

**LA GESTION ESTATAL Y LA PRIVATIZACION EN EL SECTOR SALUD,
LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL SECTOR FINANCIERO**

Margarita Petrera; M^a Antonia Reményi; Fernando Parodi

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 50

IEP Instituto de Estudios Peruanos

Documento de trabajo N° 50 Serie Documentos de Política N° 4

**LA GESTION ESTATAL Y LA
PRIVATIZACION EN EL SECTOR
SALUD, LA SEGURIDAD SOCIAL
Y EL SECTOR FINANCIERO**

**Margarita Petrera
M^a Antonia Reményi
Fernando Parodi**

INSTITUTO DE ESTUDIOS PERUANOS

Documento de Trabajo N° 50

Serie: Documentos de Política N° 4

La serie *Documentos de Política* tiene como objetivo difundir planteamientos elaborados por los miembros del Instituto de Estudios Peruanos (IEP) o surgidos en actividades académicas y de proyección organizadas por el Instituto, que sean considerados relevantes para el análisis de políticas gubernamentales sobre problemas sustantivos.

Los documentos incluidos en esta serie no reflejan necesariamente la posición institucional del IEP.

La publicación de *Documentos de Política* es posible gracias al apoyo de la Fundación Ford.

© IEP Ediciones

Horacio Urteaga 694, Lima 11

Telf. 32-3070 /24-4856

Fax [5114] 32-4981

Carátula: Tejido Chancay

Cortesía del Museo Amano

Foto: Pedro Roel

Impreso en el Perú

Abril 1993

PETRERA, Margarita

La gestión estatal y la privatización en el sector salud, la seguridad social y el sector financiero / Margarita Petrer, Ma. Antonia Reményi y Fernando Parodi. - - Lima: IEP, 1993. -- (Documento de Trabajo, 50. Serie Documentos de Política, 4).

PRIVATIZACION/INTERVENCION DEL ESTADO/SERVICIOS DE SALUD
/SEGURIDAD SOCIAL/INSTITUCIONES FINANCIERAS/REMENYI, MARIA
ANTONIA/PARODI, FERNANDO/

WD/04.04.02/P/4

INDICE

Presentación	5
Privatización de la Salud <i>Margarita Petrera</i>	7
La Gestión Estatal de la Seguridad Social <i>María Antonia Reményi</i>	10
Privatización del Sistema Financiero <i>Fernando Parodi</i>	14

Presentación

Una de las sesiones de trabajo del seminario "Privatización, reformas económicas y nuevo rol del Estado" consistió en un panel sobre la problemática de la gestión estatal y la privatización en sectores específicos. En este documento se incluyen las presentaciones sobre el sector salud, la seguridad social y el sector financiero.

Margarita Petrera, consultora en economía de la salud, examina el efecto que la política de generar ingresos propios está teniendo sobre la eficiencia, la eficacia y la

equidad de las instituciones hospitalarias estatales. La economista M^a Antonia Reményi, del Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica, presenta algunas conclusiones de sus estudios sobre el sistema peruano de seguridad social. Finalmente, se incluye la intervención de Fernando Parodi, Presidente del Comité Especial de Privatización del Banco Popular, quien explica la situación de la banca asociada y los objetivos de la privatización en este sector.

PRIVATIZACIÓN DE LA SALUD

MARGARITA PETRERA

El interés que tengo es mostrar la existencia y peculiaridades de un proceso de privatización en el ámbito de la salud en el Perú sobre la base del fenómeno que está teniendo lugar en los establecimientos públicos del Ministerio de Salud (MINSA), ahora transferidos al ámbito administrativo de las regiones.

Para ser conscientes de la magnitud, quiero señalar que estos establecimientos ocupan el primer lugar en la atención de la salud con una cobertura algo menor al 70% de la población nacional, fundamentalmente la de menores ingresos.

1. En primer lugar, debe anotarse que la privatización en los servicios sociales del sector público no está dirigida al control privado, lo que sí puede suceder en la privatización de las actividades de sectores económicos, sino al financiamiento creciente del servicio por parte del usuario, modalidad que se encuentra operando desde hace varios años.

Este proceso tiene su origen en la creciente pérdida de ingresos fiscales, debida fundamentalmente a la crisis económica, y en la reorientación de la política gubernamental hacia la liberalización de la economía como una estrategia para superar la recesión y lograr el desarrollo económico y social. No vaya referirme ahora a la opción de política elegida para enfrentar la crisis, pero sí quiero mostrar cómo la crisis mermó la capacidad de gasto del Ministerio de Salud.

