

194

**POLÍTICAS SOCIALES: BALANCE
Y PROPUESTAS**

Pedro Fancke

Mayo, 2001

DOCUMENTO DE TRABAJO 194

<http://www.pucp.edu.pe/economia/pdf/DDD194.pdf>

POLÍTICAS SOCIALES: BALANCE Y PROPUESTAS

Pedro Francke

RESUMEN

Pasando revista a la situación social del Perú al año 2000, se encuentra que ha habido avances en algunas áreas, como la cobertura de los servicios básicos de salud, pero no se ha avanzado sustancialmente en la reducción de la pobreza y la calidad de la educación es bastante deficiente. Por el lado de las políticas económicas, éstas no han promovido un rápido crecimiento económico intensivo en trabajo ni han permitido una ampliación del gasto público. En cuanto a las políticas sociales, las reformas han sido aplicadas en forma incompleta, empero una evaluación muestra sus dificultades en atacar problemas como la escasa cobertura de la seguridad social y la falta de equidad.

Una segunda parte del trabajo se orienta a presentar propuestas de políticas sociales. Se plantea en primer lugar propuestas relacionadas con las políticas sociales y el régimen político: orientar las políticas sociales al establecimiento de derechos, democratizar las políticas y generar un acuerdo nacional para aumentar el gasto social. Ya en el terreno de las políticas mismas, se propone que conformen una acción integral, tengan como prioridad lo básico y se orienten a los pobres y el campo, se descentralicen los servicios, se mejore la calidad y motivación de los trabajadores de los servicios sociales (maestros, médicos) y se establezca una gerencia social moderna.

ABSTRACT

An evaluation of the social development of Peru at year 2000, shows that there has been improvements in several areas, such as the coverage of basic health services, but that little has been accomplished in poverty reduction and the quality of education remains poor. Economic policies haven't promoted a fast and labor-intensive growth nor have allowed an increase in public expenditures. Reforms in social policies have been partially implemented, and an evaluation show its limits in solving problems such as reduced coverage of social security and inequality.

The second part of the paper is dedicated to policy proposals. In the first term, there are proposals related to social policies and political relations: establishing effective rights for the people, democratizing policies and forging a national consensus for an increase in social expenditures. About social policies themselves, it is proposed that an integrated approach should be considered. Priorities should be basic, poor people and rural areas. Decentralization, improving capabilities of social workers (teachers, physicians) and establishing a modern social management are other policies to be implemented.

POLÍTICAS SOCIALES: BALANCE Y PROPUESTAS

Pedro Francke

I. DONDE NOS DEJA UNA DÉCADA DE NEOLIBERALISMO AUTORITARIO

1. Introducción

A casi diez años de instalación del neoliberalismo autoritario en el Perú, su contribución a resolver el problema de la pobreza, que es el objetivo principal del desarrollo, debe ser nuevamente puesto en cuestión.

Este balance suele hacer bajo distintos enfoques: Uno de ellos resalta que, respecto de 1990, la situación de los pobres ha mejorado, y por lo tanto la política ha sido exitosa y debe mantenerse: “Durante la década de los noventa se ha avanzado significativamente en la reducción de la pobreza y la pobreza extrema. Estos avances se han reflejado en los principales indicadores de bienestar social” (Shack 2000). Es un análisis sesgado: en 1990 la crisis era tan mala que era fácil mejorar. La otra postura indica que la pobreza es muy alta y que la calidad de vida es muy mala, concluyendo de ello que la política ha fracasado y debe cambiarse. Tampoco resulta un punto de vista convincente, ya que problemas de este tipo son estructurales en nuestro país y no se puede pretender una solución en una década. Intentaremos por ello un balance que, primero describa la situación actual de la pobreza vista desde un enfoque integral y luego analice los avances y limitaciones tanto en cuanto a los resultados obtenidos como de las capacidades del estado y la sociedad para seguir avanzando.

Cuando se quiere hacer una evaluación del desarrollo social, es necesario tener una concepción sobre qué configura una situación de pobreza. La pobreza es una situación en la cual una persona o grupo social vive bajo condiciones que consideramos inadecuadas e inaceptables para un ser humano. Así, la concepción y medición de la pobreza sigue necesariamente un patrón social, y está directamente referida a la calidad de vida. La calidad de vida comprende diversos elementos, que incorporan tanto los ingresos necesarios para acceder a los alimentos y otros bienes y servicios en el mercado, como la situación de salud y educación de la familia, el acceso a servicios básicos como agua, desagüe y luz, la seguridad y salubridad en el trabajo, y también las condiciones de participación en las decisiones sociales y familiares, e incluso cuestiones tales

como la espiritualidad, la belleza y la cultura (Kanbur y Squire 1999). Por razones de tiempo y espacio, en este documento nos limitaremos a tratar los aspectos de ingresos, salud y educación.

2. La Situación Social Actual

Pobreza por ingresos

En la década pasada, los estimados indican que la pobreza por ingresos se redujo de cerca de 57.4% a 54.1%¹ (Cuánto 2000a), una disminución realmente muy pequeña. El nivel actual de pobreza es aún muy superior al que prevalecía en 1985, cuando se estimaba en cerca de 41.6 por ciento (Cuánto 2000b), a pesar de que el PBI per capita actual sea similar al de 1985. En otras palabras, en diez años no se ha podido recuperar lo que se perdió con la crisis y la hiperinflación de 1988-90. Siguen habiendo entre 12 y 13 millones de peruanos pobres. Este desempeño es decepcionante, si lo comparamos con Chile, que en un lapso similar redujo la pobreza de 39% a 22%.

En las zonas rurales, más de dos terceras partes de la población es pobre y cerca de la mitad vive en pobreza extrema, con un ingreso promedio de 70 centavos de dólar diarios per cápita. La pobreza se concentra, además, entre las personas con poca educación y los trabajadores informales.

Educación

El nivel de vida de la población peruana en cuanto a educación y salud es bajo para los estándares latinoamericanos, aunque hay mejoras en esta década, que están más documentadas en salud.

En educación, la cobertura, es decir la asistencia de los niños de 6 a 15 años a la escuela es ampliamente mayoritaria, superior al 90%. En 1999, la tasa de cobertura entre los 6 y 11 años fue del 96.9%, reduciéndose a 85.9% entre los 12 y 16 años (Ministerio de Educación 2001), lo que se compara favorablemente a nivel regional y latinoamericano. Esa situación ya se registraba desde mediados de los 80.

¹ Existen diversas estimaciones y fuentes al respecto, las que no carecen de problemas metodológicos; en particular, no existe una serie oficial ni ningún cálculo bajo una metodología que permita una comparación de la pobreza en la década. Ver al respecto Francke (1998). Un aspecto de particular importancia es que no se considera que el progreso social eleva naturalmente los estándares de vida que consideramos como los mínimos aceptables.

Los problemas críticos actualmente existentes en la educación se encuentran en:

- i) Una tasa de analfabetismo aún sumamente elevada, del orden del 10%, que se concentra en las zonas rurales y en las mujeres mayores de 40 años. Una encuesta reciente que he trabajado muestra que incluso en zonas rurales muy pobres de Huancavelica el analfabetismo entre mujeres jóvenes de 15 a 25 años, es prácticamente inexistente, del orden del 2% (Francke, 1999). Ello permite ser optimista respecto de la futura reducción del analfabetismo, pero no debe llevarnos a la inacción respecto a las mujeres mayores. Existe además la preocupación de que el analfabetismo funcional, es decir, la pérdida de habilidades de lecto - escritura, pueda ser importante en el país, y que por lo tanto sea bastante mayor el porcentaje de la población que está realmente impedido de leer y escribir a un nivel razonable.
- ii) Una baja cobertura de la educación pre-escolar. Se estima que alrededor del 62% de los niños de 3 a 5 años actualmente asisten a algún tipo de educación pre-escolar (Instituto Cuánto 2000b), incluyendo a quienes asisten a PRONOEI que son centros comunitarios dirigidos por animadoras. Aún cuando ha habido avances en este sentido, falta mucho por hacer, incluyendo también una mejor calidad de la educación pre-escolar.
- iii) Una alta tasa de repitencia y deserción que llevan a una baja matrícula secundaria. En el periodo 1999/2000, la tasa de repetición y deserción promedio en educación primaria fue del 8.8% y 3%, respectivamente. En educación secundaria, estas mismas tasas se encuentran alrededor del 7% y 4% (Instituto Cuánto 2000b). Según cifras del Ministerio de Educación, en 1999, el 48% de los jóvenes no terminó la educación secundaria (Ministerio de Educación 2001), mientras que 23% de los niños no terminaron la primaria.
- iv) La calidad de la educación peruana parece ser bastante baja. No hay cifras publicadas, pero nuestra experiencia diaria nos muestra como incluso egresados de la secundaria escriben muy mal y tienen habilidades muy limitadas. “La desigualdad de los resultados del aprendizaje es un tema clave en educación, al ser la desviación estándar muy amplia” (Banco Mundial 1999b).

Los esfuerzos del Estado en educación en esta década se han concentrado en la educación primaria e inicial, en:

- i) Infraestructura, incluyendo construcción y rehabilitación de colegios.
- ii) Material educativo, incluyendo textos, cuadernos de trabajo y material no impreso.
- iii) Capacitación docente.

En todos aspectos, la situación en 1990 era de un grave deterioro, ya que el Estado peruano había dejado de gastar en estos rubros por más de una década. Los problemas se mantienen debido a que la infraestructura ha mejorado pero no es lo principal en la calidad de la educación, ha habido una tardía e insuficiente dotación de textos y materiales educativos a las escuelas pero que es poco usada en el proceso de aprendizaje, y la calidad de la docencia es bastante deficiente a pesar de los programas de capacitación realizados.

Una de las principales razones para ello es que el gasto público en educación, aunque casi se duplicó entre 1990 y 1997, es sumamente bajo. Llega apenas a US\$ 150 por estudiante en primaria. Equivale al 2,4% del PBI, uno de los niveles más bajos de América Latina (Chile 3,0%, Argentina 3,4%. Brasil 5,0% , Paraguay 3,1%). El bajo nivel del gasto en educación respecto a décadas anteriores se explica por la baja prioridad otorgada por el gobierno al sector (Rodríguez y Silva 1999), constituyendo el 17% del gasto del gobierno central. Debido a la escasa contribución del gobierno, las familias aportan el 41% de los gastos de la educación pública (Banco Mundial 1999d), principalmente en textos, pasajes, uniformes, etc. Como porcentaje del PBI, las familias peruanas gastan más en educación que los países desarrollados.

