de unidades de producción y comercio de tamaño pequeño que desarrollan distintas

---

<sup>35</sup> Por citar un ejemplo, la provisión de un mecanismo de salud ocupacional, como puede ser un casco, puede resultar menos costoso que curar una enfermedad, además del costo que representa los días de ausentismo al trabajo.

<sup>36</sup> La provisión de mecanismos de salud ocupacional, permite reducir la probabilidad de caídas de producción por accidentes; reducir el costo de capacitación y reclutamiento, entre otros (McConnel, Brue y Macpherson, 2003).

actividades están expuestas a diferentes tipos de riesgos de salud, así, por ejemplo, los trabajadores del sector artesanía tiene problemas de tipo ergonómicos, los de metalmecánica presentan problemas oculares, los madereros problemas dermatológicos (por las sustancias químicas con las que trabajan), etc. Luego, esta especificidad requiere de una respuesta local, que como ya se mencionó anteriormente se refiere a las municipalidades, las cuales tienen una responsabilidad como promotores de la economía de sus respectivos distritos. Por esta razón, la propuesta aquí planteada requiere aprovechar el nuevo rol municipal y el capital social existente en los trabajadores del sector informal, y su interés por mejorar las condiciones en las que trabajan.

Adicionalmente, la propuesta incluye recomendaciones a nivel macro. Esta parte más general de la propuesta busca resaltar el rol del Estado de garantizar la salud como derecho fundamental de las personas. En principio, trabajar en la coordinación de funciones entre las distintas entidades que tienen bajo su responsabilidad tanto la provisión como la supervisión de la provisión de la salud, de tal manera que no se desperdicien recursos, sería un aporte de alta importancia. Por otro lado, debe recordarse que el actual sistema de redistribución de ingresos y tributación no haría posible, en el corto plazo, la provisión universal del servicio de salud. Una opción que se está implementando en la actualidad es la transferencia de funciones del Estado a través de las municipalidades en los llamados Consejos Regionales de Salud, este es un primer paso para poder atender las demandas más específicas de cada distrito, región o nivel local que se quiera considerar, pero siempre de manera coordinada para que sea más que un bonito intento.

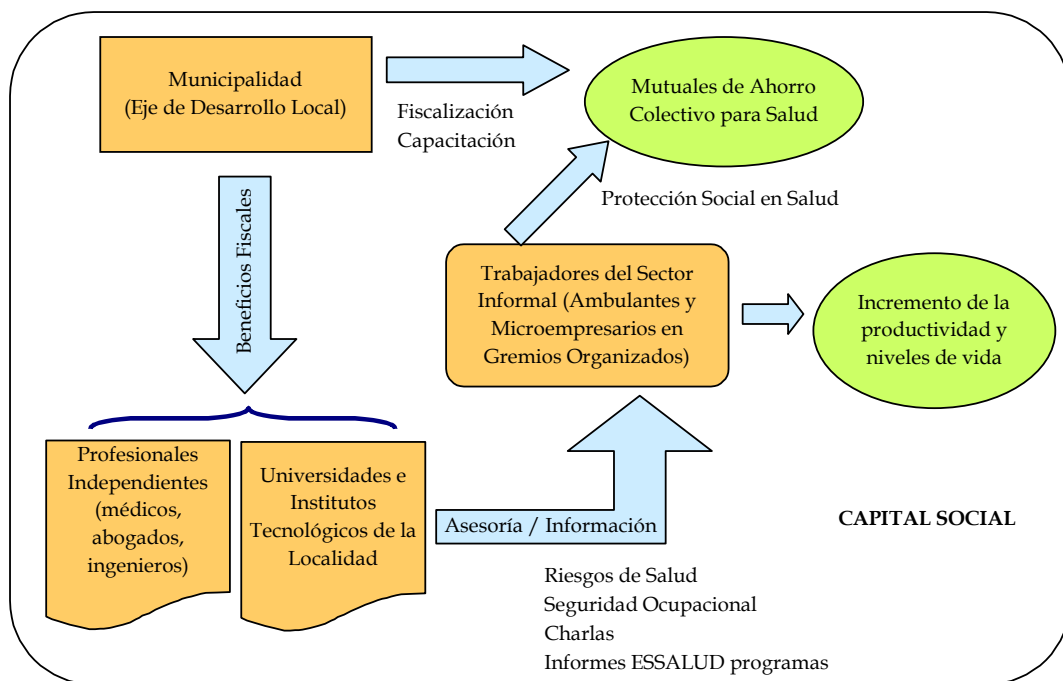
Otra recomendación en el aspecto macro sería un mejor sistema de difusión de los programas ya existentes para trabajadores independientes en ESSALUD y las EPSs, de manera tal que todas las personas puedan acceder a la información sobre los mismos. Esto se hace necesario, pues tal y como se constató personalmente, la información brindada por la gente encargada no es ni suficiente, ni dada con pertinencia.

Para finalizar la parte macro, es necesario extraer los elementos buenos y experiencias novedosas que se han dado en otros programas. Por ejemplo, a los trabajadores (formales) del Programa A Trabajar Urbano del Ministerio de Trabajo se les proporcionaba un seguro de vida y un seguro contra accidentes de trabajo a precios que consideraban que estos trabajadores no percibían un ingreso que alcanzara el salario mínimo. Hecho, que se compensaba con la cantidad de participantes. Esta sería una opción que no se puede descartar para el caso de los trabajadores del sector informal. Así mismo, se podrían aplicar programas similares al caso colombiano, que, a

manera de incentivo para la formalización, brindaba paquetes de seguros de salud y pensiones a precios más bajos de lo usual.