En un estudio reciente sobre el efecto de la crisis económica en la situación de la salud¹ se señala que, como consecuencia de la recesión y de la alta inflación, el ingreso real del gobierno central disminuyó en 42% en el período 1985-90. Acorde con ello, en el mismo período, el gasto real del

MINSA disminuyó en 52%. La mayor disminución ocurrió en 1990 y puede ser atribuida a la reorientación de política del gobierno que determinó otras prioridades de asignación presupuestaria.

Es decir que, entre 1985 y 1990, el MINSA perdió la mitad de su capacidad de gasto. Ello ocurrió en un contexto de crisis y por tanto de deterioro en la distribución del ingreso. ¿Qué componentes del gasto en salud fueron los más sacrificados? En primer lugar, se sacrificaron las remuneraciones. No obstante la pérdida en la capacidad de gasto del MINSA, su número de trabajadores se incrementó en 20%², sufriendo sus remuneraciones una caída del 70%. En segundo lugar, se sacrificó la inversión hospitalaria, incluido su mantenimiento, aunque se mantuvo la inversión en centros y puestos de salud³. En tercer lugar, se sacrificaron los insumos: medicamentos, alimentos para los enfermos e incluso vestuario (sábanas, por ejemplo). La capacidad de compra quedó reducida a tal punto que el 85% del presupuesto del MINSA estuvo destinado al pago de remuneraciones. Situación dramática cuando se tiene conciencia de que practicamos una atención de salud que para ser efectiva requiere de insumos y de una infraestructura adecuada.

¿Quiénes compensaron esta caída? La pérdida en las remuneraciones de los trabajadores del MINSA no fue atenuada. La infraestructura hospitalaria continuó deteriorándose. No obstante, aparecen dos agentes que compensan parcialmente la caída: la cooperación técnica internacional y el propio usuario del servicio.

El aporte de la cooperación técnica internacional (gobiernos e iglesias) dirigido al sector salud se cuadruplicó entre 1985 y 1990. Sus fondos no sólo permitieron la

1. Petrera, M. **Efectos de la crisis económica en los servicios de salud materno-infantil en su población. Perú 1985-90.** Serie Informes Técnicos N° 12. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. OPS. Washington D.C., Octubre, 1992.

2. Desde sus inicios, los sectores sociales públicos se constituyeron muchas veces en empleadores, antes que en productores de servicios. El incremento de sus trabajadores, sin constatar la adquisición de los insumos e infraestructura adecuada, ocasionó severas distorsiones en cuanto a la eficiencia y eficacia de los servicios de salud. Véase al respecto Petrera, M. "Eficacia y eficiencia de la seguridad social en relación al ciclo económico: el caso peruano". **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Economía de la Salud.** Número Especial. Vol. 36, N° 6. Washington D.C., Diciembre 1987.

3. La pérdida de crédito con la banca internacional durante la crisis impidió también la concentración de préstamos para la inversión hospitalaria y el saneamiento rural.

4. Ministerio de Salud. "La autogestión en los establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud". Informe de la Comisión Nacional. Lima, octubre de 1992.

5. Una reflexión al respecto: existen servicios en los que el financiamiento de parte del usuario es más difícil. Algunos porque tienen poca valoración social y las personas no están dispuestas a pagar por él, tal como es el caso de las enfermedades mentales y el cuidado de ancianos. También se da el caso de servicios como los de emergencia, donde por la misma condición de imprevisibilidad se presenta la situación de carencia de dinero, frente a la necesidad de actuar de inmediato para salvar la vida o evitar un daño irreparable.

adquisición de medicamentos y alimentos (como el Programa del Vaso de Leche), sino que con ellos, y el aporte gubernamental, se logró la extensión de la infraestructura de centros y puestos de salud a nivel nacional. Es decir, las necesidades de inversión básica fueron cubiertas con fondos externos.

La provisión de insumos fue parcialmente cubierta y la cooperación internacional apoyó en algunas áreas materno-infantiles (como vacunas, ciertos alimentos y medios de control de la natalidad). El usuario del servicio ha sido el que ha tenido que aportar cada vez más una proporción Creciente de los insumos. Son de conocimiento público los casos de los pacientes que además de los medicamentos han tenido que llevar sus sábanas y alimentos. En el estudio que se ha citado en relación a los efectos de la crisis encontramos que en 1985 la atención de un parto simple, sin complicaciones, equivalía al 25% del ingreso mínimo; en 1990 representaba el 79% de éste. Situación dramática, si se tiene en cuenta que el porcentaje de los asalariados que tenía un ingreso igual o menor al ingreso mínimo vital pasó, por efecto de la crisis, del 23% en 1985 al 54% en 1990.