El bajo gasto público en educación, a pesar de la alta tasa de matrícula, se obtiene gracias a los bajos sueldos de los maestros y escasos gastos en textos y materiales. El sueldo más alto no llega a los US\$ 250 mensuales, lo que es entre la mitad y la cuarta parte que en países de similar desarrollo (Banco Mundial 1999d), y con muy poca diferencia entre los niveles. Menos del 10% del gasto se destina a gastos corrientes que no sean remuneraciones.

Salud

En cuanto a salud, ha habido avances importantes en la reducción de la mortalidad infantil, y el Ministerio de Salud ha ampliado sustancialmente su oferta de atención primaria, lo que ha elevado la cobertura de consultas de salud en 60%.

Los principales problemas de salud actualmente existentes son:

- i) La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) sigue siendo muy alta, de 43 por mil, bastante mayor que la que corresponde a un país de nuestro nivel de desarrollo (en Colombia es de 25 por mil y en Costa Rica de 12 mil para no hablar de Chile y Cuba que se encuentran entre los líderes regionales con menos de 10 por mil de TMI). La Tasa de mortalidad infantil se ha reducido en las últimas dos décadas a la mitad, sobretudo por el control de las diarreas y en

menor medida de las infecciones respiratorias agudas, pero ha bajado muy poco la mortalidad neo-natal, hasta el primer mes de nacido.

- ii) El 23.8% de la población infantil (niños menores de 5 años) se encontraba en estado de desnutrición en 1997 (Banco Mundial 1999c). Otro problema de salud severo es que el 30% de los niños de 3 y 4 años está desnutridos en forma crónica, a pesar del avance que también se ha registrado en este campo.
- iii) La inequidad en salud es también enorme; por ejemplo, la mortalidad infantil varía entre los grupos más pobres y los más ricos de 100 a 20 por mil. De otro lado, si bien ha existido una reducción significativa de la Tasa de Mortalidad Infantil, si comparamos la tasa promedio registrada entre los periodos 1981-1985 y 1992-1996, esta se redujo a la mitad en el área urbana, mientras que la reducción de 37% de la tasa en el campo (Bardález 2000) es aun insuficiente, desde que sólo se redujo a una TMI rural de 62 por cada mil niños. En cuanto al acceso a consultas médicas, dentro del 20% más pobre de la población que no realizó consulta alguna, más de dos terceras partes estuvieron restringidas por falta de recursos económicos, mientras que en el 20% más rico, esta misma tasa estuvo alrededor del 24% (Instituto Cuánto 2000c). Mismo, el acceso a algún tipo de seguro de salud es muy limitado (23.4%), sobre todo en el 20% más pobre de la población, en el que 9 de cada 10 familias no cuenta con este tipo de protección.
- iv) Otro problema serio de salud es la mortalidad materna, que es la segunda más alta de Latinoamérica con una tasa de 260 por cien mil. Apenas la mitad de los partos en el Perú reciben atención por parte de profesionales o técnicos de salud.
- v) Otros problemas principales de salud incluyen la re-emergencia de la malaria, enfermedad que reporta 250 mil casos al año, la tuberculosis (TBC) que con cerca de 50 mil casos registra la tasa de incidencia mayor de América Latina, y el SIDA, que se estima en 10 mil casos y 70 mil infectados con el VIH.
- vi) Se mantienen problemas de falta de acceso de la población a los servicios de salud, que se deben en su mayor parte a los cobros que se realizan. Una cesárea en el Hospital de Andahuaylas, una de las provincias más pobres del Perú, puede costar más de 300 soles, ya que la gestante no sólo debe pagar por la atención médica, la sala de partos y la anestesia, sino además comprar los insumos y medicinas requeridas. 80% de las personas enfermas que no se atienden, afirman que ello se debe a razones económicas.
- vii) Otros problemas son una insuficiente oferta sobretodo en zonas rurales dispersas, servicios que nos adaptados a la cultura de la población rural, y una mala calidad por personal no calificado – aunque puede tener título- y equipos sin mantenimiento.
- viii) Hay una acción insuficiente en lo que se refiere a la salud pública: control de mosquitos y otros agentes que transmiten enfermedades, alimentos y agua idem, educación e información

poco desarrollada, inacción frente a riesgos como los accidentes de tránsito y la violencia, hábitos de vida poco saludables poco atendidos, así como la identificación temprana de riesgos.

Las principales acciones realizadas a cabo en salud en la década han sido:

- i) Infraestructura, equipamiento y contratación de personal para centros y puestos de salud, así como entrega de insumos para programas prioritarios de salud.
- ii) Abastecimiento de medicinas mediante un sistema de fondo rotatorio.
- iii) Desarrollo de los Comités Locales de Administración de Salud, con niveles de descentralización y participación comunitaria en la gestión, en cerca de 8% de los establecimientos de primer nivel de atención.

La recuperación y ampliación de la salud primaria ha permitido aumentar sustancialmente la cobertura de servicios básicos de salud, con logros sobretodo en la morbilidad infantil. Sin embargo, servicios medianamente complejos, como la atención de partos, aún son de acceso restringido, se han levantado nuevas barreras económicas al acceso con el cobro de tarifas, insumos y medicinas, y o se han resuelto las barreras geográficas y culturales en las zonas rurales.

Vivienda y saneamiento

Los problemas de falta de acceso a los servicios básicos de agua potable, desagüe, electricidad, telecomunicaciones y acceso vial se concentran en las zonas rurales; ya los porcentajes de acceso a estos servicios en las ciudades superan el 90%.

Durante la década pasada, se han hecho esfuerzos importantes por aumentar la cobertura de estos servicios básicos. En las ciudades, este esfuerzo ha sido realizado en algunos casos por el estado (agua y desagüe) y en otros por las empresas privatizadas. En las áreas urbanas, el abastecimiento de agua dentro de la vivienda alcanza tasas cercanas al 90%, aunque un tercio disponga del servicio de red pública de agua menos de 12 horas al día (Instituto Cuánto 2000b). En el campo, sólo un 40% de viviendas cuenta con este servicio, abasteciéndose principalmente de pozos artificiales, ríos y pilones. En cuanto al servicio de desagüe, el porcentaje de viviendas en zonas rurales que no cuentan con ningún servicio higiénico creció 2.3%, mientras que si aumento el acceso en las ciudades, sobre todo en el servicio de conexión a la red pública de desagüe. Los esfuerzos de ampliación de estos servicios en la zona rural han sido básicamente realizados por el Estado.

El porcentaje de viviendas con alumbrado eléctrico creció 3.9% entre 1997 y el año 2000, mostrando la ampliación en el alumbrado de áreas rurales (14.5%). La situación en estas áreas es aun complicada, porque aun superando el 40% en el índice de cobertura, se registra una tasa similar a la del uso de kerosene, petróleo o gas como combustible para alumbrado. En las zonas urbanas se registraron caídas de tanto en Lima Metropolitana (-1.7%), como en el Resto Urbano (-1.8%), pero siempre observándose tasas de cobertura por encima del 90%.

El problema fundamental parece ser el de la sostenibilidad de estos servicios. En muchas comunidades, los servicios de agua potable, desagüe y electricidad que han sido instalados han dejado de funcionar, debido a que no existe la capacidad institucional para encargarse de la administración y mantenimiento (Instituto Apoyo 2001). Ni siquiera está bien definido de quién es esa responsabilidad, si de la comunidad, el gobierno local o algún organismo del gobierno central.

Otro problema importante, en algunos casos, es la calidad del servicio. Estudios muestran que en los sistemas locales de agua potable, las malas conexiones generan contaminación, y sistemas hechos para pilones públicos terminan con conexiones domiciliarias, con lo que las demandas de agua exceden la capacidad. En el caso de los sistemas de saneamiento, las letrinas que se han instalado en muchas partes del país a menudo no tienen las condiciones sanitarias mínimas, y dejan de ser utilizadas.

Síntesis

A modo de síntesis, se muestra un comportamiento muy diferenciado entre los ingresos y empleo de la población, y su acceso a servicios básicos, siendo las mejoras mucho más limitadas en el primer aspecto. No por gusto la población peruana, en las encuestas de opinión, identifica los temas de desempleo y falta de ingresos como aquellos críticos, siendo mucho menor su reclamo frente a los otros elementos.

En cuanto a los servicios, podemos clasificar los servicios básicos en tres niveles. En un nivel muy básico se ha logrado una cobertura casi universal, como en la educación primaria y las vacunaciones. En un segundo nivel, aún básico, hay una ampliación que abarca ya a la gran mayoría de la población pero que aún muestra dificultades en su expansión en zonas rurales, como por ejemplo los servicios desagüe y electricidad, la atención de partos o la educación secundaria. En un tercer nivel están servicios más complejos, como la atención hospitalaria especializada o la educación superior, en la cual hay un acceso muy desigual, limitada por grandes distancias para los pobladores rurales y por costos crecientes aún en establecimientos públicos. En los tres niveles

existen problemas de calidad serios, y no existen evaluaciones que demuestren que los esfuerzos realizados al respecto en esta década han tenido éxito, siendo la impresión que los avances logrados han sido limitados.

3. Modelo económico y pobreza

Crecimiento económico, empleo y pobreza

El discurso neoliberal afirma que la principal forma de reducir la pobreza es dándoles oportunidades de incrementar sus ingresos en el mercado. Sin embargo, el modelo no ha generado un crecimiento intensivo en trabajo para los pobres que ayude a reducir la pobreza. A contracorriente del discurso que afirmaba que la flexibilización laboral iba a aumentar el empleo, durante esta década no se ha reducido el peso del sector informal ni el desempleo: "La mayor parte del crecimiento del empleo se habría concentrado en el sector informal, de modo tal que la participación del sector informal habría crecido de 49.2% en 1991 a 55.4% en 1996" (Saavedra 2000). La calidad del empleo se ha visto desmejorada no sólo por la expansión del sector informal, que generalmente se asocia a bajos ingresos y malas condiciones de trabajo, sino además por la precarización del empleo formal, donde la eventualidad e inestabilidad se volvió un rasgo característico durante la pasada década. En Lima el empleo asalariado eventual o inestable en el sector privado aumentó de 38.6% en 1991 a 76.9% en 1997 (Verdera 2000).