A nivel de desarrollo local, en el plan de esta propuesta están involucrados tres actores: la municipalidad, los profesionales independientes del distrito y los trabajadores del sector informal. En principio se tratará de resolver los problemas de información asimétrica y capacitación, mientras que en una segunda instancia se incluirá la posibilidad de provisión de servicios médicos a través de la potenciación de un esquema ya existente y que ha tenido relativo éxito, es el caso de los seguros basados en ahorros colectivos. Un elemento sobre el que se hará especial énfasis a lo largo de la propuesta es el de capital social; ya que en las entrevistas realizadas a funcionarios de organizaciones no gubernamentales que trabajan en el sector informal, este fue un pie forzado en todas sus intervenciones, lo cual se justifica, en tanto, como se mencionara líneas atrás se trata de unidades, de producción o comercio, pequeñas cuya voz, para ser escuchada, necesita de cierto nivel de representatividad que se lo da el estar organizados.

Gráfico 4. Esquema de Propuesta de protección social en salud para trabajadores informales



En el gráfico 3, se distingue, de alguna manera, a través de mecanismos de premios e incentivos la labor de cada agente. En principio la municipalidad a través de beneficios tributarios incentiva a los profesionales independientes del distrito (ingenieros,

médicos o abogados, etc.), que de acuerdo a su especialidad les den charlas o pequeñas consultorías a los trabajadores informales del distrito (en el caso de los médicos se deja abierta la posibilidad de una consulta médica ambulatoria) sobre los temas de salud y seguridad en el trabajo. En ese mismo nivel de colaboración también se sitúan las Universidades e Institutos Tecnológicos de la localidad, quienes también a cambio de cursos de capacitación y asesoría a los trabajadores informales (en temas de gestión administrativa y manejo del ambiente de trabajo), recibirían incentivos tributarios, además de potenciales nuevos alumnos, si es que la seguridad ocupacional logra posicionarse como un servicio de desarrollo empresarial.

La idea es cubrir un vacío existente en las actividades de los trabajadores del sector informal, estos trabajadores elaboran sus estrategias de trabajo con un horizonte temporal diario, obviamente no distinguen entre el dinero de los gastos domésticos de los que corresponden a los de la empresa, y su trabajo es su principal capital. Adicionalmente, sus estrategias productivas para lograr competitividad son la reducción de costos, principalmente laborales, es decir, más horas de trabajo en desmedro de la calidad y productividad del trabajo. Estos rasgos inherentes de los trabajadores informales y su nivel de pobreza, hacen que los problemas o precauciones que deban tomar respecto a salud y condiciones de seguridad ocupacional pasen a un plano no trascendente, puesto que las consecuencias de estos a veces no son vistas en el corto plazo, por lo que les es difícil asociar estos riesgos en salud a su actividad laboral, además de mantener una visión de tipo asistencialista de esperar que el estado u organismos multilaterales destinen programas para ellos.

Sobre las charlas y capacitaciones, se espera que los profesionales independientes aborden temas que al parecer, según los instrumentos analizados, no son tan obvios para los trabajadores informales. Básicamente, cómo afectan las condiciones de trabajo a la calidad de su producto y a la cantidad que producen. Es decir, sensibilizarlos respecto al tema, corrigiendo de alguna forma esta asimetría de información mencionada anteriormente. Una pequeña inversión en equipo (como puede ser el uso de máscara o guantes) puede marcar una diferencia importante en ahorro de horas perdidas o en el costo de conseguir otro empleado y capacitarlo para el trabajo que hará. Lamentablemente, los microempresarios, por ejemplo, no incorporan estos costos en su análisis costo beneficios, por lo que éste sería un avance importante en la materia. Considerando, además, que mucho realizan sus actividades comerciales y/o productivas en su vivienda; o en todo caso realizan sus actividades domésticas en su puesto de trabajo, una mejora en el ambiente de trabajo implica directamente una mejora en las condiciones de vida de estos trabajadores.

En esta primera instancia se contempla que los gremios de comerciantes informales y microempresarios reciban estas capacitaciones y se resuelva, o al menos ayude a mejorar, los problemas de información asimétrica referidos a los temas de salud y salud ocupacional. De tal forma que conozcan las opciones disponibles en el mercado en lo que respecta a seguros y tomen conciencia de los riesgos que enfrentan por el desarrollo de su actividad y que en conjunto, con los profesionales independientes, piensen en mecanismos de solución de bajo costo y accesibles para ellos. De esta manera se estaría actuando de forma preventiva ante la ocurrencia de los distintos riesgos a los cuales están expuestos.

Otro componente importante de capacitación que ya está siendo explorado por distintos municipios (como el de Comas por ejemplo) es el de liderazgo de los dirigentes de trabajadores informales. Esto es porque pareciera que la desconfianza sobre las autoridades de gobierno se hubiese trasladado a todos los niveles de organización. Muchos trabajadores informales no confían en sus dirigentes, no porque estos hayan hecho necesariamente algo incorrecto, sino que malas gestiones pasadas han generado en estos niveles de desconfianza que aun no logran superar. La idea es que el capital social está ahí, puesto que a pesar de todo los trabajadores informales se siguen organizando, cuentan con estatutos, pero necesitan de alguna manera potenciar su capital social u organización que al parecer sólo se hace más fuerte ante riesgos extremos, como puede ser una amenaza de desalojo municipal.

El rol municipal también comprende un elemento fiscalizador por el lado de las asociaciones y mutuales de trabajadores informales. Para hacer efectivas las capacitaciones, las organizaciones deberán estar inscritas en un padrón municipal, desde el cual se vigilaría el cumplimiento no sólo de las capacitaciones, sino también del cumplimiento de los acuerdos y se revisaría que el dinero recaudado de los fondos esté depositado en una cuenta bancaria, y los gastos que se efectuaran ese mes por conceptos de salud.

Una segunda instancia estaría señalada por el potenciamiento de mutuales o sindicatos, para que a través de mecanismos como ahorro colectivo, por ejemplo, se puedan cubrir de mejor manera las necesidades de salud. Como se mencionó en la sección anterior los trabajadores del sector informal cuentan con mecanismos de ahorro colectivos para cubrir gastos médicos y de hospitalización ante la ocurrencia de riesgos de salud, el problema es que no cumplen con hacer sus aportaciones y los dirigentes (que son los encargados de recoger las aportaciones que incluso están definidas en los estatutos) no cuentan con mecanismos de "enforcement" para hacer cumplir sus



acuerdos. Afortunadamente, no es el mismo caso para todas las asociaciones<sup>37</sup>. Como es previsible, estos sistemas de aseguramiento terminan repitiendo los mismos vicios del sistema formal por lo que se hace necesario el establecimiento de sistemas de premios y castigos, con el fin de que no sólo se atraiga a los más propensos a adquirir enfermedades (aun así debe recordarse que el grupo objetivo es, en general, un grupo vulnerable). Por ejemplo, podría otorgarse premio similares a los de los seguros de vida: si uno no hace uso del servicio, recibe después de un tiempo una compensación económica.