A pesar de la epidemia del cólera; el agravamiento de algunas enfermedades transmisibles como la malaria, y no obstante los mayores recursos fiscales obtenidos en 1992, durante estos dos últimos años no se han elevado los recursos financieros asignados al MINSA (incluyendo la transferencia a las regiones).

2. En segundo lugar, en el artículo 271 de la Ley de Presupuesto de la República para el año 1992 (Ley 25388) se faculta a los responsables de los establecimientos de salud a generar sus propias fuentes de financiamiento mediante la estrategia de autogestión. En circunstancias de estrechez presupuestaria, incluso de incumplimiento de los compromisos de giro, los directivos de los establecimientos de salud no encontraron otra modalidad de financiamiento que la de recurrir al alza en las tarifas de los servicios prestados.

No existe una definición doctrinaria ni reglamentaria del denominado proceso de "autogestión". En un estudio recientemente

efectuado en 15 establecimientos hospitalarios en Lima Metropolitana y Callao, no encontramos cambios administrativos, gerenciales, ni procesos de liderazgo que sugieran cambios organizacionales, sino únicamente la búsqueda de sobrevivencia en base al aumento de las tarifas⁴. Encontramos también que este aumento ha sido intuitivo, sin estudios que lo respalden. Comparando el costo de un mismo servicio entre los distintos hospitales, se encontró variaciones de hasta un 300%.

3. ¿Cuáles son los resultados de este proceso de privatización en salud, consistente en una creciente participación del usuario en el financiamiento de los servicios? Nuestros resultados son bastante incipientes pero indican que:

a) Los directivos de los establecimientos de salud no tienen identificada una función objetivo. No se encontraron respuestas homogéneas sobre el uso de lo recaudado por el cobro de servicios. El abastecimiento de insumos y fondos para indigentes fueron respuestas menos frecuentes que el uso de los fondos para mejorar la apariencia del establecimiento y la de mejorar los ingresos del personal médico mediante pagos adicionales.

b) El incremento tarifario no está asociado, al menos entre los directivos, a la mejora en la eficiencia y eficacia de la atención, sino al financiamiento de sus necesidades, siendo la identificación de éstas bastante subjetiva, como se indica en el acápite anterior.

c) El aumento de los ingresos propios (provenientes del cobro de servicios prestados) no ha sido homogéneo entre los establecimientos. Posiblemente, elementos como la calidad y prestigio del establecimiento, el tipo de servicio predominante (en el caso de establecimientos especializados)⁵ y la capacidad adquisitiva del usuario, sean elementos determinantes.

No obstante, aun en establecimientos donde los ingresos propios son mayores en relación a otros establecimientos, estos ingresos no pasan de ser el 31% de su presupuesto. Es decir, en ningún caso el financiamiento del usuario puede sustituir el financiamiento público. Este es un asunto

importante, porque en muchos establecimientos existe la ilusión de llegar al autofinanciamiento.

d) No se observa preocupación por el objetivo de equidad: la atención a los que menos tienen. Se desconoce en qué medida se ha limitado el acceso a los grupos con menor capacidad adquisitiva, lo que es sumamente importante en un país pobre y con crecientes desigualdades.

De acuerdo a un estudio efectuado en el Hospital María Auxiliadora⁶, que presta atención a la población urbano-marginal al sur de la ciudad de Lima (cerca de 800,000 habitantes), se encuentra una contracción en la demanda en todos los servicios hospitalarios, que es coincidente con el alza tarifaria. Desconocemos sus efectos en los otros establecimientos hospitalarios.

En síntesis, lo que hasta ahora conocemos del proceso de autofinanciamiento sugiere un carácter empírico y desordenado. No se conocen sus efectos sobre la eficacia y eficiencia, siendo probablemente negativas sus consecuencias sobre la equidad.

No obstante, debemos reconocer la insuficiencia del aporte estatal, aun cuando éste podría ser incrementado bajo una opción de política gubernamental distinta. De lo que se trata, entonces, es de encontrar formas mixtas de aporte público, privado y comunal dentro de un proceso de reorganización y gerencia pública que defina claramente sus objetivos y sea capaz de liderar las reformas necesarias para hacer frente a los desafíos de equidad, eficacia y eficiencia.