Una razón de ello estriba en los sectores privilegiados por la inversión extranjera y la política estatal, como la minería y los servicios modernos (telecomunicaciones) que generan poco empleo. El auge de la construcción alivió estos problemas durante las épocas de fuerte inversión (se duplicó entre los años 1993 y 1997), pero durante los años de crisis ese impulso se ha perdido (-3.1, -1.6 y -4.5 en 1998, 1999 y 2000, respectivamente (BCRP 2001). El crecimiento de sectores permanentemente más dinámicos en términos de crecimiento del empleo como la industria, ha sido menor, o ha tenido un sesgo poco creador de trabajo (Banco Mundial 1999a).

El otro determinante del empleo es el crecimiento económico agregado. El modelo económico ha generado varios años de crecimiento pero hoy atraviesa una etapa de crisis, y lo correcto para evaluar los logros en este terreno de una política es comparar años similares dentro del ciclo. En esta década nuestro PBI per capita habrá crecido 25 %, ritmo bastante inferior a de las décadas de los 50s (34%) y 60s (27%). Como se sabe, hay una relación directa entre crecimiento del producto y crecimiento del empleo.

La atracción de los capitales extranjeros ha sido exitosa, constituyéndose en la principal causa del crecimiento de estos años, así como de la vulnerabilidad de la economía peruana y de la crisis actual. Por otro lado, la débil recuperación del ahorro interno, que entre 1993 y 1997 estuvo en promedio sobre el 23% respecto al PBI, reduciéndose en los años 1999 (18.3%) y 2000 (17.7%), se ha situado en tasas similares o inferiores a las registradas en la década de los ochenta, impidieron generar un crecimiento más autónomo y sostenible. El punto más crítico y debatido, sin embargo, es si esa atracción de los capitales extranjeros ha permitido ampliar las capacidades empresariales y tecnológicas de la sociedad peruana o si, por el contrario, las ha desplazado.

Una lección clara de estos tiempos de crisis es la necesidad de establecer políticas e estabilización que reduzcan las fluctuaciones innecesarias, tanto aquellos auges desmedidos como recesiones como la actual, ya que estos vaivenes tienen costos elevados en términos de empresas quebradas, bancos que sobreviven con respirador artificial, despidos y capacidades organizacionales perdidas.

Las mediciones de la desigualdad en esta década han sido débiles y contradictorias entre sí, de tal manera que la evidencia empírica no es de gran ayuda. La evidencia circunstancial, con todos sus problemas, muestra por otro lado el auge de las casas de playa de cientos de miles de dólares, los centros de consumo de lujo y los viajes internacionales (aunque al mismo tiempo muestra viejos grupos económicos empequeñeciéndose: Nicolini, Wiese, Picasso); y también muestra la pobreza persistente, las casas de estera, el trabajo infantil - que ha aumentado - y la pobreza rural.

Gasto social e impuestos

Paradójicamente, mientras el discurso neoliberal afirmaba que la pobreza debía resolverse a través del mercado, los mayores resultados se han obtenido por la acción del gobierno. La ampliación de la cobertura de los servicios de salud, agua y electricidad, así como las mejoras registradas en la infraestructura educativa, y el impacto de los programas alimentarios, sin los cuales, la población en extrema pobreza aumentaría de 14.8% a 17.3% (Cuánto 2000a).

Dadas las enormes necesidades, la profundidad de la pobreza y la fuerza de la desigualdad, es claro que los esfuerzos realizados en el área social son muy insuficientes. En los noventa se registra un aumento importante del gasto social, sobretodo entre 1993 y 1996 que hay un auge económico, permitido por el aumento de la recaudación propio de la recuperación económica, así como del reinicio de préstamos de organismos internacionales como el BID y el Banco Mundial

que en esta década han dado más prioridad al área social que anteriormente². A pesar de ello, el gasto en sectores como educación y salud, en el Perú de los noventa, es bastante menor al de la década de los 70s y menor también al promedio de los países latinoamericanos. En salud, por ejemplo, se gasta 4,1% del PBI, dos terceras partes el promedio latinoamericano; mientras en educación el gasto público es 2,4% del PBI, un tercio menor al de países latinoamericanos de similar nivel económico. Las principales limitaciones a este respecto se deben a la estructura impositiva propia del modelo, aunque también existen efectos de la política fiscal y presupuestal en general.

A pesar de los esfuerzos de la SUNAT, la presión tributaria se mantiene en niveles relativamente bajos, inferiores a décadas anteriores, fluctuando alrededor de 14% del PBI en el auge. Tal resultado se debe a que los sectores en los cuales se ha promovido la inversión, como la minería, gozan de beneficios tributarios: eliminación de impuestos a la exportación, impuesto a la renta rebajado a la mitad (15%), convenios de estabilidad que impiden sean afectados por nuevos tributos, y no cobro del canon por la explotación de los recursos naturales. El sector financiero, otro de los que más ha crecido en estos años, también está inafecto de impuestos: los intereses no pagan IGV y las ganancias en Bolsa no están sujetas a ningún impuesto. Por otro lado, ya no hay impuestos al patrimonio personal y el impuesto a la renta personal para ingresos elevados se redujo al 30%, menos de la mitad del anteriormente existente.

Dado que estos grandes contribuyentes han sido descargados de impuestos, los esfuerzos de la SUNAT han tenido que concentrarse en la industria y en la mediana y pequeña empresa, con la consecuencia conocida: recaudación baja y ahogo empresarial. Los otros contribuyentes importantes son ahora los trabajadores, cuyos pagos por impuesto a la renta han llegado este año a sobrepasar los de las empresas.

Esta estructura impositiva ha llevado a que el sector empresarial capaz de generar empleos haya visto limitado su crecimiento, y a que los fondos destinados al gasto público se vean reducidos

² Los datos de gasto social, sin embargo, son poco transparentes, habiendo el gobierno variado continuamente en cuanto a qué rubros del presupuesto se consideran gasto social.

4. La política respecto de los servicios básicos

Un segundo elemento de balance tiene que ver con la organización del estado y la sociedad para hacer frente a los aspectos de combate contra la pobreza.

El balance de la sección anterior nos muestra a un estado que en una coyuntura de bonanza económica (1994 - 97) ha tenido éxitos en cuanto a aumentar la cobertura de servicios muy básicos y a construir infraestructura, pero que muestra grandes limitaciones para enfrentar problemáticas un poco más complejas, como la calidad de la educación primaria o el mantenimiento de las obras. ¿Cuáles son las razones de estos problemas?

Las reformas de segunda generación en el área social

Durante esta década, uno de los temas que ha dominado la discusión en temas de desarrollo ha sido el de las reformas de segunda generación. Aún cuando el tema de las reformas de segunda generación excede el ámbito de estos servicios básicos para extenderse hacia otros como la gobernabilidad, la democracia, la reforma del estado y la transparencia, tienen una importante concentración e influencia en la organización de servicios como educación y salud.

Sin embargo, no hay una clara delimitación acerca de qué se consideran reformas de segunda generación. En general, tiende a considerarse reformas a aquellas de carácter sistémico, que modifican las formas de comportamiento entre los distintos agentes involucrados. En los primeros años de los 90 a nivel internacional se dio particular énfasis a reformas que establecen mecanismos de competencia entre los proveedores de servicios y dan más poder a los usuarios a través de mecanismos de mercado (Banco Mundial 1997, Banco Interamericano de Desarrollo 1996). Crecientemente, sin embargo, se ha venido dando importancia también a reformas orientadas a modificar la estructura interna del aparato estatal, mediante la descentralización, o que abren otros mecanismos de relación con la población que no operan mediante el mercado, como aquellos orientados a empoderar a la población mediante un fortalecimiento y mayor participación de sus organizaciones.

Respecto a las reformas en el área social, las principales son el Sistema Privado de Pensiones mediante las AFPs respecto de la jubilación, la introducción del sistema de empresas privadas (llamadas EPS) que compiten por prestar un seguro básico de salud y el bachillerato en educación.

El hecho que las reformas recién se estén implementando en salud y educación restringe su evaluación a un análisis ex - ante, siendo la reforma del sistema de jubilación la que se puede evaluar mejor. El sistema de jubilación peruano luego de la reforma se caracteriza por la coexistencia competitiva de dos sistemas, el público –sistema de reparto – y el privado. Los trabajadores pueden optar entre ambos, pero quien opta por el privado ya no puede regresar al público. El sistema privado de pensiones (en adelante SPP) opera con una cotización fija del 8% de la remuneración para la cuenta individual de jubilación, la que es invertida por una empresa privada llamada Administradora de Fondos de Pensiones – AFP; la pensión se fija de acuerdo al monto acumulado en esta cuenta al momento de la jubilación, fijado por ley en 65 años. Hay además otra cotización para un seguro de invalidez y sobrevivencia que se fija por cada AFPs y que actualmente es superior al 2%. Por sus servicios, las AFPs cobran una comisión que actualmente fluctúa por el 2% de la remuneración. Las AFP son reguladas por la Superintendencia de AFPs, que establece un rango para la composición de cartera entre distintos activos, así como supervisa la calidad de riesgo de los mismos. Aunque la ley lo manda, no hay una pensión mínima. El sistema público funciona con pensiones pre-definidas de acuerdo a los años de cotización y a los últimos salarios, pero con un tope fijado por el gobierno, que hoy es el equivalente a 170 dólares.

Un balance de la introducción del SPP indica que: i) no se ha avanzado en ampliar la cobertura de la seguridad social en jubilación hacia los pobres e informales; ii) la cobertura de del sistema de pensiones sería la segunda más baja en América Latina, con sólo 1 millón de cotizantes en promedio mensual en el 2000, sobre una PEA calculada de 12'185 772 (Mesa-Lago 2000); respecto a los jubilados fuera de Lima, apenas 1% de las pensiones van al quintil de menores ingresos, lo que expresa la exclusión que aun mantiene el sistema respecto de los más pobres (Francke 1996); iii) la introducción del SPP ha llevado a una reducción de las contribuciones al Sistema Nacional de Pensiones, lo que ha demandado recursos del presupuesto público y ha llevado a que se mantengan las pensiones en niveles muy reducidos; iv) las comisiones del sistema privado son muy elevadas, de tal manera que la rentabilidad neta³ de los fondos es prácticamente nula o negativa; entre 1993 y 1997 la rentabilidad nominal neta fue -0.18%, mientras que en el año 1997, la rentabilidad real fue -4.45% (Rojas 1998); v) las posibilidades de elección y la competencia son bastante limitadas debido al diseño del sistema⁴, problemas de información⁵ y el

³ Por rentabilidad neta se entiende la rentabilidad de los fondos, descontando los costos de las comisiones que cobran las AFPs.