En suma, organización y coordinación con autoridades locales, forman los ejes de esta propuesta. La idea de aprovechar las ventajas de la provisión de mecanismos de salud, incluyendo la ocupacional, para elevar la productividad y los niveles de vida de este sector, son sin duda un elemento importante para la generación de políticas que acerquen a la formalidad a los informales sin restarles su capacidad de fuente primaria de empleo. No es que esta propuesta pretenda ser la receta, pero en todo caso pone en evidencia dispositivos que tuvieron éxito en otras latitudes y la viabilidad frente a una realidad tan compleja como la nuestra. De hecho esperamos que nuevas propuestas apoyadas en la evidencia presentada en este documento ayuden a difundir el debate sobre estos temas, que en la actualidad parecieran haber perdido vigencia, aún cuando la realidad indique lo contrario.

---

<sup>37</sup> En un programa de ORIT con estibadores del mercado mayorista, el mecanismo para hacer cumplir las contribuciones se realiza a través de la prohibición de trabajo, es decir, el trabajador que no cumple con las contribuciones, es impedido de trabajar hasta que cumpla con los acuerdos.

## **VI. Bibliografía.**

Asian Development Bank – ADB. (2001) “Social Protection Strategy”. ADB: Manila.

Barbin, E. A.; C. Lomboy and E. S. Soriano. (2002) “A field study of microinsurance in the Philippines”. Working Paper N° 30 Employment Sector ILO.

Carbajal, J. C. y P. Francke. (2000) “La Seguridad Social en Salud: Situación y Posibilidades”. Documento de Trabajo 187. Dpto. de Economía - PUCP: Lima.

Carbonetto, D., J. Hoyle y M. Tueros. (1988) “Lima: Sector Informal”. CEDEP: Lima.

Chacaltana, J. (2001) “Políticas públicas y empleo en las pequeñas en las pequeñas y microempresas en el Perú”. OIT: Lima.

Chacaltana, J., N. García y J. Gallardo. (2004) “Los obstáculos a la expansión del sistema de pensiones en el Perú”. En: García, N. (Ed.) “Políticas de Empleo en el Perú”. Tomo II. Diagnóstico y Propuesta 11. CIES: Lima.

Chacaltana, J. (2004) “Productividad del Trabajo en el Perú”. OIT: Lima. Mimeo.

Chen, M.; R. Jhabvala and F. Lund. (2002) “Supporting Workers in the Informal Economy: A Policy Framework”. Working Paper on the Informal Economy No. 2. Employment Sector International Labour Office Geneva.

Christiaensen, L. J. and K. Subbarao. (2001) “Towards an Understanding of Vulnerability in Rural Kenya”. Mimeo.

De Soto, H. (1986) “El otro sendero”. ILD: Lima.

Guzmán, A. (2003) “Análisis Comparativo de Modelos de Aseguramiento Público y Propuesta de un Sistema Solidario de Seguridad Social en Salud”. ForoSalud y Observatorio del Derecho a la Salud – CIES: Lima.

Heitzmann, K.; R. S. Canagarajah; and P. B. Siegel. (2002) “Guidelines for assessing the sources of risk and vulnerability”. Social Protection Discusión Paper No. 0218. The World Bank.

Herrera, J. (2003). “Análisis de la pobreza en el Perú 2002 desde la perspectiva de los hogares y las unidades de producción”. Resultados preliminares. Lima.

Holzman, R, and S. Jorgensen. (1999) “Social Protection as Social Risk Management: Conceptual Underpinnings for the Social Protection Strategy”. Social Protection Discusión Paper No. 9904. The World Bank.

Holzman, R, and S. Jorgensen. (2000) “Social Risk Management: A new conceptual framework for Social Protection, and beyond”. Social Protection Discusión Paper No. 0006. The World Bank.

Inductivo, H. (2002). "Social Insurance: Theoretical Background". Del Seminario "Social Protection for the Poor in Asia and Latin America". Asian Development Bank, Manila, del 21 al 25 de octubre

International Labor Office - ILO. (2000) "Health Micro-insurance: A Compendium". Working Paper Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty Programme International Labour Office Social Security Department.

International Labor Office - ILO. (2002) "Extending Social Protection in Health through Community Based Health Organizations: Evidence and Challenges". Discussion Paper ILO.

Jorgensen, S. and J. Van Domelen. (1999) "Helping the Poor Manage Risk Better: The Role of Social Funds". Inter-American Development Bank Conference on Social Protection and Poverty.

Kannan, K. P. (2002) "The welfare fund model of social security for informal workers: The Kerala experience". Working Paper 332 Centre for Development Studies.

Krujit, D. (2002). "Pobreza, Informalidad y Exclusión Social en Latinoamérica". Programa Centromericano de postgrado. FLACSO.

Loewe, M. (2002). "The Third Way in Social Protection: Group-based schemes and the potential of microinsurance". Del Seminario "Social Protection for the Poor in Asia and Latin America". Asian Development Bank, Manila, del 21 al 25 de octubre.

McConnell, C. R.; S. L. Brue y D. A. Macpherson (2003) "Contemporary Labor Economics". Mc Graw-Hill: New York.

Mesa-Lago, C. (1990) "Protección del sector informal en América Latina y el Caribe por la seguridad social o medios alternativos". En: OIT (2000) "Más allá de la regulación: el sector informal en América Latina". OIT: Ginebra.

Morduch, J. (1994) "Poverty and vulnerability". American Economic Review and Papers and Proceedings 84 (2): 221-225.