6. Espinoza, J. y E. Sanes. "Influencia del aumento de las cuotas de atención sobre la demanda hospitalaria en el hospital de apoyo departamental María Auxiliadora". A ser publicado. Lima.

LA GESTIÓN ESTATAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

MARÍA ANTONIA REMÉNYI

1. Ministerio de Salud, Proyecto "Salud y Seguridad Social" (Documento Interno), Lima 1991, pág. 2. Esta misma fuente estima que las cifras reportadas por el IPSS están sobrestimadas y que los asegurados representaban en 1988 solamente al 20.3% de la población.

2. Ibid pág. 2.

3. Richard Webb y Graciela Fernández Baca. **Perú en Números 1991.- Anuario Estadístico**. Cuánto, Lima, Abril 1991, pág. 1053.

4. INEI Y CELADE. **Perú: Proyecciones Revisadas de Población 1980-2015**. Boletín de Análisis Demográfico N° 31, Lima, octubre 1990.

El actual Sistema de Seguridad Social en el Perú es lo que se conoce como un sistema social de reparto; es decir, un sistema por el cual los gastos en salud de los afiliados y las pensiones de jubilación se garantizan por las aportaciones de los trabajadores en actividad y los rendimientos financieros de los fondos del propio sistema. A diferencia del sistema de capitalización individual, este sistema tiene un efecto distributivo pues en general las pensiones no dependen de los montos aportados. A excepción del de las Fuerzas Armadas y algunas de las así llamadas Cajas, como la del pescador por ejemplo, este sistema está totalmente integrado y es administrado por el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). El instituto, de acuerdo a la Constitución, es un organismo gubernamental autónomo y descentralizado gobernado por representantes del Estado, de los empleadores y de los asegurados en igual número pero cuyo presidente debe ser forzosamente el representante del Estado.

La información proporcionada por el IPSS, sobre todo en lo que se refiere a gastos, no está desagregada por el sistema de pensiones y el de salud y, por ello, me referiré al instituto en su conjunto. Sin embargo, en cuanto a la política social, haré referencia específicamente al sistema de pensiones. Tomando en consideración el crecimiento de la población económicamente activa y una tasa de aseguramiento probable, el IPSS estima que en 1988 el programa de salud cubría a 28.8% del total de la población. En lo que respecta al sistema de salud, en principio los beneficiarios son todos los trabajadores aportantes y sus familiares; se trata de un grupo numeroso y por ello existen limitaciones para atenderlos. El problema se agrava porque dada la distri-

bución territorial en las actividades que incorporan trabajadores asalariados, la cobertura geográfica también es muy desigual¹. En principio, para 1988 el programa de salud incluía cerca del 46% de la población de Lima pero, en algunas zonas rurales como Cajamarca y Apurímac, sólo cubría el 7.7% Y 9.7%, respectivamente². Es importante señalar que, de acuerdo a los últimos estudios realizados sobre niveles de vida y distribución de ingresos, estos dos departamentos están entre los cinco más pobres del país³. Es decir que, además del problema de insuficiencia en la cobertura de servicios también hay un problema de equidad que, por las mismas razones, concierne al sistema de pensiones. Se estima que actualmente hay 292 mil pensionistas y 30 mil más que están esperando se resuelvan sus expedientes, es decir un total de 322 mil. De acuerdo a estimaciones recientes del INEI la población nacional de 65 años de edad o más es de 900 mil, resultando que sólo el 36% de los ancianos están cubiertos por el sistema de pensiones.

La información disponible nos muestra que tanto los programas de pensiones como los de salud son financiados fundamentalmente con las aportaciones de asalariados, empleadores (incluido el Estado) y trabajadores independientes. En promedio, para el período estudiado, las aportaciones sociales han representado algo más del 90% de los ingresos totales. La participación tripartita, es decir, la contribución adicional del Estado, no como empleador, a la seguridad social está contemplada en la Constitución (art. 14) pero no se ha llegado a implementar. Por otra parte, para este mismo período los ingresos originados por rentas e intereses no han tenido una participación significativa dentro de los ingresos totales.