⁴ La ley promueve que las AFPs mantengan su cartera con una rentabilidad similar a la del promedio, dado que se penaliza económicamente a la que tiene una rentabilidad mucho menor al mismo. Si todas las AFPs obtienen una rentabilidad baja o negativa, sin embargo, no hay penalidad.

tamaño restringido del mercado (sólo quedan 4 AFPs en la actualidad). Por un lado, el crecimiento del peso del empleo informal urbano, que se eleva desde un 48.7% a 55% a fines de la década, sería uno de los factores que restringen el mercado; de otro lado, de la PEA urbana, sólo la mitad es dependiente, pero de esta, apenas 56% cree tener un contrato de trabajo según las encuestas de hogares. De los trabajadores que creen tener contrato (indefinido (50%), a plazo fijo (46%) u otras formas laborales como servicios, Formación Laboral Juvenil y Prácticas Pre Profesionales (4%)), más del 90% deberían tener el derecho a la seguridad social, sin embargo, la mayoría de los trabajadores con contrato fijo indica en las encuestas no tener seguridad social. Esta aparente contradicción puede ser explicada revisando datos oficiales sobre contrataciones registradas: el Ministerio de Trabajo registra sólo 300 mil contratos (de los cuales la mitad son renovaciones), cuando según las encuestas habrían 885 mil de estos trabajadores. El caso de la “contratación en negro” de un alto porcentaje de los trabajadores dependientes, indicaría que una de las principales limitaciones para la ampliación del sistema se ubica en el propio funcionamiento del mercado de trabajo. Como efectos positivos, puede encontrarse una captación de un monto de fondos importante (casi US\$ 2 mil millones) que ha ampliado los recursos financieros al alcance de las empresas.

La reforma de la seguridad social en salud introduce las Empresas Prestadoras de Salud – EPS, “...la reforma del Seguro Social llevada a cabo en 1997 estableció un esquema mixto, donde se rompe el monopolio en las prestaciones de salud del Ente Previsional. Bajo la nueva configuración, se permite de las denominadas Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para ofrecer planes alternativos a los brindados por el IPSS. La creación del Seguro Social en Salud (ESSALUD) a partir del IPSS en el año 1999 terminó la configuración del sistema de aseguramiento” (Franke y Carbajal 2000). En virtud de ésta reforma, los asegurados pueden decidir trasladar la cuarta parte de su cotización de seguridad social – actualmente 9% del salario – a la EPS de su preferencia, estando ésta obligada solamente a prestarles la llamada “capa simple” de atención de salud; la “capa compleja” se mantiene bajo responsabilidad de la institución pública de la seguridad social (hoy llamada EsSalud, antes IPSS). Los trabajadores también pueden optar por mantener su atención de capa simple en EsSalud, entregando a ésta toda la cotización. La decisión de optar por una EPS se toma colectivamente a nivel de centro de trabajo, y no individualmente. La ley obliga a las EPS a tener capacidad instalada propia para atender a un 30% de su demanda, impidiendo así que sean empresas dedicadas exclusivamente al aseguramiento e

⁵ Es imposible para los asegurados conocer cuál AFP ofrece la mejor combinación rentabilidad - riesgo.

intermediación del financiamiento de salud; sin embargo, en la práctica no se viene cumpliendo esta disposición.

Esta reforma, aprobada legalmente en 1997, recién se ha iniciado realmente en 1999, y las EPS – hay 3 de ellas en operación - tienen aún pocos afiliados. Al 1 de Abril del 2001, alrededor de 90 221 personas estaban registradas como afiliados regulares, asegurándose a un total de 335 860 personas (Superintendencia de Empresas Prestadoras de Servicios 2001).

Se estima que el sistema no atraerá sino a una pequeña parte de la población, debido a que la cotización disponible para contratar un seguro privado de salud es muy baja, a pesar de que éste sólo cubre la capa simple (dado un salario promedio de algo más de 200 dólares mensuales y un sueldo promedio de menos de 700 dólares mensuales, la cotización para las EPS sería de 4,5 y 16 dólares mensuales respectivamente, bastante menos de lo que cuesta un seguro privado de salud en la actualidad). Así, lo más probable es que las EPS capten casi exclusivamente a los trabajadores de empresas de punta, que en su mayoría ya tienen un seguro particular de salud, y que no conforman más de 3% de la PEA.

Los objetivos de la reforma parecen ser la introducción de niveles de competencia y ampliación de la cobertura en los sistemas públicos de salud, los que se limitan a la atención ambulatoria donde EsSalud tiene mayores dificultades en atender a la demanda y resulta más difícil la contratación de proveedores privados de los servicios. Según la dirección de la SEPS, la demanda del mercado para intervenciones de menor frecuencia y mayor complejidad sería cubierta con unas 10 EPS (Gestión Médica 2001a). A pesar de haberse reducido de 4 a 3 el número de empresas, estas han presentado pérdidas financieras y una índice de siniestralidad (gastos por prestaciones / ingresos de aportes) superior al 100%, situación en la que difícilmente otras empresas se verán incentivadas a entrar a competir en este mercado.

A su vez, el sistema de aseguramiento por centro de trabajo limita sustancialmente los problemas de riesgo moral, selección adversa y selección de riesgos que son comunes en los sistemas de aseguramiento con elección individual y que traen consigo graves consecuencias en equidad y eficiencia.

Desde el punto de vista más global, sin embargo, esta reforma no resuelve el problema de la baja cobertura del aseguramiento⁶, que sigue limitado en la práctica a los trabajadores formales. Al mismo tiempo, tiende a reducir los niveles de solidaridad y redistribución de la seguridad social, al permitir que trabajadores de altos ingresos reduzcan su contribución a la misma, sin que haya una reducción considerable en la demanda sobre los servicios, debido a que estos grupos eran los que ya realizaban la mayor parte de su atención ambulatoria de salud con proveedores privados, financiado mediante pagos de bolsillo o por seguros privados adicionales. Por último, no es claro que la reforma promueva una mayor eficiencia del sistema de salud, dado que la introducción de competencia en la atención simple viene acompañada de una mayor fragmentación de los sistemas de salud (lo que reduce los incentivos a la prevención y tratamiento oportuno de enfermedades que pueden derivar en atenciones complejas, así como posibles conflictos respecto de quién cubre el tratamiento de pacientes), de la poca ampliación del mercado que representa para los seguros privados y de que éstos hasta el momento no han introducido mecanismos de pago y gestión de los servicios modernos.

El bachillerato pretende reorganizar los niveles educativos en el Perú, introduciendo un nuevo nivel de dos años – el bachillerato – que se ubica después de la secundaria, al mismo tiempo que reduce los años de secundaria de 5 a 4. En este caso, la reforma no implica un cambio de reglas respecto de la interacción entre el Estado y las familias, aunque una de las razones aducidas a favor del cambio es que por ser algo nuevo haría más fácil la introducción de nuevas formas de gestión en el sistema educativo, dirigidas sobre todo a acreditar la capacidades del egresado respecto a una adecuada incorporación al mundo del trabajo. Entre las capacidades acreditables se buscaría: i) Uso productivo de recursos: tiempo, espacio, destrezas y tecnología; ii) Habilidades para la búsqueda y selección de información; iii) Facultad de analizar, sintetizar, abstraer y sistematizar; iv) Suficiencia en un idioma internacional; v) Competencia laboral intermedia; vi) Competencia para la gestión y generación de autoempleo (Tarea 1998). También se espera que el sector privado tenga un rol más importante en el bachillerato que en la educación secundaria, de la misma manera que en la educación superior hay una proporción mucho mayor de matrícula privada que en la secundaria. Por otro lado, se propone que la creación del bachillerato permitiría atender mejor la dinámica y necesidades propias de este sector de jóvenes, adaptando la enseñanza a su desarrollo personal y teniendo como objetivos prepararlos tanto para un nivel de educación superior como para el mundo del trabajo.

⁶ Para enfrentar este problema, EsSalud está probando nuevos esquemas de seguro para determinados grupos de la población, como el seguro universitario y el seguro para pescadores artesanales.

Como se ha dicho, el bachillerato es la reforma menos avanzada, estando solamente nivel de piloto y sin tener una norma legal que lo respalde. Los planes del Ministerio de Educación son para su generalización y obligatoriedad recién hacia el 2005. Tampoco están definidas las nuevas formas de gestión que podrían tener. Las principales preocupaciones vienen por el lado de la equidad, dado que ya en la secundaria hay problemas de acceso de los más pobres por vivir en zonas rurales y por los problemas de deserción, los que presumiblemente serían mayores en el bachillerato.

Antes que una evaluación detallada de cada una de estas reformas, queremos resaltar sus rasgos comunes. El más importante es que todas son reformas que inciden fundamentalmente sobre la población de las ciudades y no pobre. A las AFPs y EPS accede el que ya es asegurado y tiene más o menos buenos ingresos para poder pagarlas, al bachillerato accede el que terminó la secundaria, requisito que logran muy pocos de los más pobres y de los jóvenes de zonas rurales. Así, estas reformas, por su carácter, han desviado la atención de la atención de los servicios básicos y los más pobres.

Las diferencias son en cambio saltantes entre la reforma de las AFPs, ocurrida en la primera mitad de la década, y las referidas a salud y educación, iniciadas en la segunda mitad de la década. Mientras el sistema de las AFPs se introdujo rápidamente y como un sistema alternativo al Sistema Nacional de Pensiones existente, las reformas en salud y educación han sido bastante más tímidas y tardías. Las EPS recién han empezado a operar prácticamente este año (1999), y sólo operan con la cuarta parte de la cotización a la seguridad social en salud. El bachillerato, si bien formalmente empezó en 1999, en realidad este año es casi un rótulo adicional al 5° de secundaria, ya que sirve el año de estudios sirve para ambos propósitos y se trata en su mayor parte de los mismos colegios y profesores.