OIT (2002) "Seguridad Social: Un nuevo consenso". OIT: Ginebra.

OIT (2003a) "Panorama Laboral 2003". OIT: Lima.

OIT (2003b) " Perú: Propuesta de Programa Nacional de Trabajo Decente, 2004-2006". Informe preliminar. Oficina Subregional de la OIT para los Países Andinos. 2003.

Ospina, E.; Rabelo, G.; y Ferrer R. (2002) "El sector informal urbano: Condiciones y medio ambiente de trabajo, seguridad y salud laborales". Versión preliminar.

Roth, J. (2001) "Informal Micro-Finance Schemes: the case of funeral insurance in South Africa". Working Paper N° 22 Social Finance Unit ILO.

Saavedra, J. (2000) "Generación de empleo y evolución de los ingresos y la productividad en el Perú, 1990-1998". En: Egger, P. y N. E. García (eds.) "Apertura Económica y Empleo: Los Países Andinos en los 90's". OIT: Lima.

Saavedra, J. y E. Nakasone (2003) "Una Nota sobre la Informalidad y el Autoempleo en Lima Metropolitana 1985 - 2000". Documento de Trabajo. GRADE.

Siegel, P. and Alwang, J. (1999) "An Asset-based Approach to Social Risk Management - A Conceptual Framework". Social Protection Discusión Paper No. 9926. The World Bank.

Thomas, J. (2002) "Decent Work in the Informal Sector: Latin America". Working Paper on the Informal Economy No. 12. Employment Sector International Labour Office Geneva

Tokman, V. E. (1990) "Sector Informal en América Latina: De subterráneo a legal". En: OIT (2000) "Más allá de la regulación: el sector informal en América Latina". OIT: Ginebra.

Tueros, M. (2003). "La Economía Informal y la Acción de la OIT". Seminario Sub-regional Informal, Sindicalismo y Trabajo decente. Bogotá.

Van Ginneken, W. (2000). "Seguridad Social para la mayoría excluida: Estudio de casos para países en desarrollo". OIT. Ginebra.

WIEGO, CIES y Ministerio de Trabajo (2002). "Resumen: Discusión sobre Protección Social para Trabajadores de la Economía Informal". Lima.

Página WEB WIEGO  
<http://www.wiego.org>

## VII. Anexos.

### ANEXO 1

Cuadro A1. Tabla de aportes del Seguro Potestativo Único

Rango de Edad*	Prima en nuevos soles (incluido IGV 19%)					
	Titular	Titular con 1 DH	Titular con 2 DH	Titular con 3 DH	Titular con 4 DH	Titular con 5 a más DH
De 18 hasta 45 años	41	77	103	130	156	184
De 46 hasta 55 años	53	100	134	168	204	238
De 56 hasta 65 años	79	122	165	208	250	292
De 66 hasta 70 años	133	-	-	-	-	-
De 71 hasta 75 años	184	-	-	-	-	-
De 76 hasta 80 años	233	-	-	-	-	-
De 81 hasta 85 años	317	-	-	-	-	-
De 86 a más	383	-	-	-	-	-

\* Rango de edad lo determina el afiliado o el derechohabiente de mayor edad.

Copago ambulatorio de 6 nuevos soles. Por cada consulta ambulatoria (por voluntad propia del asegurado o interconsultas). A partir de 66 años, el afiliado no puede inscribir a derechohabientes.

Cuadro A2. Experiencias Internacionales de Mecanismos de Protección Social en Salud para trabajadores informales.

Programa	País	Actores Involucrados	Temas
Prog. de atención hospitalaria y funerales	Tanzania	Trabajadores de mercados	Contribuciones diarias (en total 10 dólares anuales) para la cobertura de gastos de hospitalización y funerales.
SEWA	India	Mujeres trabajadoras por cuenta propia	Contribuciones y subsidio estatal para cobertura de seguros de vida y de salud.
Fondos de Bienestar de Kerala	India (1972)	Trabajadores informales	Trabajadores organizados por tipos. Se financian con contribuciones del trabajador y empleador según distintas tasas que dependen de la actividad. Provee seg. Social para estos trabajadores.
AMUANDES	Colombia (1999)	Trabajadores pobres de zonas urbanas	Bajo el esquema de microseguros, las personas aportan periódicamente y reciben donaciones y contribuciones voluntarias de otras organizaciones. Ofrece cobertura de salud.
Seg. Salud del IPKT	Bolivia (1996)	Trabajadores del sector informal	Provee servicios básicos de salud, bajo el esquema de mutuales de aseguramiento.
Plan Solidario FSS	Colombia (1999)	Trabajadores pobres	Provee servicios básicos de salud, bajo el esquema de mutuales de aseguramiento.
Microseguros	Filipinas (desde 1977)	Microempresarios de bajos ingresos	ONGs y Mutuales proveen de seguros de vida, prestamos y atención en salud a cambio de contribuciones.
Seguros Funerarios Informales	Sudáfrica	Trabajadores de bajos ingresos	Asociaciones de crédito rotativo (ROSCA) venden este esquema de seguros a los trabajadores y ellos se encargan de administrar el servicio.
Cuentas de Ahorro Médico (MSA)	Singapur	Familias pobres	Es un plan de ahorro fijo para que los individuos dispongan de efectivo al sufrir un problema de salud.
AMUTRABA	Rep. Dominicana	Trabajadores del Ingenio de Beteyes y familias	Seguro para servicio de consultas fijas y ambulatorias a través de esquema de mutual.

Fuentes: Van Ginneken (1996); ILO (2000); Roth (2001); Kannan (2002); Thomas (2002); Barbin, Lomboy y Soriano (2002); ILO (2002). Elaboración Propia.