7. Profesor en la Facultad de Ciencias Administrativas de la Universidad Católica. En los últimos años, el sistema de seguridad social del Perú ha venido presentando los mismos problemas que los pensionistas de 1990 se jubilaron entre otros sistemas de América Latina. Sin embargo, a los problemas originados por el proceso de transición demográfica, el continuo contribuyeron a la crisis del sistema se pueden identificar tanto al interior del mismo como por la participación del Estado. Como ejemplo de la producción nacional y el incremento del primer caso figuran la creciente importancia que el rubro de planillas ha ido adquiriendo dentro del presupuesto total de la crisis económica, redujo, en los mismos términos, las aportaciones al sistema; la recuperación de los ingresos del IPSS, entre 1985 y 1987, también es explicada en gran medida por la evolución de las remuneraciones. Igualmente, las inversiones de reales a consecuencia de la expansión de la economía en esos años. Si tomamos 1980 como igual a 100, vemos una tendencia decreciente en los ingresos reales de la población y en los del IPSS. En 1990 los ingresos reales del instituto constituían alrededor del 36% de su valor en 1980, la remuneración mínima vital el 21% y los salarios el 31%.

8. Es importante señalar que estos resultados son muy sensibles a procesos de aportación de suma, en el caso peruano, la ineficiencia en la administración de los fondos del sistema. El gráfico muestra que la caída de las remuneraciones reales, a consecuencia de la crisis económica, redujo, en los mismos términos, las aportaciones al sistema; la recuperación de los ingresos del IPSS, entre 1985 y 1987, también es explicada en gran medida por la evolución de las remuneraciones. Igualmente, las inversiones de reales a consecuencia de la expansión de la economía en esos años. Si tomamos 1980 como igual a 100, vemos una tendencia decreciente en los ingresos reales de la población y en los del IPSS. En 1990 los ingresos reales del instituto constituían alrededor del 36% de su valor en 1980, la remuneración mínima vital el 21% y los salarios el 31%.

Al mismo tiempo que se produce esta caída en los ingresos reales de los trabajadores, la dirección del IPSS es tripartita, el presidente ejecutivo es forzosamente uno de los representantes del Estado.

En resumen, el actual sistema de seguridad social está atravesando una aguda crisis financiera en que los ingresos por

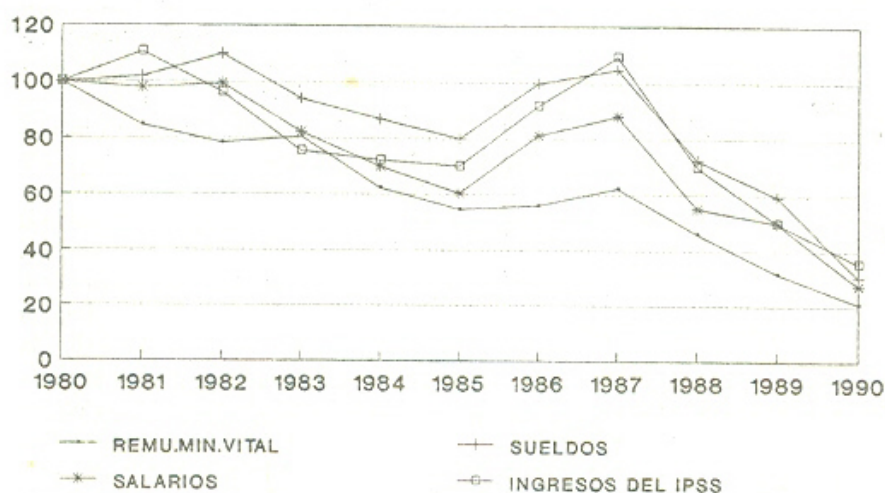
plantean los sistemas privados; es así que, en 1991 se promulgó el D.L. 724 que creaba el Sistema Privado de Pensiones, el cual debía entrar en vigencia el 28 de julio de 1992. Sin embargo, a través del atraso en los pagos correspondientes a la planilla de los trabajadores del sector público. Al no estar contemplado el seguro de desempleo, en el caso peruano, la ineficiencia en la administración de los fondos del sistema. El gráfico muestra que la caída de las remuneraciones reales, a consecuencia de la crisis económica, redujo, en los mismos términos, las aportaciones al sistema; la recuperación de los ingresos del IPSS, entre 1985 y 1987, también es explicada en gran medida por la evolución de las remuneraciones. Igualmente, las inversiones de reales a consecuencia de la expansión de la economía en esos años. Si tomamos 1980 como igual a 100, vemos una tendencia decreciente en los ingresos reales de la población y en los del IPSS. En 1990 los ingresos reales del instituto constituían alrededor del 36% de su valor en 1980, la remuneración mínima vital el 21% y los salarios el 31%.