Una hipótesis para explicar esta enorme diferencia tiene que ver con las fuerzas sociales que apoyan y se resisten a la reforma. En el caso de la jubilación⁷, el nuevo sistema es muy beneficioso para el capital financiero, que pasa a administrar los fondos, así como las grandes empresas que pueden tener mayor acceso a financiamiento. Afectados estarían los jubilados, que lamentablemente tiene muy poco peso político. El balance político favorece nítidamente a la reforma. Lo contrario sucede en salud y educación: no hay claros grupos beneficiados o los beneficios son bastante menores, como en el caso de salud, mientras que los trabajadores de esos sectores – maestros, médicos y trabajadores de salud – siguen siendo de los grupos más

organizados y fuertes en el debilitado panorama sindical del Perú actual. Además, se ha evidenciado lo sensible que es la opinión pública respecto de estos temas, en particular la educación.

Esta misma explicación puede aplicarse a las diferencias en las reformas en salud y educación. Las reformas en salud tienen mayores elementos de mercado y son aplicadas con mayor antelación, siendo menos importante la fuerza sindical y la opinión pública en salud que en educación.

Otro elemento que merece destacarse es el efecto que estas reformas tienen sobre el estado. Una de los principales argumentos a favor de las reformas ha sido que el estado deje de hacer lo que no debe, para que se concentre en las tareas más importantes que le son propias. Sin embargo, no está claro que estas reformas hayan llevado a una simplificación o reducción de las actividades del Estado. En efecto, tanto en jubilación como en salud, donde se han introducido reformas orientadas hacia el mercado, han debido crearse superintendencias especiales, que estén absorbiendo una cantidad significativa de recursos humanos altamente calificados y de recursos financieros, además de ampliar la gama de problemas que la administración pública debe manejar.

Simultáneamente, se han realizado otras reformas, referidas no a las relaciones entre los distintos actores involucrados, sino a la forma como el mismo estado se organiza para otorgar los servicios y a las características de esos servicios. Estas reformas se refieren al cambio curricular en la educación primaria y la promoción de nuevas metodologías de enseñanza, y en salud a estrategias novedosas en algunos programas de salud y a los intentos de promover una atención primaria integral de salud. Estas reformas han sido muy poco analizadas y debatidas, y aparecen como temas más restringidos a los especialistas, a pesar de que pueden tener gran importancia sobre los servicios entregados a la población.

La institucionalidad estatal

Aunque se han intentado reformas orientadas a introducir la lógica del mercado y cambiar las relaciones entre los actores, el estado se ha mantenido como el principal financiador y proveedor de estos servicios. ¿Cuál es la situación en la que se encuentra el Estado en estos sectores?

⁷ El Sistema Privado de Pensiones también tiene un componente orientado a la seguridad frente a la invalidez y sobrevivencia (viudos/as y huérfanas /os).

Un primer rasgo saltante es la débil institucionalidad existente. Los ministerios siguen siendo entidades débiles, donde se han ido construyendo equipos técnicos pero con una relación endeble y muy variable con los niveles más políticos de decisión. También se observa que en el Consejo de Ministros no hay un tratamiento permanente o un plan estratégico sobre estos temas, y que además hay una descoordinación muy grande entre los sectores.

La debilidad de los organismos estatales que implementan estos programas se complica porque en muchos casos existe una gama de organismos que entrecruzan sus funciones, siendo algunos ejemplos destacados los referentes al saneamiento rural, los programas de alimentación y nutrición y los proyectos productivos agropecuarios, siendo la coordinación entre ellos bastante débil. En algunos casos, la creación de organismos como FONCODES⁸, al mismo tiempo que daba solución a problemas específicos –como la ejecución rápida de pequeños proyectos en zonas rurales- ha agravado estos problemas.

Una hipótesis explicativa de este fenómeno, relacionada con el régimen político, es la siguiente. Debido a la inexistencia de contrapesos al Poder Ejecutivo, como podrían ser un Congreso fiscalizador o una sociedad civil fuerte, no existen canales alternativos de información que permiten evaluar el funcionamiento de los distintos organismos y funcionarios de confianza. El Presidente opta, entonces, por diluir las responsabilidades – muchas personas con poco poder cada una de ellas – y establecer organismos y responsables alternativos que “compitan” con los existentes. Ello también concuerda con un régimen autoritario que se muestra reacio a compartir el poder, inclusive en pequeña escala.

El problema es que aún así la información fluye con dificultad, y se generan además duplicaciones y desperdicios por doquier. Bajo esta hipótesis, el régimen político no sólo puede ser criticado desde una óptica democrática, por la escasa participación de la población en las decisiones, sino también por criterios de eficiencia.

Pero el problema no sólo es del Poder Ejecutivo. El Congreso y los partidos políticos tienen una capacidad muy limitada de evaluar lo que realmente pasa en estos sectores sociales, y la sociedad civil no tiene tampoco la capacidad de hacerse sentir en estos temas. Lo que sucede en el Congreso y lo que hacen las Comisiones de Salud y de Educación del Congreso deja mucho que desear. Los partidos políticos no lo hacen mucho mejor tampoco.

⁸ FONCODES son las siglas del Fondo nacional de Compensación y Desarrollo Social, nombre del fondo de inversión social peruano.

Probablemente es en el ámbito de las ONGs donde hay propuestas algo más elaboradas, pero dichas propuestas están todavía muy poco estructuradas. Lo mismo podemos decir de la opinión pública y del tratamiento de los medios de comunicación, etc.

Por otro lado, en los distintos sectores y ministerios, los principales núcleos de reforzamiento de la capacidad estatal y de cambios orientados a la modernización de los servicios han sido aquellos establecidos mediante proyectos financiados externamente, y en particular por organismos internacionales (Banco Mundial y BID)⁹. Si bien esto ha permitido recuperar capacidades en algunas áreas de la administración pública de los sectores sociales, por otro lado abre nuevas preguntas referidas a la mayor influencia que estos organismos adquieren en la definición de las políticas internas, la sostenibilidad de las mejoras logradas y sus efectos sobre otras áreas de la administración que quedan rezagadas en su modernización.

Descentralización y participación

Luego de una década en que ha habido muy pocos avances sobre este tema, el anuncio presidencial del traspaso de los servicios de salud y educación a las municipalidades ha cambiado el panorama al respecto. Dado lo poco que se conoce de las decisiones gubernamentales al respecto, y que se trata de cuestiones que se van a hacer la realidad y en el año 2000, vamos a restringir nuestro análisis a las experiencias realmente existentes en esta década.

Tres elementos serán sujetos de análisis: los gobiernos regionales, los Comités Locales de Administración en salud – CLAS y los Núcleos Ejecutores de FONCODES. Los gobiernos regionales, dirigidos por lo Consejos Transitorios de Administración Regional – CTAR, no han sido instancias descentralizadas de gobierno que hayan desarrollado una adecuación de los servicios estatales a las realidades regionales, sino que se han mantenido básicamente como entidades administrativas desconcentradas. Dos ejemplos de funciones que deberían cumplir pero que no han realizado son la adecuación de la currícula a la realidad regional y el desarrollo de programas salud adecuados a los problemas de salud y realidades geográficas y culturales de su región. En muchos casos, además, su dependencia administrativa del Ministerio de la Presidencia, y no de los ministerios sectoriales, a generado problemas de coordinación.

⁹ Prácticamente el único ejemplo de un programa novedoso sin financiamiento externo importante ha sido el del Programa salud Básica para Todos. En un inicio fue parte de un Programa de Mejoramiento del Gasto Social Básico (originalmente llamado de Focalización del Gasto Social) que operaba en varios sectores, pero que en salud donde llegó a operar con efectos significativos.

Las experiencias más innovativas han sido los CLAS y FONCODES. Ambas se desarrollan a un nivel de comunidad, muy pequeño, sin relacionarse con las instancias de gobierno local y regional existentes. En el caso de los CLAS, se trata de un sistema mediante el cual los centros y puestos de salud son administrados por un Comité conformado por el médico jefe, 3 representantes de la comunidad nombrados por el gobierno y otros 3 representantes de la comunidad elegidos por ésta. El Ministerio de Salud les transfiere fondos¹⁰ de acuerdo a un convenio que incluye el compromiso de cumplir un Plan Local de Salud, y el CLAS tiene autonomía en el uso de esos fondos, incluyendo la contratación de personal. A pesar de las limitaciones en la representación comunal, diversas evaluaciones (Cortez 1998, Altobelli 1998) muestran un efecto positivo de los CLAS sobre la eficiencia, equidad y calidad. Sin embargo, luego de más de 5 años de experiencia, los CLAS cubren a menos de una décima parte de los establecimientos de primer nivel de atención en salud, y no ha existido un sistema de seguimiento y apoyo a los CLAS, lo que revela las resistencias a ampliar este esquema en el Ministerio de Salud (Banco Mundial 1999c).

Los principales problemas de este esquema de los CLAS son: i) se pierden economías de escala que existen naturalmente en los servicios de salud, incluso a nivel de atención primaria, así como en la administración de los recursos; ii) se pierden posibilidades de mayor coordinación con otros sectores sociales, como educación, iii) se limitan las posibilidades de una atención más integral que refiera a los pacientes hacia y desde establecimientos que pueden prestar servicios de mayor complejidad.

Por su parte, la experiencia de FONCODES consiste en financiar a comunidades para que éstas ejecuten los proyectos que han solicitado, dentro de un menú de proyectos establecido. En principio, las propias comunidades nombran a su Núcleo Ejecutor, escogen el proyecto de su preferencia, contratan al proyectista, contratan al Inspector – que hace las veces de un jefe de obra-, contratan a los trabajadores y compran los materiales requeridos. En la realidad, muchos de estos procesos están fuertemente influenciados por profesionales que tienen una con mayor o menor vinculación a FONCODES. Las evaluaciones realizadas, sin embargo, muestran que los principales problemas de FONCODES no se encuentran en una baja apropiación de la comunidad de los proyectos, sino más bien en la insuficiencia de los sistemas de apoyo que permitan: i) que los proyectos se enmarquen y sirvan a un proceso de desarrollo de la comunidad y región¹¹; ii) que las obras sean técnicamente bien realizadas, problema particularmente serio en las obras de

¹⁰ Aunque se mantiene el personal nombrado y la entrega de insumos por parte de los programas nacionales de salud, elementos que siguen dependiendo de la estructura del MINSA.