Cuadro A3: Entrevistas realizadas

Persona	Institución	Día
Jorge Aliaga	ONG Alterativa	02-Jul
Guillermo Nolasco	ONG Alterativa	02-Jul
Arturo Erazo	Centro nacional de Salud Ocupacional y Protección del Ambiente - CENSOPAS	08-Jul
Germán Crispín	Dir. Protección al Menor y de la Seguridad y Salud en el Trabajo - MTPE	09-Jul
Estela Ospina	Consultora especializada en Salud Ocupacional	15-Jul
Elvis Olivera	Municipalidad de Comas	09-Jul
Jose Francia	Organización Regional Interamericana de Trabajadores (ORIT)	26-Jul

**ANEXO 2:**  
**RESULTADOS DEL GRUPO FOCAL**

**Percepciones de comerciantes informales de Comas acerca de los Sistemas Tradicionales y Formas Alternativas de Protección de la Salud y la prioridad que conceden a su salud**

*I. Guía de Preguntas*

- ✓ Preguntas introductorias:
  - ¿Hace cuánto que trabajan en el negocio que tienen ahora?
  - ¿Creen que han mejorado desde que comenzaron a trabajar en esta actividad?
  
- ✓ Valoración de la salud
  - Y en ese tiempo, ¿cuáles han sido sus principales preocupaciones? (Mencionar si es necesario: comprar la casa propia o terminar de construirla, pagar los estudios de sus hijos, mejorar su negocio, etc.)
  - Y durante el tiempo que vienen laborando en esta actividad, ¿qué acciones han tomado para lo que es el cuidado de su salud? ¿Por qué sí o porque no las tomaron? Mencionar sólo si es necesario: afiliarse a un seguro, hacer ahorros para cualquier imprevisto, etc. (lo más probable es que la respuesta sea no)
  - ¿Cuáles son los principales problemas que han tenido hasta el momento en lo que respecta a su salud? ¿Creen que éstos están relacionados en parte o totalmente con la actividad que realizan?
  - Actualmente, ¿estarían dispuestos a pagar por un seguro o cualquier otro tipo de sistema que proteja su salud?
  - Si la respuesta es sí: ¿hasta cuánto estarían dispuestos a pagar mensualmente? Si la respuesta es no: ¿por qué?
  
- ✓ Organización de los ambulantes:
  - ¿Se han organizado antes para solucionar por cuenta propia sus problemas en salud? ¿Cuándo y cómo fue esta experiencia? ¿Qué ventajas encontraron en este sistema? ¿Qué desventajas?
  - ¿Con qué organizaciones cuentan ahora como trabajadores del mercado?
  - ¿Qué tal les parece que funciona esta(s) organización(es)?
  - ¿Qué aspecto o que cosas creen que a esta(s) organización(es) le falta hacer?
  - ¿Esta(s) organización(es) tiene(n) alguna comisión que vea el tema de salud?
  - ¿Qué trabajo ha hecho hasta ahora en ese tema y que opinan de éste?
  - ¿Creen que sería necesario que se preocupen también por el tema de salud o lo considera innecesario?
  
- ✓ Conocimiento sobre experiencias de protección en salud.



- ¿Han estado o están asegurados a través de algún sistema de salud? (no necesariamente del sector público ESSALUD)
- ¿En qué tipo de seguro o programa?
- ¿Cómo se enteraron de esa opción?
- ¿Cómo les fue finalmente?
- ¿Qué ventajas o qué encontraron de bueno en ese sistema?
- ¿Qué les pareció mal o qué desventajas encontraron?
- Si ya no están en ese sistema o programa: ¿por qué lo dejaron? ¿Volverían a inscribirse en ese sistema? ¿Tomarían uno diferente? En el futuro, ¿piensan inscribirse en algún programa de protección de salud? ¿De que depende esa decisión principalmente?

## **II. Los Participantes**

Los asistentes al grupo focal fueron un total de 10, la mayoría actualmente asumen cargos dirigenciales en las asociaciones a las que pertenecen. Cabe mencionar, que son en su totalidad vecinos del distrito de Comas.

P1: Lucio Palacios Villacorta	Ex dirigente y asesor de la dirigencia actual Asociación de Comerciantes Santa Teresita
P2: Carlos Enrique Viscochahua	Presidente de la Asociación de Pequeños Comerciantes La Super Económica
P3: Gladis Campos Santillán	Socia Mercado Virgen de las Mercedes
P4: Robert Cahuas	Presidente Asociación Comerciantes 24 de Junio
P5: Roberto Vela choaga Cueto	Presidente de Asociación de Comerciantes 3ra cuadra del Jirón Cahuide
P6: Donatila Rojas	Presienta de Asociación Jesús Redentor Comas
P7: Segundo Díaz	Fiscal (No figura en la transcripción)
P08: Jesús Flores	Secretario de Actas de la Asociación de Comerciantes Informales Túpac Amaru

## **III. Ejes Temáticos y Análisis**

### **1. Condiciones Generales de los Comerciantes Informales**

La mayoría, nueve de los diez participantes, pertenecen a asociaciones de comercio ambulatorio, sólo uno es miembro de una asociación que cuenta con local propio. Para ellos existen grandes desventajas, las cuales se hacen recurrentes a lo largo de la conversación:

La vulnerabilidad que sufren por no contar con un espacio de venta propio, por ser el espacio público su lugar de trabajo.

La debilidad institucional para gestionar, como grupo, acciones afines a sus intereses con las entidades competentes y consolidadas.

La incapacidad de competir con entidades comerciales más fuertes y amplios (mega-centros), e insertarse en la red económico-comercial formal del país.

Los 10 participantes dan cuenta constantemente de una situación difícil y compleja, producto del contexto y la disputa con otros actores por la obtención de beneficios. A lo largo de la conversación asoman experiencias y tensiones por ejemplo, entre la

Municipalidad y la Asociación de Comerciantes. De esta forma se disputan derechos, responsabilidades, competencias y decisiones que giran en torno a los intereses propios de cada uno. La municipalidad de Comas y la ONG Alternativa son actores que aparecen continuamente por su continua injerencia en el plano laboral en que se desenvuelven los entrevistados.