El gráfico muestra que la caída de las remuneraciones reales, a consecuencia de la crisis económica, redujo, en los mismos términos, las aportaciones al sistema; la recuperación de los ingresos del IPSS, entre 1985 y 1987, también es explicada en gran medida por la evolución de las remuneraciones. Igualmente, las inversiones de reales a consecuencia de la expansión de la economía en esos años. Si tomamos 1980 como igual a 100, vemos una tendencia decreciente en los ingresos reales de la población y en los del IPSS. En 1990 los ingresos reales del instituto constituían alrededor del 36% de su valor en 1980, la remuneración mínima vital el 21% y los salarios el 31%.

El gráfico muestra que la caída de las remuneraciones reales, a consecuencia de la crisis económica, redujo, en los mismos términos, las aportaciones al sistema; la recuperación de los ingresos del IPSS, entre 1985 y 1987, también es explicada en gran medida por la evolución de las remuneraciones. Igualmente, las inversiones de reales a consecuencia de la expansión de la economía en esos años. Si tomamos 1980 como igual a 100, vemos una tendencia decreciente en los ingresos reales de la población y en los del IPSS. En 1990 los ingresos reales del instituto constituían alrededor del 36% de su valor en 1980, la remuneración mínima vital el 21% y los salarios el 31%.

El gráfico muestra que la caída de las remuneraciones reales, a consecuencia de la crisis económica, redujo, en los mismos términos, las aportaciones al sistema; la recuperación de los ingresos del IPSS, entre 1985 y 1987, también es explicada en gran medida por la evolución de las remuneraciones. Igualmente, las inversiones de reales a consecuencia de la expansión de la economía en esos años. Si tomamos 1980 como igual a 100, vemos una tendencia decreciente en los ingresos reales de la población y en los del IPSS. En 1990 los ingresos reales del instituto constituían alrededor del 36% de su valor en 1980, la remuneración mínima vital el 21% y los salarios el 31%.

INDICE DE REMUNERACIONES REALES Y DE INGRESOS REALES DEL IPSS (1980=100)



con el cambio de sistema de pensiones, por un lado, a aquellos que ya tienen varios años aportando al IPSS y cuyos aportes no han rendido un 2% real; y, por otro lado, a los actuales pensionistas y a aquellos que decidan quedarse en el IPSS. A los primeros y a todos aquellos que decidan pasarse al nuevo sistema se les entregará un bono de reconocimiento que, de acuerdo al anteproyecto de ley, se estima en función a la remuneración promedio de los últimos 12 meses multiplicada por los años de aportación y por un factor 0.1831 para los varones y 0.2263 para las mujeres. La pregunta pendiente es si este bono, junto con los aportes que se hagan al sistema privado, permitirá obtener una pensión adecuada al momento de jubilarse. Con respecto a los segundos, es decir los actuales pensionistas y aquellos que decidan quedarse en el IPSS, el presidente del instituto ha señalado que no hay posibilidad de que el instituto asuma esta carga debido a que, como se señalara anteriormente, son los ingresos corrientes del IPSS los que han estado financiando las pensiones y porque se estima que son el 20% de los aportantes los que financian el 80% de los ingresos del sistema de pensiones; aportantes estos que serán los más interesados en pasarse al sistema privado. Un cálculo bastante aproximado nos muestra que el costo económico será significativo. Se estima que en 1992 hay aproximadamente 300,000 pensionistas y si cada uno de ellos recibe 80 soles mensuales, se necesitará un desembolso de 24 millones de soles mensuales o 300 millones anuales para

financiar esta planilla; el equivalente al 5% del presupuesto nacional. El gobierno ha afirmado que a partir del próximo año se considerará una partida especial en el presupuesto para cubrir este desembolso; lo que puede significar mayores impuestos y/o una reasignación del gasto público y será esto lo que determine sobre qué agentes económicos recaerá este costo.

Una de las críticas más fuertes que se le puede hacer al nuevo sistema de pensiones está relacionada al rol del Estado como compensador de diferencias sociales y se refiere a que, a diferencia del caso chileno, el Estado no garantiza una pensión mínima a aquellos trabajadores que durante su vida activa recibieron ingresos bajos y que no saldrán beneficiados con un sistema de capitalización individual. Considerando una visión de más largo plazo, es una condición necesaria para garantizar un ingreso adecuado a los futuros pensionistas el incrementar la productividad y elevar los niveles de vida de la población; de lo contrario se estará realizando un esfuerzo grande a un costo social elevado y sólo se conseguirá que la mayor parte de la población ahorre ingresos por debajo de los niveles de subsistencia.