¹¹ Algunos intentos realizados a empuje de la cooperación internacional (Predes, Profines) para enmarcar esta estrategia dentro de planes distritales o provinciales concertados han terminado desmantelados por resistencias políticas del gobierno, que siente que pierde control sobre el proceso.

saneamiento que han sido las privilegiadas en el último lustro, iii) que cuenten con la capacitación y elementos complementarios para su máximo impacto sobre las condiciones de vida (vg: que el agua de riego sea bien usada, que la población use adecuadamente el agua potable para su higiene, etc.) y iv) que las obras sean sostenibles, contando con el mantenimiento adecuado. La gran ventaja de FONCODES ha sido llegar a centros poblados rurales muy alejados, muchos de los cuales nunca antes habían sido alcanzados por el Estado, focalizar adecuadamente sus inversiones y realizar las inversiones sociales de manera ágil y rápida.

Los problemas comunes a ambas experiencias se refieren a las limitaciones de una estrategia participativa que se restringe al nivel comunal y a su sector, y a la ausencia de sistemas de apoyo que promuevan las capacidades locales para un mejor aprovechamiento y sostenibilidad de los proyectos.

El problema laboral en salud y educación

Uno de los temas que no ha sido abordado adecuadamente en esta década ha sido el de la gestión de recursos humanos en los sectores de salud y educación, entendiéndose por ello la formación, selección, contratación, remuneración y promoción de los trabajadores, técnicos y profesionales. Es interesante anotar que, además de lo que puede considerarse como política laboral en una empresa privada o en otros sectores económicos, estamos incluyendo en este acápite también la formación de recursos humanos, dado que esa es una tarea que corre principalmente a cargo de Institutos y Universidades estatales, y que el principal demandante de mano de obra en estos sectores es el propio estado.

Los cambios en la década se han reducido a: i) establecer un sistema de contratación paralelo, para los nuevos trabajadores, mediante contratos a plazo fijo (caso educación) o contratos de servicios no personales (caso del Programa Salud Básica para Todos); ii) en educación, establecer un mecanismo de concurso para los nuevos contratos; y iii) en salud, bajo el PSBPT, establecer pagos diferenciados con remuneraciones sustancialmente más altas para zonas rurales y de frontera. Paralelamente, se ha mantenido un nivel de sueldos bastante bajo, tanto en comparación con décadas anteriores como con otros países latinoamericanos, que es el principal factor que ha permitido que el gasto público en estos sectores se mantenga reducido.

El nuevo sistema de contratación de personal ha generado un sistema dual, con los elementos de inequidad y de conflicto que tales sistemas generan¹². El sistema antiguo mantiene todos los vicios de un sistema donde hay estabilidad prácticamente absoluta, y donde además el hecho de que los cargos directivos sean nombrados entre los mismos profesionales y con alta rotación entre ellos, hace que se conformen grupos cerrados donde nadie está dispuesto a enfrentarse a la mediocridad y la corrupción. El nuevo sistema de contratación no ha logrado superar estas deficiencias, entre otras cosas debido a que la permanencia en el puesto o el ascenso no están vinculados al desempeño, es más, no existe ningún sistema para medir ni siquiera los aspectos más elementales del cumplimiento del trabajo, como la asistencia o el cumplimiento del horario de trabajo, o mantener un archivo con la historia laboral de sus trabajadores. El asunto llega a tal extremo que recién en estos momentos el Ministerio de Educación está desarrollando un esfuerzo para ordenar y estandarizar sus planillas.

Por otro lado, se observan elementos contradictorios con otras políticas, por ejemplo, muchos médicos y trabajadores de salud carecen de seguro social de salud debido a que son contratados como “servicios no personales” (a pesar de que evidentemente es personal dependiente). Así, el Ministerio de Salud da el ejemplo de cómo evadir las obligaciones de la seguridad social y desalienta el cumplimiento de esta obligación.

Tampoco ha habido un aprendizaje cruzado. Educación ha establecido un sistema de contratación por exámenes que es un avance pero no es imitado por salud, mientras que en este último se pagan bonificaciones en zonas rurales que no han sido replicadas por educación.

Otro problema se refiere a la formación del personal especializado para la prestación de estos servicios, es decir, maestros, médicos, enfermeras y otros profesionales y técnicos de la salud. En este terreno, se observa simultáneamente una explosión en la cantidad de personas formadas y en formación, un problema serio de calidad de esa formación con relación a los cánones previos y una desadecuación de esa formación a la realidad de las zonas rurales adónde esos profesionales deberían ser mayormente destinados, debido a que es dónde la cobertura aún debe ampliarse. Esto sucede tanto en educación como en salud, pero sólo en este último se ha dictado una ley para controlar este fenómeno, posiblemente por la mayor preocupación por la calidad y la exclusividad en el servicio que tienen los médicos.

¹² Sin embargo, la existencia de derechos adquiridos y de sindicatos fuertes hacen difícil pensar en la posibilidad de introducir reformas sustanciales en el régimen laboral en estos sectores de otra manera.

Servicios básicos en áreas rurales

Uno de los problemas persistentes en cuanto a los servicios básicos en el Perú es el referido al acceso a los mismos en las áreas rurales¹³. Luego de décadas de expansión, la educación primaria y la salud básica han logrado llegar a la mayoría de áreas rurales. Persisten, sin embargo, problemas en i) la expansión de estos servicios básicos en áreas rurales de población dispersa, particularmente en algunas provincias de la sierra y la selva, y en ii) la expansión de la educación secundaria y superior y la salud de mediana y alta complejidad en la mayoría de áreas rurales. Estos problemas no son exclusivos de la educación y la salud; otros servicios como los de saneamiento y electricidad enfrentan problemas similares a los señalados.

Estos problemas se deben a i) las economías de escala existentes en estos servicios y a la necesidad no cubierta de que funcionen en red, es decir, en sistemas que integran distintos niveles y servicios, así como del uso de nuevas tecnologías para hacer llegar estos servicios a poblaciones aisladas, ii) la existencia de economías de aglomeramiento, mediante las cuales estos servicios muestran economías en su funcionamiento conjunto, particularmente en cuanto a la administración de los mismos, iii) realidades culturales propias de las zonas rurales, que demandan una adecuación de los servicios que no ha sido producido en forma generalizada (vg. Educación bilingüe, partos).

Existen experiencias valiosas en estos campos. En educación bilingüe y con las escuelas de frontera, con las brigadas itinerantes de salud, los hogares maternos y el trabajo con parteras y promotores de salud. Sin embargo, estas experiencias aún no pasan de ser experiencias piloto, y su generalización es difícil dada la heterogeneidad de la realidad geográfica y social del Perú rural.

5. Una visión de conjunto

La política económica neoliberal no ha logrado generar empleo e ingresos al ritmo necesario para reducir significativamente la pobreza por ingresos en el Perú, y ha puesto límites reducidos al gasto social. La relación entre la estructura sectorial de crecimiento y el escaso dinamismo en la demanda de trabajo parecen ser los determinantes principales de este resultado.

Con relación a las políticas de educación y de salud, las llamadas reformas de segunda generación han sido implantadas de manera incompleta, y a juzgar por los antecedentes de la

¹³ Este problema es parte del problema de la escasa presencia del Estado en áreas rurales.

reforma en el sistema previsional, no resuelven los problemas de falta de acceso ni de eficiencia. La introducción de mecanismos de mercado sin una regulación adecuada, en ámbitos en los cuales existen severas problemas de información incompleta y falta de acceso de amplios sectores sociales por distancias geográficas y deficiencias de ingresos, no son suficientes y pueden representar un retroceso antes que un avance hacia los objetivos de lograr una cobertura universal de estos servicios básicos.

La actuación directa del Estado, que ha seguido siendo preponderante en salud y educación, ha logrado un aumento de la cobertura en salud y ha otorgado textos y elementos complementarios en educación, pero no ha logrado mejorar sustancialmente la calidad de los servicios. Las limitaciones presupuestales han jugado un rol fundamental en hacer que el aumento de cobertura haya sido logrado a costa de la calidad, siendo el vínculo entre ambos la contención salarial y la política laboral. Así, la limitación del gasto público ha llevado a que se mantengan remuneraciones reducidas, que abonan la baja calidad del servicios en sectores en los que, como los analizados, el recurso humano es fundamental.

Adicionalmente a estas limitaciones presupuestales, la apuesta por reformas estructurales ha llevado a dejar de lado otras políticas, como la descentralización de los servicios, la introducción de nuevas relaciones laborales que consideren incentivos al desempeño y el desarrollo de programas adecuados a la realidad rural, que podrían haber tenido un efecto importante sobre la cobertura y calidad de los servicios. Estos elementos constituyen los principales elementos que configuran la agenda pendiente a resolver en la siguiente década.

II. PROPUESTA DE POLÍTICAS: MIRANDO EL FUTURO

En estas líneas entendemos la política social en un sentido restringido, limitado a las acciones o regulaciones del estado que influyen sobre seguridad social, salud y educación. Dejamos de lado aspectos relacionados a empleo, generación de ingresos y condiciones de trabajo.

Las políticas se orientan en función al objetivo de prestar servicios de calidad, principalmente para los pobres, en forma eficiente y eficaz para mejorar sus condiciones de vida.

1. Hacer de los programas sociales una expresión de derechos ciudadanos

Un elemento fundamental es la relación de la población con el Estado. La enorme separación existente entre ambos se funda en un funcionamiento vertical del estado y en la inexistencia de una cultura de derechos en la población. Ello lleva a que los servicios sociales sean utilizados como herramienta de clientelismo político, a programas sociales poco eficaces y eficientes distantes de lo que la gente quiere y no adaptados a las localidades, y a que se desvirtúe la responsabilidad de las familias y comunidades en estos servicios.

Los programas sociales deben estar establecidos de tal manera que:

- i) Cada peruano sepa exactamente a qué beneficios tiene derecho.
- ii) Tales derechos se mantengan independientemente de la coyuntura económica – protegiéndolos durante las crisis- y política –elecciones u otros cambios-.
- iii) Existan mecanismos para que la población pueda reclamar cuando tales derechos no se cumplen.

Para ello, el Estado peruano debe:

- i) Aprobar de manera consensual compromisos sociales explícitos con las familias peruanas: qué servicios y programas va a entregar, y a quiénes, así como qué mejoras va a hacer en los programas sociales.
- ii) Establecer claramente las condiciones para ser beneficiarios de los distintos programas sociales.
- iii) Publicitar esos compromisos y condiciones asegurando un conocimiento adecuado de la población.
- iv) Establecer sistemas que permitan responder a las reclamaciones ciudadanas al respecto (buzones de reclamos, fiscales ad-hoc, defensoría, comités de usuarios, etc.).