## **2. Prioridades y Valoraciones en la Vida Cotidiana de los Comerciantes Informales**

El giro de la conversación siempre es decidido por los integrantes del grupo focal. Aparecen temas de interés y acompañan durante la plática sólo los de interés común. Así, fue posible recoger un esbozo de una agenda con las principales cosas que los preocupan a los comerciantes en la actualidad:

### **2.1 La obtención de una propiedad**

Para las personas asistentes, que llevan en promedio 10 años en la misma actividad, ésta es la meta fundamental para su progreso. Se trata de una meta concreta que ha servido como principal cohesionador de los esfuerzos colectivos de una asociación. La obtención del local propio representa el primer paso en la salida de la informalidad y sus ventajas son palpables y efectivas en las facilidades a corto, mediano y largo plazo para obtener préstamos bancarios, servicios básicos, y un status.

Los dos primeros puntos se encuentran principalmente relacionados con la consecución de bienes, servicios y/o beneficios materiales, que ellos consideran justo recibir. El último punto en cambio hace referencia a un logro intangible pero también importante para los comerciantes que llevan laborando tantos años. Es el reconocimiento por el progreso que han logrado conquistar basándose en trabajo duro desde su incursión en este sector laboral. Es también, modelo y punto de referencia para aquellos que se mantienen en la informalidad. Así, la Asociación de Comerciantes "Santa Teresita", representados por Lucio Palacios, es mencionada constantemente por el alcalde y el mismo presidente como el ejemplo más idóneo de cómo un grupo organizado y cohesionado logra construir un local de trabajo valorizado en 300,000 dólares aproximadamente.

Efectivamente, tal es un caso representativo de las posibilidades que brindan el consenso y la organización. En ese sentido, el programa impulsado por la Municipalidad de Comas: FONTA, tomó un papel fundamental, fue un mecanismo de disciplina y transparencia necesario para el logro de metas tan grandes. Los beneficios de este programa, sin embargo, son bastante discutidos por los participantes, quienes (a excepción de Lucio Palacios) descalifican al programa en términos de una imposición del municipio. Al parecer la municipalidad no ha sabido lograr que los comerciantes hagan suya esta iniciativa:

*"si bueno, el FONTA Comas fue justamente producto de la municipalidad misma nos ha obligado a que ahorremos un fondo para el proceso de formalización..."*  
(Jesús Flores, Secretario de Actas Asociación de Comerciantes Tupac Amaru)

## **2.2 El progreso del negocio**

Un segundo tema de recurrencia es el de los mecanismos que requieren para el progreso de su negocio y consecuentemente el de su economía. Las capacitaciones en Marketing, ventas, manejo de presupuesto, etc, son percibidas como fundamentales para la mejora de su situación y por tanto, imprescindibles en su agenda. Al mismo tiempo, como dirigente de una de las asociaciones de comerciantes en el distrito, un asistente llama la atención sobre la apatía de los socios para dirigir esfuerzos a este ámbito y en el conformismo que ha reinado hasta ahora.

“ a la gente no le importa prácticamente capacitarse, ni salir adelante, buscar un espacio donde trabaja (...) al menos en la organización estamos prácticamente sobreviviendo”.

## **2.3 La Salud**

No puede ser ubicada en un puesto preciso del “ranking” de temas relevantes porque para los participantes el tema no se fue descubriendo en el transcurso del dialogo, por el contrario fueron incentivados con la promesa de obtener un beneficio en este campo, sus respuesta pudieron haber sido planeadas y no espontáneas como seria lo ideal. Sin embargo, sí fue evidente que esta se encontraba en los últimos puestos de la agenda. Las intervenciones solían la más de las veces desviarse a las desventajas económicas y de manejo de poder (en relación a otras organizaciones e instituciones como el municipio) que sufren.

Ahora conviene preguntarse ¿Por qué la salud se encuentra siempre en los últimos lugares de interés para estos sectores? Ello obedece a múltiples variantes. La principal es que suele ser asumida como una invariable durante el tiempo que estudiamos, trabajamos, etc. Contribuye el hecho que ninguno de los entrevistados ha sufrido en algún momento una enfermedad o accidente a raíz del tipo de actividad que realizan. Llama la atención que en cuanto a los problemas que han tenido hasta ahora, se hizo sólo mención a aquellas enfermedades que pueden derivarse de la falta de higiene de determinados rubros .

Asimismo, el hecho de que durante el diálogo no hayan surgido propuestas con respecto a lo que podría solucionar sus problemas o mejorar su situación en el área de salud demuestra que no existe un interés por el contenido programático y/o sistemático de la integridad y la salud. La única “propuesta” que se planteó la mesa directiva de la Asociación de Mercado Santa Teresita, después del fracaso de las propuestas gestionadas por las mesas directivas (que en adelante abarcaremos), fue la de exigir al municipio la gratuidad del carnet de sanidad con motivo de su inauguración.

## **3. Acceso y Uso Actual de Programas de Protección de Salud**

Sólo uno de los diez integrantes del grupo comentó pertenecer a un Programa de Salud (ESSALUD). Curiosamente pertenecía a este programa a través de su condición de jubilado de la docencia, es decir a través de una actividad distinta a la que se encuentra volcado en la actualidad. A la pregunta si habían pertenecido a un Programa de Salud

del estado anteriormente, la mayoría mencionó que no, sin embargo; al mismo tiempo señalaban que los programas tradicionales que ofrece el Estado a través de ESSALUD eran malos”, deficientes en calidad del servicio y atención.

Sin embargo, es posible que buena parte de estas apreciaciones provengan de segunda mano, por comentarios o medios de comunicación. Sólo una persona de los diez estuvo inscrita en el seguro de ESSALUD. Además de ello, todos desconocían la existencia de un seguro especial para trabajadores independientes dentro de la oferta de ESSALUD.

Las llamadas “clínicas solidarias” (actualmente una de ellas está emplazada en la zona más activa del distrito), son por el contrario evaluadas de forma positiva, comparativamente mejores que el tradicional sistema de ESSALUD. Calificadas como ventajosas por ser más adecuadas a su disposición económica (se paga un monto por cada servicio ofrecido únicamente: consulta médica, análisis, etc.) y su consecuente carácter más práctico. Encuentran sólo un inconveniente, no son perennes.