Finalmente, y tal vez la pregunta más importante, es si los futuros gobiernos podrán garantizar la continuidad del nuevo sistema. La estabilidad de la política puede considerarse aquí más importante aun que en el caso de las empresas públicas pues afecta a un grupo numeroso de personas.

PRIVATIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO

FERNANDO PARODI

Mi intención es explicar, muy brevemente, mi visión de lo que puede significar la privatización del sistema financiero en el contexto actual.

Para ello, primero es conveniente recordar cuál es el sistema financiero y en qué situación se encontraba cuando se decidió su privatización. El sistema bancario peruano es muy pequeño; como volumen de intermediación del PBI, el sistema intermedió un 18% en 1982, 4.3% en 1990 y se recupera en algo en 1991 alcanzando cerca del 8%. Esto, medido con relación al PBI oficial, que todos sabemos no incluye al total de la economía. Nos damos cuenta de que no hay intermediación financiera cuando vemos que al primer trimestre de 1992 el total de depósitos y colocaciones del sistema bancario suma aproximadamente 2,500 a 3,000 millones de dólares -lo que equivale a un banco mediano en E.E.U.U.-. Sin embargo, para este volumen hay un número elevado de bancos. Al 30 de noviembre del año 1991, el sistema tenía 30 bancos y 7 financieras, la torta era chica y los competidores muchos; existía gran concentración de clientes y productos.

Nuestra banca, comparativamente con el exterior, está atrasada desde el punto de vista tecnológico, no sólo en lo que se refiere a las computadoras y cajeros automáticos, sino que la banca no está ofreciendo productos financieros suficientes que puedan servir a sus usuarios en forma productiva. Esta situación, de alguna manera, se debe a que en los últimos años no hemos estado expuestos a una tecnología bancaria moderna. Por otra parte, los receptores de los productos financieros creen no necesitar una banca más sofisticada. Esta situación hace que tengamos un sistema financiero en el que, principalmente, se intermedian

fondos y no riesgos. En el Perú, donde precisamente el dinero es un bien escaso, la banca trata de conseguir depósitos. El principal problema de los bancos, hoy y en los últimos años, ha sido justamente conseguir los depósitos para poder prestarlos a su vez, precisamente por la escasez de dinero.

Por otro lado, la actividad bancaria está sumamente regulada. Intervienen el BCR, la SBS, la CONASEV, la SUNAT, el IPSS y en los bancos asociados la CONAFI y ahora la COPRI. Sin embargo, el entorno en el cual se desenvuelven afecta de manera diferente a los bancos. No todos los bancos reaccionan igual.

El caso del Banco Popular es, por todo esto, de sumo interés para la discusión de la privatización del sistema financiero. A fines de 1991 el Banco Popular muestra 58.1% de cartera pesada; si se le compara con el Wiese -porque son bancos que fueron similares en su momento y podríamos decir que tienen una historia parecida- en cuanto a la eficiencia -medida por el ratio depósitos y obligaciones por trabajador- el Banco Wiese muestra 300,000 soles de depósitos por trabajador mientras que el Popular no llega a 50 mil soles. Hay otros ratios que ratifican lo que quiero decir. En general la banca privatizable ocupaba más o menos el 63% de todas las agencias del país, el 66% de todo el personal y el 59% de los activos fijos del sector. Por otro lado, representaba el 37% de las colocaciones y el 41% de los depósitos; es decir, tenía un exceso de infraestructura para su actividad. Este es el entorno en el que se decide privatizar los bancos y financieras del Estado.

El objetivo principal del Comité de Privatización es fortalecer el sistema financiero peruano; ese es el punto de partida. Estamos procurando contar con instituciones

eficientes y eficaces que ayuden al desarrollo del país, promoviendo instituciones capitalizadas, que sean transferidas a personas con actitud y calidad moral y respaldo financiero. Evidentemente deseamos un sistema financiero competitivo; proponemos la participación plural del accionariado; vender las instituciones a un precio justo que asegure un adecuado rendimiento al Estado peruano y un retorno, atractivo para los inversionistas; llevar adelante el proceso de venta en: un ambiente de absoluta transparencia invitando a las instituciones fiscalizadoras como la Superintendencia de Banca y Seguros, la Contraloría, etc.; y mantener las sanas prácticas financieras en el país.

Este enfoque está en la línea de dos dispositivos legales muy importantes que se han dictado. Uno es el DL N° 674 que es el Decreto Legislativo que regula la privatización. Este Decreto es el único que fue aprobado por las dos Cámaras y el Tribunal de Garantías Constitucionales. Por eso, cuando escucho que no se ha producido el debate de la privatización, pienso que por lo menos sí ha habido un debate parcial.