Al mismo tiempo, ello demanda de la población:

- i) Una participación y compromiso con las políticas públicas aprobadas.
- ii) Un rol de fiscalización en defensa de sus derechos.
- iii) Una participación en la gestión de los servicios y programas sociales.

2. Democratización de las políticas sociales

Las políticas sociales han sido decididas a puertas cerradas e implementadas a puertas cerradas, y los programas sociales han sido entregados y no, producto de una colaboración entre el estado, las comunidades y las familias.

Las políticas sociales deben ser producto de una discusión mucho más amplia y una mayor participación de la sociedad, y ello demanda no solamente un cambio desde el estado, sino también un fortalecimiento de la sociedad civil con este fin. Particular atención hay que prestar al empoderamiento de los pobres, ya que en caso contrario se corre el riesgo de que el diálogo se encapsule entre profesionales y sectores medios, cuya capacidad de voz es mayor.

Esta democratización debe desarrollarse no solamente a nivel nacional, sino también a nivel regional y local, en concordancia con una política de descentralización (ver punto 6). Otro elemento de la democratización es la vigilancia social, y los canales como ésta se expresa, como parte de una política de derechos.

El otro elemento importante en esta democratización es el rol que las propias comunidades y familias deben tener en la gestión y prestación de los servicios sociales. Tanto la educación como la salud demandan de manera importante una articulación entre el colegio o centro de salud, y las familias. Las familias y comunidades deben tener una participación, tanto en la dirección de los propios colegios y centros de salud (vg experiencia CLAS), y en la propia ejecución e implementación de los programas sociales.

3. Acuerdo nacional para Aumentar el gasto social

El gasto social en el Perú es sumamente bajo, de apenas 5,8% del PBI, el segundo más bajo de Latinoamérica después de Guatemala (CEPAL 1998). Esta es una de las principales causas de un personal desmotivado por las bajas remuneraciones, de las enormes limitaciones en insumos complementarios (textos, material médico) y en infraestructura.

El gasto social debe aumentar sustancialmente. La recuperación del PBI junto con una mejor recaudación tributaria deben generar espacio para esta ampliación, lo que se debe sumar a los “dividendos de la paz” que deben permitir reducir el gasto militar, y a un manejo adecuado de la deuda externa.

Un crecimiento de PBI de 6% anual en los próximos 5 años, junto con un aumento de la recaudación tributaria de 14% a 18%, y un aumento del gasto social en el presupuesto público de 25% a 30%, permitirían duplicar el gasto social en términos reales, sin impedir que otros gastos, en particular en infraestructura, también aumenten. El siguiente cuadro plantea en cuanto podría aumentar el gasto social y el gasto no social bajo distintas hipótesis de manejo presupuestal.

Supuestos			Resultados	
Aumento anual del PBI	Aumento Gasto público de 14% a ..	Aumento G. Social como % ppto de 25% a ..	Aumento real Del G Social	Aumento real Otros Gastos
6%	16%	35%	114%	33%
6%	18%	35%	141%	49%
6%	20%	35%	168%	66%
6%	16%	30%	84%	43%
6%	18%	30%	106%	61%
6%	20%	30%	129%	78%

Para asegurar este aumento del gasto social, y que el mismo no sea revertido ante cambios políticos o económicos, es necesario que haya un compromiso nacional al respecto.

4. Política Integral y no Fraccionada

Las políticas de salud, educación, nutrición, saneamiento, tiene múltiples aspectos en los que pueden reforzarse entre sí. Un ejemplo entre muchos posibles: educar a los niños en cuidar su salud hará que estén más sanos, así como niños más sanos aprenden más.

En el Perú actual las políticas sociales están fraccionadas. No existe una efectiva coordinación interinstitucional, y el CIAS – Comité Interministerial de Asuntos Sociales no funciona y tiene una secretaría técnica sumamente débil. Incluso para una misma política hay diversos organismos que superponen funciones, por ejemplo en alimentación y nutrición operan PRONAA, INS, MINSA, FONCODES y los municipios que tienen el Programa del Vaso de Leche. En salud, entre el Ministerio y EsSalud no hay coordinación. Este fraccionamiento se repite al interior de los ministerios y sectores sociales. Múltiples proyectos, programas y oficinas se superponen entre sí.

Es necesario, al respecto: 1) Establecer un organismo que tenga la capacidad y el mandato de dirigir integralmente, realizando un diseño global y una efectiva coordinación, de las políticas sociales; 2) Reorganizar la institucionalidad central encargada de los programas sociales, estableciendo autoridades sectoriales y eliminando duplicidades y superposición de funciones; 3) Adecuar los programas y proyectos a la institucionalidad existente, y no al revés.

5. Centrar esfuerzos en lo básico, el campo y los pobres

Aunque es necesario aumentar sustancialmente el gasto social, debe darse prioridad a lo prioritario. El Perú no es un país rico y debe concentrar el uso de los recursos en lo más necesario.

En educación, lo más importante es:

- i) Atacar frontalmente el analfabetismo, eliminándolo en los menores de 45 años y reduciendo la tasa global a 3%,
- ii) Ampliar la cobertura de la educación pre-escolar, de 3 a 5 años, al 80%,
- iii) Mejorar la calidad de la educación básica (inicial primaria y secundaria), particularmente en zonas rurales, para lo cual se requiere:
 - descentralizar las escuelas y colegios (ver punto 4),
 - mejorar la calidad y motivación de los maestros (ver punto 5),
 - ampliar el tiempo de clases,
 - dotar a los colegios de bibliotecas y materiales, y a los alumnos de textos, cuadernos y útiles de trabajo,
 - mejorar y mantener la infraestructura.
- iv) Ampliar la cobertura de la educación secundaria en zonas rurales,
- v) Reestructurar la educación técnica y superior, haciendo que se vinculen más estrechamente con el mundo del trabajo.

En salud, las prioridades son:

- i) Eliminar los cobros a los pobres por consultas, medicinas e insumos.
- ii) Desarrollar un programa agresivo de salud pública orientado a:
 - reducir los riesgos de salud (control de enfermedades transmisibles mediante vacunaciones, control de vectores, etc),

- promover hábitos de vida saludables (mejores hábitos nutricionales de higiene, políticas antitabaquismo y drogas, promoción del sexo seguro),
 - control y mejora de la calidad del agua y alimentos (clorificación del agua en zonas rurales, control sanitario, fortificación obligatoria de alimentos de consumo masivo con micronutrientes como Hierro y vitamina A).
- iii) Ampliar la cobertura de la salud básica a zonas rurales dispersas mediante brigadas itinerantes y sistemas de traslado para casos complejos,
- iv) Mejorar la calidad de los servicios de salud, adaptándolos a las realidades culturales de los pueblos del Perú y asegurando la calidad de la atención de los profesionales y técnicos, el abastecimiento de insumos y medicinas, la dotación y el mantenimiento de equipos y de la infraestructura.

En la promoción de empleo e ingresos para los pobres, las prioridades son:

- i) Infraestructura económica (camino, pequeños sistemas de riego, electricidad, telecomunicaciones).
- ii) Capacitación y asistencia técnica.
- iii) Sistemas sostenibles de Microcrédito.
- iv) Organización de los pequeños productores dispersos.
- v) Conexión con los mercados: información, ferias, promoción de ventas en el exterior, promoción de la subcontratación, entre otros.

En saneamiento y servicios básicos de vivienda, las prioridades son:

- i) Agua potable, desagüe y electricidad sostenibles en zonas rurales.

6. Descentralización ordenada e integral

Los programas sociales son poco efectivos y eficientes por su manejo centralizado. Son poco efectivos porque prestan servicios que no están adaptados a las realidades regionales; por ejemplo, el calendario escolar es adaptado a la costa y no al calendario de lluvias y producción agrícola de la sierra y selva, o la atención de partos no está de acuerdo a las costumbres de las zonas andinas. También son poco eficientes, porque debido a que la contratación de personal y los materiales (textos, medicinas) dependen de decisiones centrales, estos llegan a destiempo o no son

de la calidad requerida. En efecto, muchos profesores son nombrados hasta junio, o las medicinas no son las que necesitan.

Una descentralización de los servicios tendría como beneficios:

- i) Servicios más adaptados a las realidades locales.
- ii) Quienes deciden sobre los servicios están más al tanto de las necesidades de la población.
- iii) Mayores posibilidades de la población de reclamar cuando los servicios son malos.
- iv) Control más directo, y por lo tanto mejor, sobre las entidades (colegios, centros de salud) que prestan los servicios.

Un elemento importante es que no se descentralicen algunos de estos servicios sino la mayoría de ellos, porque así podría haber:

- i) Mayor coordinación entre los servicios, dado que ello depende de autoridades locales y no centrales.
- ii) Menores costos administrativos, dado que estos podrían ser compartidos entre los distintos servicios (p.e: manejar una sola planilla y un solo sistema de compras)

Los requisitos centrales para una descentralización exitosa de los servicios sociales son:

- i) Que se consideren los niveles regionales, provinciales, distritales y comunidades. Una adecuada descentralización no prescinde de ninguna de ellas, y otorga la mayor capacidad de decisión posible a los niveles más descentralizados.
- ii) Que se establezcan claramente las funciones de las distintas instancias de gobierno.
- iii) Que exista un adecuado financiamiento para sostener los servicios.
- iv) Que se desarrolle paralelamente un esfuerzo de fortalecimiento de la capacidad de gestión de las instancias descentralizadas de gobierno.
- v) Que se generen instancias para que la población pueda participar directamente en el manejo de los servicios; por ejemplo, mediante la participación de las APAFAs en la dirección de los colegios o de mecanismos como los CLAS – Comités Locales de Administración de Salud.

7. Mejorar la calidad y la motivación de los trabajadores

En los servicios sociales en general, el recurso humano es lo más importante. Se trata de servicios intensivos en mano de obra y en los cuales la calidad del servicio depende, críticamente, de lo que hagan las personas encargadas del servicio: maestros médicos, enfermeras. Estos profesionales y técnicos están mal pagados y poco motivados, y además hay un deterioro creciente en la calidad de su formación en Institutos Superiores y Universidades, lo que compromete seriamente el futuro de estos servicios.