#### **4. Evaluación e Impresiones de los Programas de Salud Tradicionales**

Si bien por la disponibilidad de tiempo de los participantes no fue posible profundizar más en este aspecto, es posible extraer algunos elementos centrales bastante útiles. Los sistemas de protección de Salud que brinda el estado a través de ESSALUD son catalogados como inaccesibles, en tanto ellos pertenecen a un sector laboral independiente, de ahí que no sería posible la afiliación individual a una programa de salud.

Otro elemento que contribuye a su vez con la inaccesibilidad, es la falta de información sobre los costos que estos representan.

Por último el factor contundente resultaría, la pésima calidad del servicio. La lentitud la obtención de resultados de diagnóstico y los exámenes de salud y la atención en general influyen directamente en la rentabilidad de hacer el esfuerzo de cancelar mensualmente el costo de un programa de salud.

#### **5. Acerca de los Programas de Salud Alternativos**

Dada la estrecha estructura de oportunidades con las que cuentan los informales y la deficiencia y/o inadecuación de los programas de protección de salud tradicionales, las mesas directivas las promotoras de mecanismos que permitieran cubrir las necesidades más esenciales en esta área. Las propuestas han estado dirigidas a lograr por lo menos una parte de los beneficios que comprenden un seguros de salud. Existen éxitos y fracasos.

- ✓ **La propuesta tipo mutual:** La mesa directiva se encarga de recoger cuotas semanales o mensuales de todos los socios. Los fondos son utilizados para la entrega de una suma de S/.100 a los afectados por una enfermedad o accidente leves, y S/.300 para aquellos que implican una operación quirúrgica. Los beneficios sólo incluyen a los socios y no a sus familiares. La secretaria de Asistencia Social verifica que la persona amerita el apoyo.

*“Nosotros tenemos un programa similar, un proyecto similar que le llamamos PROAS: Programa Voluntario de Asistencia Social. Se ha puesto a consideración se ha aprobado de donde sacamos el dinero. Primeramente de la cuota de inscripción, 50 soles, veíamos un sol al mes, y de aquellos comerciantes golondrinos que llegaban 0.50 centavos para estar con nosotros, pero tampoco le han tomado ningún interés. Nosotros también habíamos prometido darles dos veces al año máximo por enfermedad 100 soles por cada vez que se enferme, y 300 soles a los deudos para comenzar como un mensaje, pero no ha habido interés de los asociados. Solamente cuando están mal alguien me fue a reclamar ya los 100 soles, pero si no se había inscrito, no pagaba, ¿de donde íbamos a dar si no hay asociados al programa?” (Roberto Velaochaga)*

- ✓ **La propuesta tipo contribución solidaria:** La mesa directiva plantea la recolección de fondos en el momento que es informada que un socio ha sufrido un accidente o caído en enfermedad. La secretaria de Asistencia Social es la encargada de hacer el seguimiento de la asistencia de los socios. Al momento que detecta la ausencia de uno de ellos por mas de 3 días, se acerca a su domicilio y corrobora si se encuentra bien. De lo contrario informa a la mesa directiva y se inician las gestiones respectivas.

*“Era algo muy especial cuando alguien se enferma o se muere, comienzan a estirar la mano para recibir y en una ocasión murió la hija de una compañera y se recibió recolectando dinero: 18 soles, que me dio vergüenza entregar. Da vergüenza, tuve que agregar un poco más y darle a la madre. La gente es muy despreocupada en dos aspectos en educación y salud” (Jesús Flores, Asociación Comerciantes Túpac Amaru)*

- ✓ **El convenio con entidades de salud:** La mesa directiva realiza convenios con hospitales o centros de salud para negociar la atención de sus socios a precios más accesibles. Este tipo de acuerdos es posible gracias a la intermediación de la mesa directiva como representante de una organización cohesionada.

*“Por ejemplo, nosotros en mi asociación cuando sacamos el carnet de sanidad hacemos con el hospital Collique y nosotros entramos en convenio con el hospital Collique cuando algún socio está enfermo, ellos nos atienden y nos hacen una rebaja” (Donatila Rojas, Presidenta Asociación de Mercado Jesús Redentor)*

## 5.1 Factores Limitantes

Si bien las tres propuestas tienen el mérito de ser promovidas por las mesas directivas de las Asociaciones de Comerciantes, no funcionan a la actualidad o no han tenido éxito desde un inicio por diversas razones:

Otras prioridades, sobretodo en el primer tipo de iniciativa: tanto los socios que no aportaron las cuotas, como el caso en que una mesa directiva decidió usar los fondos para la compra del terreno y la construcción de un local de trabajo, se denota el bajo grado de prioridad que se asigna a la prevención contra emergencias en el área de salud. Tampoco se puede olvidar que los recursos económicos con los que cuentan la mayoría son escasos.

La desconfianza, obedece al bajísimo nivel de legitimidad del que gozan los dirigentes que conforman las mesas directivas. Ello podría ser también producto del bajo nivel de representatividad que ejercen éstos al interior de sus organizaciones. La mayoría de los participantes (aprox. 8) consideró esta era la principal razón de los socios para no cooperar. Sin embargo, se debería tomar en cuenta que sólo dos de los 10 asistentes no eran dirigentes.

*“saben por que ahorita no prospera últimamente? Por el dinero nunca nos ha sido rendido balances como debería ser, nunca nos ha sido transparentemente no han trabajado nunca, cualquier dinero que se había recogido, se lo gastaron o se lo llevaron, es por eso justamente la desconfianza”. (Gladis Campos, Mercado Virgen de las Mercedes)*

La solidaridad. Referida a las expectativas que tienen aquellos que brindan ayuda o cooperan con una causa ajena, para suponer el mismo apoyo del otro(s). Si bien este tema no se profundiza en las conversaciones, lo más posible es que la solidaridad se maneje de forma efectiva únicamente en vínculos mucho mas cerrados que las asociaciones de mercado (de 100 a 300 socios), como el de la familia y las redes entre “paisanos”.