El otro dispositivo es el Decreto Legislativo N° 673, que es la nueva Ley de Bancos. Creo que es perfectible, pero se ha dado un paso interesante hacia adelante, aunque todavía hay cambios por hacer.

¿Qué es privatizar? Esta es una pregunta que me han hecho muchas veces y que creo debemos hacernos todos los que estamos tratando de intervenir en este proceso. La privatización, en primer lugar, no es la desaparición del Estado. La idea de la privatización parte de una decisión política del gobierno, y aunque es un tema que ha venido discutiéndose por varios años, la decisión de comenzar el proceso de privatización la toma el gobierno y se lleva adelante públicamente antes del 5 de abril de 1992.

Privatizar es desincorporar, retirar a la empresa como parte del sistema empresarial del Estado; es creer que la empresa privada podrá efectuar una mejor labor gerencial y empresarial que el Estado. Privatizar es hacer un esfuerzo para crear las condiciones para que la ex-empresa pública sea una nueva empresa privada viable, haciendo

que la empresa privatizable tenga el marco legal y económico necesario para alcanzar dicha viabilidad.

El ex-ministro Yoshiyama ha señalado que la privatización tiene que ser un éxito desde su inicio; no sólo en lo que se refiere a la simple transferencia y a vender, a un buen precio. Por ejemplo, Electronorte es una empresa del sector electricidad que no es muy grande; su privatización tiene que ser un éxito y la empresa luego tiene que continuar siendo exitosa, porque si no, difícilmente se va a poder vender posteriormente Electroperú o Petroperú. El fracaso en manos de los nuevos dueños sería una mala señal para quienes deseen comprar empresas de mayor tamaño y para los demás interesados en este proceso, entonces, el proceso se entorpecería.

Definitivamente, la idea tras esto es propender a aumentar la riqueza de los más. Generar la mayor cantidad de accionistas también es privatizar. No podemos olvidarnos que este gobierno ha dado una serie de decretos legislativos importantes en los que se trasluce la intención de privatizar de diversas maneras. Finalmente, se trata precisamente de privatizar ya sea a través de una nueva ley de aeronáutica, de liberalizar los precios de la gasolina o de variar las restricciones al transporte público; es decir, liberalizando se está intentando privatizar el entorno y nuestra economía. Pienso que eso es privatizar y no solamente los cambios en el régimen de propiedad de las empresas públicas.

En cuanto a la posibilidad de que el Estado -como Estado- intervenga en asuntos financieros, me parece que esa no es la cuestión. En lo que se refiere a un banco o a una empresa financiera, estoy a favor de una banca eficiente, si es en manos del Estado me parece interesante, si es totalmente privada me parece mejor. Lo que sí hay que dejar en claro es que no se puede pensar en un banco eficiente que cambie de cabeza cada cinco años; estos cambios implican cambios en la cultura del banco porque cambian sus objetivos; entonces, difícilmente vamos a poder generar eficiencia cuando no está asegurada, de alguna manera, la continuidad de la institución. En ese sentido,

pues, creo que lamentablemente nuestro sistema democrático, en este caso específicamente, no nos puede asegurar que esos bancos o instituciones financieras van a tener un presidente de directorio sin importar quién esté en el gobierno. Lamentablemente nuestros gobiernos, a lo largo de la historia, han demostrado que muchas veces los bancos tienen una función de caja donde hay dinero y no la de institución financiera y esa historia hay que tenerla en cuenta.

En el caso del sistema financiero, una vez más se ha demostrado que lo que es malo o lo que estaba mal por haber cambiado de manos no ha logrado ser solucionado aún. En ese sentido, basta revisar un poco la historia y ver cómo se genera la banca asociada en este país, con la sola excepción

del Banco Continental que fue una compra que hizo el gobierno militar. Pero si se examina, por ejemplo, el caso del Banco Internacional se encuentra que es asumido por el Estado, en el año 80 aproximadamente, porque estaba quebrado; hoy el Banco Internacional no está del todo mal, el costo que le ha significado al Estado y a cada uno de nosotros ha sido elevadísimo. En el caso del Banco Popular la historia es parecida, igual que el Banco NorPerú, el Surmeban, el Banco de los Andes y el Banco Amazónico. En este contexto la privatización sí va a ser un mecanismo eficiente que definitivamente generará mayor eficiencia y eficacia y así vamos a poder tener un sistema financiero dentro de nuestra economía con capacidad de beneficiar a todos.