Frente a ello, en primer lugar hay que mejorar el trato a estos trabajadores y el manejo de recursos humanos:

- i) Aumentando sus remuneraciones promedio en forma paulatina, al menos en un 50% en términos reales en el quinquenio.
- ii) Terminando con los contratos temporales y por “servicios no personales”, estableciendo un sistema único de personal.
- iii) Estableciendo una escala remunerativa que establezca premios efectivos a quienes tienen mayor experiencia, especialización y muestran mayor calidad en su trabajo, mediante un sistema de ascensos basado en su desempeño.
- iv) Estableciendo premios anuales pecuniarios y no pecuniarios a los trabajadores que prestan el mejor servicio a la comunidad.
- v) Estableciendo sistemas de capacitación permanente, así como de interaprendizaje e intercambio de experiencias.
- vi) Estableciendo un sistema de contratación exclusivamente basado en méritos.

También hay mejorar sustancialmente la formación de recursos humanos:

- i) Desarrollar un programa de mejora de la calidad de la formación docente y de los profesionales de la salud.
- ii) Racionalizar los programas de educación superior, adecuando las vacantes a las necesidades nacionales proyectadas.
- iii) Estableciendo estándares de calidad en la formación en instituciones públicas y privadas.

8. Establecer una Gerencia moderna¹⁴

Los servicios y programas sociales en el Perú están muy mal gerenciados. Su sistema de producción está deficientemente organizado, por el fraccionamiento entre ellos e incluso al interior de los sectores sociales (por ejemplo, en salud cada programa de salud opera separadamente). La combinación de los distintos factores de producción – recursos humanos, insumos (textos, medicinas), equipos (material educativo, laboratorios, ecógrafos), infraestructura- no está coordinada, de tal manera que hay médicos sin medicinas y maestros sin libros. No existen sistemas de evaluación para ver el costo, eficiencia o efectividad de los programas; es decir, no sabemos si los colegios realmente enseñan y los centros de salud realmente mejoran la salud.

Es necesario desarrollar una gerencia moderna de los programas y servicios sociales, lo que implica:

- i) Establecer un equipo técnico de nivel, estable y con sistemas de carrera y ascensos, así como un sistema de capacitación y formación de gerentes públicos en el área social.
- ii) Desarrollar nuevas formas de relación con las entidades encargadas de prestar los servicios, basadas en monitoreo de resultados, control de calidad y mecanismos de asistencia técnica.
- iii) Mejorar la calidad, abastecimiento y oportunidad de los insumos básicos.
- iv) Establecer sistemas de información gerencial, incluyendo auditorías periódicas.
- v) Tener evaluaciones permanentes que permitan conocer la eficacia de los distintos programas.
- vi) Desarrollar programas piloto para probar nuevos mecanismos y sistemas de entrega de los servicios sociales.

9. Promoción, coordinación y regulación del sector privado

En los sectores sociales, el sector privado, tanto lucrativo – empresas- como no lucrativo – ONGs, iglesias, fundaciones- ha sido “dejado por la libre”. De esta manera, el mismo tiempo que se le ha restado posibilidades de desarrollo y contribución al país, también se ha permitido que proliferen negocios de muy baja calidad.

¹⁴ Mucho de lo que aquí se plantea se aplica también a otras áreas de la administración pública, y debería enmarcarse dentro de un programa global de modernización de la misma.

Hay muchas posibilidades de las empresas y ONGs para prestar servicios sociales más eficientemente que el Estado, porque tienen capacidades gerenciales, mayor cercanía con la población o experiencia. Hay que estimularlas y regularlas, facilitar su desarrollo pero encauzándolas hacia las prioridades nacionales y niveles de calidad adecuados.

Medidas principales a este respecto serían:

- i) Ampliar la prestación de servicios sociales financiados por el estado por entidades privados, como los colegios Fé y Alegría o los contratos por servicios de EsSalud.
- ii) Establecer incentivos a las donaciones y fundaciones de ayuda a los pobres.
- iii) Promover la producción y receta de los medicamentos genéricos.
- iv) Fiscalizar permanentemente los servicios privados, estableciendo estándares de calidad adecuados e información para los usuarios.
- v) Establecer mecanismos de coordinación y consultas permanentes entre el sector público, empresas y ONGs.

10. AFPs: por un sistema de jubilación más eficiente y solidario

Durante esta década se han establecido reformas sociales que no han dado los resultados esperados. Un balance de la introducción del Sistema Privado de Pensiones - SPP indica que: i) no se ha avanzado en ampliar la cobertura de la seguridad social en jubilación hacia los pobres e informales; ii) la introducción del SPP ha llevado a una reducción de las contribuciones al Sistema Nacional de Pensiones, lo que ha demandado recursos del presupuesto público y ha llevado a que se mantengan las pensiones en niveles muy reducidos; iii) los costos operativos del sistema privado son muy elevados, de tal manera que la rentabilidad neta es prácticamente nula o negativa; iv) las posibilidades de elección y la competencia son bastante limitadas debido a problemas de información y tamaño restringido del mercado. Como efectos positivos, puede encontrarse una captación de un monto de fondos importante que ha ampliado los recursos financieros al alcance de las empresas.

Otro elemento que merece destacarse es el efecto que estas reformas tienen sobre el estado. Una de los principales argumentos a favor de las reformas ha sido que el estado deje de hacerlo que no debe, para que se concentre en las tareas más importantes que le son propias. Sin embargo, no está claro que estas reformas hayan llevado a una simplificación o reducción de las actividades del Estado. En efecto, tanto en jubilación como en salud, donde se han introducido reformas

orientadas hacia el mercado, han debido crearse superintendencias especiales, que estén absorbiendo una cantidad significativa de recursos humanos altamente calificados y de recursos financieros, además de ampliar la gama de problemas que la administración pública debe manejar.

Respecto del sistema de jubilación, habría que establecer los siguientes cambios:

- i) La garantía de una pensión mínima, común a ambos sistemas y financiado con un porcentaje de las contribuciones.
- ii) La regulación de las comisiones cobradas por las AFPs, limitándolas a niveles razonables.
- iii) Permitir que los fondos previsionales sean manejados por los bancos, ahorrando costos administrativos y permitiendo la reducción de las comisiones.
- iv) Permitir la elección independiente del seguro de sobrevivencia e invalidez, como lo establece la ley.

Referencias Bibliográficas

Altobelli, Laura

1998 *Comparative analysis of primary health care facilities with participation of civil society in Venezuela and Peru*. Washington DC: BID.

Banco Interamericano de Desarrollo

1996 *Progreso Económico y Social en América Latina 1996. Cómo organizar con éxito los servicios sociales*. Washington, D.C.

Banco Mundial

1997 *El Estado en un mundo en transformación. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1997*. Washington, D.C.

1999a *Poverty and social developments in Peru, 1994-97*. Washington, D.C.

1999b *Estudio sectorial sobre financiamiento educativo y educación rural en el Perú*. Washington, D.C.

1999c *Peru: Improving health care for the poor*. Washington, D.C.

1999d *Perú: Education at a Crossroad*. Washington: World Bank Human Development Department. 1er v.

Bardález, C.

2001 "Salud de la población". En Pedro Francke (ed.) *Políticas de salud 2001-2006*. Lima: CIES. (En prensa).

Banco Central de Reserva del Perú

2001 www.bcrp.gob.pe

Cortéz, Rafael

1998 *Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS*. Lima: Centro de Investigaciones de la Universidad del Pacífico.

Instituto Cuánto

2000a *ENNIV: Presentación*. Lima.

2000b *Perú en números 2000: anuario estadístico*. Lima.

2000c *ENNIV 2000*. Lima

Francke, Pedro

1996 *Programas sociales en el Perú: Alcance actual y retos a futuro*. Ed. Moncada G. y R. Webb R.: "¿Cómo estamos? Análisis de la Encuesta de Niveles de Vida". Instituto Cuanto-Unicef, Lima.

1999 *La Estrategia Focalizada de Lucha contra la Pobreza Extrema: Análisis de la línea de base en Huancavelica*. Lima: GTZ.

Francke P. y J. Carbajal

2000 "La seguridad social en salud situación y posibilidades." Documento de Trabajo 187, Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Gestión Médica

2001 "Ley 26970 no fue adecuadamente debatida". No. 3, 28 de Mayo.

INEI – DHS – Macro Internacional

1997 *Encuesta nacional de demografía y salud 1996*. Lima.

- Instituto Apoyo
2001 "Evaluación de impacto de los programas de Foncodes". Lima.
- Kanbur, Ravi y Lyn Squire
1999 The evolution of thinking about poverty: exploring the interactions. Banco Mundial.
- Mesa Lago, C..
2000 "Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI". CEPAL / Naciones Unidas, Serie Políticas Sociales no. 36. Santiago de Chile: CEPAL.
- Ministerio de Educación
2001 www.minedu.gob.pe
- Petrera, Margarita y Luis Cordero
1999 "El aseguramiento público en salud: factores que intervienen en la elección del proveedor" Ed. R. Webb y M. Ventocilla: *Pobreza y Economía Social* Lima: Instituto Cuánto - UNICEF.
- Presidencia de la República
1998 *Plan Nacional de Nutrición y Alimentación "Nutrición al alcance de todos" 1998-2000*. Lima.
- PROPAL-GTZ
1999 *Análisis de la línea de base de Huancavelica* (PROPAL-GTZ, Lima)
- Rojas, Jorge
1998 "La rentabilidad del Sistema Privado de Pensiones en el Perú: 1993-1997." Documento de Trabajo 160, Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Saavedra, Jaime
2000 *Generación de empleo y evolución de los ingresos y la productividad en el Perú: 1990-1998*. Ed. Philippe Egger "Apertura económica y empleo". Lima: OIT.
- Shack, Nelson
2000 *La estrategia de lucha contra la pobreza*. Ed. Roberto Abusada y otros: "La reforma incompleta: rescatando los noventa" (Tomo I). Lima: Universidad del Pacífico - Centro de Investigación: Instituto Peruano de Economía.
- Superintendencia de Empresas Prestadoras de Servicios
2001 www.seps.gob.pe
- Tarea
1998 "La educación secundaria en debate." En Tarea, No. 41, Marzo.
- Verdera, Francisco
2000 Cambio en el modelo de relaciones laborales en el Perú, 1970-1996. The Japan Center for Area studies Occasional Papers. Osaka: JCAS-IEP Series.