## **5.2 Expectativas de un Programa de Salud Ideal**

Las expectativas de los participantes no son claras, mencionan que efectivamente estarían dispuestos a hacer un pago por la protección de su salud más no convienen un monto definido, pues éste dependería de las condiciones (que enfermedades cubre por ejemplo), el servicio y los beneficios que otorgue el seguro.

## **IV. Algunas consideraciones y Conclusiones**

- ✓ Es necesario tomar en cuenta que los participantes son miembros de la mesa directiva de alguna asociación de comerciantes, tienen cargos directivos y muchos años en la actividad informal. Ello puede marcar notables diferencias en las apreciaciones de los temas tocados que pudiera tener un socio del común. Un dirigente puede estar aun mas consciente de las debilidades que tiene su organización, de las desventajas que deben superar y en general, tener una visión mas amplia y clara de lo que requieren los comerciantes para poder alcanzar el progreso de su economía y de sus condiciones de vida. Además, de ello existe el riesgo que como dirigentes no sean capaces de desarrollar una visión critica de si mismos, de la dirigencia de su organización y de los proyectos o programas llevados a cabo hasta el momento por ellos mismos en el área de salud.
- ✓ La salud no es prioridad en las decisiones diarias de los comerciantes de Comas. Se asume como un hecho y no una probabilidad. Por las condiciones y el rubro en que trabajan, las personas privilegian la inversión de dinero y tiempo en los pasos para la formalización del negocio y en los mecanismos de mejora de éste. Como bien dice un asistente: “La gente es muy despreocupada en dos aspectos en educación y salud”.

- ✓ No se identificó una relación concreta o directa entre el rubro de actividades en que se desenvuelven los comerciantes y las enfermedades o accidentes que pudieran haber sufrido hasta el momento.
- ✓ Los mecanismos promovidos por las directivas de las asociaciones de mercado no han logrado consolidarse. Funcionaron en un inicio pero el desinterés, los pocos recursos y la desconfianza de los socios hacia los dirigentes, impidieron su éxito.
- ✓ El Sistema de Salud tradicional ESSALUD ha devenido en descrédito en los sectores laborales informales. Se evalúa como poco accesible y de baja calidad. Como consecuencia, lo que antes concernía a una decisión de tipo íntima, la preocupación por la salud circunscrita al espacio privado o familiar, ha sido llevada en estos casos, a espacio públicos amplios como las asociaciones. A través de ellas se decide de forma conjunta con los socios que tipo de programa se implantará. Sin embargo, finalmente los socios no tienen el suficiente interés para cooperar y no logran identificarse con el motivo de la norma y del proyecto en general.
- ✓ Las ONGS y la Municipalidad no han mostrado mayor interés por desarrollar proyectos o acciones concretas en lo que refiere al tema de salud de los comerciantes informales y sus familias. Dado que ambas instituciones han dedicado denotados esfuerzos a la formalización e incremento de ventas y, tomando en cuenta que la salud es uno de los puntos más vulnerables en los sectores más pobres, resulta ilógico y poco responsable que no se pronuncien en el tema. Ello no hace más que confirmar que la importancia de lo económico y los bienes tangibles continúa llevando ventaja sobre la salud, la educación y los derechos más básicos.
- ✓ Las oportunidades promovidas desde el gobierno por ampliar los márgenes de decisión y acción de la población no están siendo aprovechadas. Como bien menciona un participante, en cuanto al presupuesto participativo el desconocimiento, desinterés y apatía se sobreponen a la iniciativa y la capacidad para elaborar propuestas desde la misma población.
- ✓ Por último, tanto el bajo nivel interés de los comerciantes por la protección de su salud como el reducido acceso u oferta de programas adecuados para este público, presenta consecuencias que son tan graves como amplias. Si bien se acostumbra resaltar las sorprendentes “habilidades” de los sectores pobres para ingeniarse y cubrir aquellas necesidades que no logran satisfacer de forma individual en la esferas económica-social, es necesario analizar con sumo cuidado aquellos mecanismos que surgen del mismo público. Los programas de cooperación que recurren a las redes sociales son efectivamente mecanismos de apoyo que suelen ser creativos y muy prácticos, pero no siempre efectivos o adecuados para todas las necesidades de las personas.

**ANEXO 3:**  
**LA ENCUESTA A MICROEMPRESARIOS**

**Cuadro A4: Otros datos obtenidos en la encuesta**

	Artesanías	Confecciones	Madereros	Metalmecánica	Total
Total	18	17	25	20	80
¿Cómo adquirió los conocimientos para desempeñar la actividad de la empresa?					
En un trabajo anterior	2	5	19	13	39
Amigo o pariente	13	6	1	2	22
Persona que le vendió equipo		1			1
Otro	3	5	5	5	18
Principales problemas que tiene su empresa					
Falta clientes	14	13	10	8	45
Acceso a crédito	4	4	19	12	39
Falta de Capital	14	12	22	18	66
Competencia Excesiva	9	9	8	9	35
Falta de Capacitación	5	8	4	4	21
Gestión/Adm. Negocio	3	5	3	0	11
Otro	5	0	1	0	6
Necesidades para vender o producir más					
Asistencia técnica	5	7	0	0	12
Capacitación	9	9	15	10	43
Equipos	8	6	6	3	23
Mano Obra especializada	2	5	1	1	9
Crédito	9	12	22	20	63
Ambiente trabajo seguro	0	1	1	1	3
Otro	12	5	8	5	30
¿Ha recibido algún tipo de capacitación?					
Empresario y trabajadores	4	6	2	1	13
Empresario	3	4	3	2	12
¿En qué temas?					
Gestión empresarial	0	6	3	0	9
Marketing	0	3	0	0	3
Proc. Productivo	6	5	2	2	15
Gestión ambiental	0	1	0	0	1
Contabilidad	0	3	0	0	3
Salud Ocupacional	1	0	0	0	1
Otro	0	4	1	1	6

Fuente: Encuesta Microempresarios. Elaboración Propia.